

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



**“MODELO DE GESTION POR PROCESOS PARA EL CENTRO
DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE (CRIO)”**

PRESENTADO POR:

SALVADOR ERNESTO CUBIAS VILLATORO

EDWIN ERNESTO LOPEZ SILIEZAR

BLANCA FATIMA ORANTES MORENO

PARA OPTAR AL TITULO DE:

INGENIERO(A) INDUSTRIAL

CIUDAD UNIVERSITARIA, AGOSTO 2014

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR :

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

SECRETARIA GENERAL :

DRA. ANA LETICIA ZAVALA DE AMAYA

FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA

DECANO :

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO :

ING. JULIO ALBERTO PORTILLO

ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL

DIRECTOR :

MSc. ING. MANUEL ROBERTO MONTEJO SANTOS

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

Trabajo de Graduación previo a la opción al Grado de:

INGENIERO INDUSTRIAL

Título :

**“MODELO DE GESTION POR PROCESOS PARA EL CENTRO
DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE (CRIO)”**

Presentado por :

SALVADOR ERNESTO CUBIAS VILLATORO

EDWIN ERNESTO LOPEZ SILIEZAR

BLANCA FATIMA ORANTES MORENO

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docente Director :

ING. OSCAR RENE ERNESTO MONGE

San Salvador, Agosto 2014

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docente Director :

ING. OSCAR RENE ERNESTO MONGE



AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios, por siempre estar conmigo, por regalarme la vida, y permitirme poder culminar esta meta. A nuestra santa madre virgen maría, por acompañarme, darme su amor de madre, bendecirme y cuidarme.

A mi Madre Estela Moreno de Orantes y a mi Padre José Antonio Orantes Jiménez, por brindarme siempre su apoyo, su amor y sobre todo dedicar su vida a mis hermanos y a mí, para educarnos de una manera integral les estaré eternamente agradecida, los amo.

Gracias a mis hermanos, **Estela Orantes, Antonio José, Lourdes Orantes** mi pequeña alma gemela y a mi pequeño sobrinito **Antonio José Junior**, aunque no se los diga muy seguido los recontra quiero!

A mi novio **Víctor Ventura**, tantos años amor que me has apoyado y has estado siempre a mi lado en los buenos y malos momentos has estado cuando más te he necesitado, tu amor incondicional va más allá de lo que yo puedo a veces entender, Gracias infinitas. Te Amo!

Gracias a todos mis amigos los que están y los que ya no están cerca de mí, pero fueron parte en esta gran etapa de mi vida, la Universidad no hubiera sido la misma sin ustedes, ustedes hicieron de esta etapa tan especial porque me permitió conocerlos y llevar nuestra amistad por sobre fuera de ella, agradecimientos especiales para **Leonel González, Oscar Martínez, Jairo Ramírez, Grecia Flores la Familia González Aquino y Serrano Guzmán**.

A mis compañeros: **Salvador Cubias y Edwin Siliézar**; es de expresar que fue un camino difícil pero chicos lo ¡logramos!, llegamos al objetivo deseado, agradezco a Dios por nuestro grupo, a pesar de todas las dificultades fuimos uno solo.

Al CRIO, en especial a la **Dra. Marjorie Fortín**, la mejor contraparte que en mis años académicos he conocido, Gracias por apoyarnos, preocuparse y desde un principio creer en nuestro trabajo, y a su vez apoyarnos en todo momento.

Gracias a todos los maestros de la **Escuela de Ingeniería Industrial**, marcaron mi vida les estoy eternamente agradecida a Dios por haberme permitido conocerlos como grandes personas, grandes maestros y grandes amigos. Agradecimientos especiales a la **Ing. Sonia García**, la quiero mucho y la llevo en mi corazón siempre he aprendido tanto eternamente agradecida por brindarme su amistad, a la **Ing. Jeannette de Pocasangre** y al **Ing. Manuel Montejo** por su apoyo y cariño incondicional

Finalmente a nuestro Jurado Evaluador, **Ing. Mario Fernández., Ing. Jeannette de Pocasangre** y nuestro querido asesor, el **Ing. Oscar Monge** quien nos otorgó su tiempo, conocimiento y guía para la culminación de este trabajo, Gracias por su tiempo, paciencia y guía hasta la meta.

Blanca Fátima Orantes Moreno





AGRADECIMIENTOS

Agradezco a **DIOS todo poderoso** por permitirme culminar esta etapa de mi vida con éxitos, por darme fuerzas y sabiduría para superar todos los obstáculos que se presentaron en el transcurso de mi carrera tanto en lo personal como en la Universidad.

Agradezco a mi madre: **Bessy Siliézar** por apoyarme incondicionalmente a pesar de la adversidad, por demostrarme lo mucho que me ama, inspirándome a luchar siempre como lo hizo siendo madre soltera, por creer siempre en mí y en todo lo que he logrado hasta el día de hoy, gracias madre la Amo y le debo mi vida.

A mi padre: **Adalberto Siliézar (QDDG)**, por ser esa persona que me guio con amor, disciplina y honestidad, por ser esa persona en la que me inspiro para ser cada día mejor, sé que se siente orgulloso de mi, que Dios lo tenga en su gloria.

A mi familia: En especial a mi **tía Lilian, mi abuelita Lucila (QDDG), mi abuela Mercedes**, mis hermanos/as, primos/as y todas esas personas que estuvieron cerca de mi apoyándome, que siempre creyeron en mi para lograr mis objetivos, muchas gracias por todo ese cariño.

Al gran amor de mi vida, a mi linda princesita **MARIAH BELEN**, te amo hija sé que algún día entenderás porque no estuve todo este tiempo a tu lado, siempre fuiste la guía e inspiración para superarme cada día, para luchar por mi vida y por ti, este triunfo es tuyo **TE AMO <3**.

A mis compañeros: **Salvador Cubias y Fátima Orantes** gracias por siempre apoyarme a pesar de la adversidad, por aguantarme por momentos, por compartir buenos momentos y malos momentos pero siempre con el objetivo de llegar a ese día en el cual culminamos una etapa bonita de nuestras vidas.

Al CRIO, en especial a la **Dra. Marjorie Fortín**, por apoyarnos desde un principio y creer en nuestro trabajo, por presionarnos y a su vez aconsejarnos siempre.

Gracias a todos mis amigos en esta gran etapa de mi vida, gracias por llenar cada uno de esos días tediosos y de estudio con momentos amenos.

Finalmente a nuestro asesor, el **Ing. Oscar Monge** quien nos guio siempre con paciencia y carisma, gracias por brindarnos sus concejos y compartir sus conocimientos los cuales nos permitieron alcanzar esta meta.

Edwin Ernesto López Siliézar.



AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso, por permitirme culminar este logro, por haberme otorgado la sabiduría, inteligencia, valor y fuerza para alcanzar los objetivos, por guiarme ante las dificultades, y por estar conmigo en todos los momentos.

A mis padres, José Mauricio y Angélica María, por creer en mí, por su apoyo y amor incondicional, que siempre me mantuvieron en sus oraciones, por su sabiduría, paciencia, comprensión. Ustedes son mis héroes y mis ejemplos de lucha y dedicación para seguir adelante. Gracias por estar conmigo siempre.

A mi hermano, por todo su apoyo y su amor.

A mi novia Leticia, que ha estado conmigo en todo este proceso, por ayudarme en mis desvelos, por sus cuidados, su amor, y su ternura. Porque siempre tuviste la palabra correcta en el momento correcto. Gracias por todo, sin ti no hubiera sido tan sencillo.

A mis amigos, por su apoyo moral, por estar pendientes de mí y la tesis en todo momento, gracias por sus palabras de ánimo y sus alegrías.

A mis compañeros de tesis, Fátima y Edwin, aunque no tuvimos el mejor comienzo, pero tenemos el mejor final y es este documento, gracias por su apoyo y su amistad. No cambiaría el estrés, las alegrías y todo lo que pasamos para lograr este proyecto. Muchachos aunque no lo crean he aprendido mucho de cada uno de ustedes, y les agradezco.

Al Ing. Monge y Dra. Fortín, por su asesoría profesional, por su dedicación, conocimientos y ánimos por seguir adelante en todo el proceso.

Gracias Totales

Salvador Ernesto Cubías



TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 22 |
| CAPITULO I: GENERALIDADES DEL PROYECTO | 25 |
| 1.1 ANTECEDENTES DEL PROYECTO..... | 25 |
| 1.2 OBJETIVOS DEL PROYECTO..... | 28 |
| 1.2.1 <i>Objetivo General</i> | 28 |
| 1.2.2 <i>Objetivos Específicos</i> | 28 |
| 1.3 ALCANCES Y LIMITACIONES DEL PROYECTO | 31 |
| 1.3.1 <i>Alcances</i> | 31 |
| 1.3.2 <i>Limitaciones</i> | 31 |
| 1.4 RESULTADOS ESPERADOS DEL PROYECTO | 32 |
| 1.5 MARCO CONCEPTUAL..... | 33 |
| 1.5.1 <i>Evolución e Historia de la Calidad</i> | 33 |
| 1.5.2 <i>Del Control a la Gestión de la Calidad</i> | 34 |
| 1.5.3 <i>Definición de Proceso</i> | 37 |
| 1.5.4 <i>Limites, Elementos y Factores de un Proceso</i> | 37 |
| 1.5.5 <i>Caracterización de los Procesos</i> | 39 |
| 1.5.6 <i>Mapa de Procesos</i> | 42 |
| 1.5.7 <i>Principios de la Gestión por Procesos</i> | 44 |
| 1.5.8 <i>Metodología IDEF0</i> | 45 |
| 1.5.9 <i>Diagrama de Procesos</i> | 46 |
| 1.5.10 <i>Diagrama de Afinidad</i> | 48 |
| 1.5.11 <i>Diagrama de Interrelaciones</i> | 48 |
| 1.5.12 <i>Muestreo del Trabajo</i> | 49 |
| 1.5.13 <i>Diagrama de Ishikawa</i> | 49 |
| 1.6 MARCO CONTEXTUAL..... | 51 |
| 1.6.1 <i>Carta Iberoamericana</i> | 51 |
| 1.6.2 <i>Subsecretaria para la Gobernabilidad y Modernización del Estado</i> | 54 |
| 1.6.3 <i>Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI)</i> | 54 |
| 1.7 MARCO LEGAL..... | 75 |
| 1.7.1 <i>Código de Salud de la Republica de El Salvador</i> | 75 |
| 1.7.2 <i>Decreto 503: Ley del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos</i> | 77 |
| 1.7.3 <i>Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública</i> | 77 |
| 1.7.4 <i>Plan Quinquenal 2009-2014</i> | 78 |



| | | |
|--|---|------------|
| 1.7.5 | <i>Decreto Ejecutivo 134: Creación del Premio Salvadoreño de la Calidad</i> | 80 |
| CAPITULO II: DIAGNOSTICO DEL PROYECTO | | 81 |
| 2.1 | METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO..... | 81 |
| 2.1.1 | <i>Descripción de Metodología General de la Investigación</i> | 81 |
| 2.1.2 | <i>Tipo de Investigación a Utilizar en el Estudio</i> | 81 |
| 2.2 | PRE-DIAGNOSTICO | 96 |
| 2.2.1 | <i>Objetivos del Pre-Diagnostico</i> | 96 |
| 2.2.2 | <i>Metodología del Pre-Diagnostico</i> | 96 |
| 2.2.3 | <i>Identificación de los Procesos del CRIO</i> | 99 |
| 2.2.4 | <i>Inventario de Procesos</i> | 99 |
| 2.2.5 | <i>Descripción de los Procesos en Forma General</i> | 103 |
| 2.2.6 | <i>Posicionamiento y Selección de Procesos Claves</i> | 115 |
| 2.2.7 | <i>Selección de Procesos Críticos:</i> | 129 |
| 2.3 | INVESTIGACIÓN DE CAMPO | 151 |
| 2.3.1 | <i>Metodología para la Caracterización de Procesos Claves o Críticos</i> | 151 |
| 2.3.2 | <i>Caracterización de Procesos Claves</i> | 154 |
| 2.3.3 | <i>Resultado de la Caracterización de Procesos Críticos</i> | 213 |
| 2.3.4 | <i>Muestreo de Cargas de Trabajo</i> | 261 |
| 2.3.5 | <i>Investigación Cuantitativa</i> | 294 |
| 2.3.6 | <i>Investigación de la Opinión de los Usuarios del CRIO</i> | 300 |
| 2.3.7 | <i>Análisis comparativo del CRIO con respecto a otros centros del país</i> | 317 |
| 2.4 | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 326 |
| 2.4.1 | <i>Agenda Médica</i> | 326 |
| 2.4.2 | <i>Usuario</i> | 328 |
| 2.4.3 | <i>Dirección de la Institución</i> | 330 |
| 2.4.4 | <i>Aseguramiento de la Calidad</i> | 330 |
| 2.4.5 | <i>Gestión de Procesos</i> | 331 |
| 2.4.6 | <i>Administración de Personal</i> | 332 |
| 2.5 | FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 333 |
| 2.5.1 | <i>Definición del Problema</i> | 333 |
| CAPITULO III: METODOLOGÍA DEL DISEÑO | | 335 |
| 3.1 | MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS | 335 |
| 3.2 | FUNCIONAMIENTO DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS..... | 350 |
| CAPITULO IV: GESTIÓN DE PROCESOS. | | 356 |



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| | | |
|---|--|------------|
| 4.1 | MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | 356 |
| 4.2 | GESTIÓN DE LA AGENDA MÉDICA..... | 540 |
| 4.2.1 | <i>Descripción de la Problemática:</i> | 540 |
| 4.2.2 | <i>Planificación de la gestión de la agenda médica.</i> | 543 |
| 4.2.3 | <i>Sistematización del proceso.</i> | 547 |
| 4.2.4 | <i>Control del Proceso.</i> | 549 |
| 4.3 | DISEÑO DE MECANISMOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO..... | 550 |
| 4.3.1 | <i>Selección de técnicas de medición de cliente interno y externo</i> | 551 |
| 4.3.2 | <i>Metodología para la evaluación de la satisfacción del usuario externo e interno a través de encuestas.</i> 554 | |
| 4.3.3 | <i>Diseño de la encuesta de satisfacción cliente externo.</i> | 558 |
| 4.3.4 | <i>Proceso para la Implementación de la Encuesta de Satisfacción al cliente Externo.</i> | 576 |
| 4.3.5 | <i>Diseño de la encuesta de satisfacción cliente interno</i> | 582 |
| 4.3.6 | <i>Proceso para la Implementación de la Encuesta de satisfacción al cliente interno.</i> | 597 |
| 4.3.7 | <i>Metodología para la evaluación de la satisfacción del usuario externo a través de buzón de sugerencia.</i> 604 | |
| 4.3.8 | <i>Proceso de Gestión de Quejas y Sugerencias a través de Buzones para Cliente Externo.</i> | 606 |
| 4.4 | MEJORA Y ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS MEDIANTE LA AUTOMATIZACIÓN..... | 618 |
| 4.4.1 | <i>Objetivos del BPM</i> | 619 |
| 4.4.2 | <i>Ciclo de los procesos BPM</i> | 621 |
| 4.4.3 | <i>Modelización de procesos</i> | 622 |
| 4.4.4 | <i>Automatización de Procesos</i> | 636 |
| 4.4.5 | <i>Recursos necesarios</i> | 647 |
| CAPITULO V: GESTIÓN DE INDICADORES. | | 649 |
| 5.1 | DISEÑO DE GUÍA DE INDICADORES DE GESTIÓN DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE (CRIO) | 650 |
| 5.1.1 | <i>Características de los indicadores</i> | 652 |
| 5.1.2 | <i>Construcción de Indicadores</i> | 653 |
| 5.1.3 | <i>Identificación de la Misión.</i> | 653 |
| 5.1.4 | <i>Diseño de Indicadores</i> | 655 |
| 5.1.5 | <i>Validar Indicadores</i> | 658 |
| 5.1.6 | <i>Comunicar e Informar</i> | 662 |
| 5.1.7 | <i>Guía de Indicadores Claves</i> | 663 |
| 5.1.8 | <i>Proceso de Seguimiento y Control de Indicadores.</i> | 683 |
| 5.2 | MONITOREO DE PROCESOS..... | 689 |
| 5.2.1 | <i>Diseño de Dashboard</i> | 689 |



| | | |
|--|---|------------|
| 5.2.2 | Software de apoyo a la gestión de la agenda médica | 699 |
| CAPITULO VI: GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA..... | | 714 |
| 6.1 | MANUAL DE MEJORA CONTINUA | 714 |
| 6.2 | GUÍA DE COMO GESTIÓN POR PROCESOS..... | 782 |
| CAPITULO VII: EVALUACIONES DEL PROYECTO | | 850 |
| 7.1 | ESTUDIO ECONÓMICO | 850 |
| 7.1.1 | <i>Inversión Inicial del Proyecto</i> | 850 |
| 7.1.2 | <i>Costos de Operación del Modelo</i> | 858 |
| 7.1.3 | <i>Presupuesto de Egresos e Ingresos</i> | 866 |
| 7.1.4 | <i>Financiamiento del Proyecto</i> | 871 |
| 7.2 | EVALUACIONES ECONÓMICAS..... | 874 |
| 7.2.1 | <i>Tasa Mínima Atractiva de Rendimiento</i> | 874 |
| 7.2.2 | <i>Valor Actual Neto (VAN)</i> | 876 |
| 7.2.3 | <i>Relación Beneficio – Costo (B/C)</i> | 878 |
| 7.2.4 | <i>Tasa Interna de Retorno (TIR)</i> | 880 |
| 7.2.5 | <i>Análisis de Sensibilidad</i> | 881 |
| 7.3 | EVALUACIÓN SOCIAL | 884 |
| 7.3.1 | <i>Impacto en las Atenciones a los Usuarios del CRIO</i> | 885 |
| 7.3.2 | <i>Impacto Económico-Social</i> | 895 |
| 7.3.3 | <i>Aporte o Beneficios Sociales dentro de la Organización</i> | 898 |
| 7.4 | EVALUACIÓN DEL PROYECTO CON PERSPECTIVA DE GENERO | 901 |
| CAPITULO VIII: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN | | 908 |
| 8.1 | OBJETIVO. | 909 |
| 8.1.1 | <i>Descripción del Objetivo</i> | 909 |
| 8.2 | ESTRUCTURA DEL DESGLOSE DE TRABAJO..... | 910 |
| 8.3 | DESCRIPCIÓN DE PAQUETES DE TRABAJO | 911 |
| 8.3.1 | <i>Subsistema: Capacitación y gestión de grupos de trabajo</i> | 911 |
| 8.3.2 | <i>Subsistema: Gestión e implementación de programas propuestos:</i> | 915 |
| 8.3.3 | <i>Subsistema: Medición, análisis y mejora:</i> | 916 |
| 8.4 | ESTRATEGIAS PARA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE | 919 |
| 8.5 | DURACIÓN DEL PROYECTO | 920 |
| 8.5.1 | <i>Diagrama CPM-PERT</i> | 923 |
| 8.5.2 | <i>Diagrama de Gantt</i> | 924 |



| | | |
|---|---|------------|
| 8.6 | ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE..... | 925 |
| 8.6.1 | <i>Tipo de Organización:</i> | 925 |
| 8.7 | MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL PROYECTO..... | 928 |
| 8.7.1 | <i>Introducción</i> | 929 |
| 8.7.2 | <i>Objetivos</i> | 930 |
| 8.7.3 | <i>Estructura organizativa del proyecto</i> | 931 |
| CAPITULO IX: RESULTADOS ESPERADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL MODELO..... | | 935 |
| 9.1 | IDENTIFICACIÓN Y LEVANTAMIENTO DE PROCESOS..... | 935 |
| 9.2 | DISEÑO DE LA GESTIÓN DE LA AGENDA MÉDICA | 936 |
| 9.3 | DISEÑO DE MECANISMOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO..... | 938 |
| 9.4 | MEJORA Y ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS MEDIANTE LA AUTOMATIZACIÓN..... | 939 |
| 9.5 | ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES DE GESTIÓN | 941 |
| 9.6 | DISEÑO DE METODOLOGÍA PARA LA GESTIÓN DE PROCESOS..... | 943 |
| 9.7 | DISEÑO DE METODOLOGÍA PARA LA MEJORA CONTINUA..... | 944 |
| 9.8 | EVALUACIÓN DE CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD | 945 |
| 9.9 | RESUMEN DE RESULTADOS PROPUESTOS | 954 |
| 9.10 | INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO | 955 |
| CONCLUSIONES..... | | 958 |
| | DIAGNOSTICO | 958 |
| | DISEÑO | 959 |
| | EVALUACIONES | 959 |
| | CONCLUSIONES DEL PROYECTO | 960 |
| RECOMENDACIONES..... | | 961 |
| GLOSARIO TECNICO | | 962 |
| BIBLIOGRAFIA | | 968 |
| APENDICES..... | | 969 |



ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|-----|
| TABLA 1 - SIMBOLOGIA ANSI PARA REPRESENTACION DE PROCESOS | 47 |
| TABLA 2 - PRODUCTIVIDAD GENERAL EN LOS SERVICIOS DE REHABILITACION, MEDICOS Y DE APOYO JUN/2011 - MAY/2012 | 56 |
| TABLA 3- DISTRIBUCIÓN DE RECURSO HUMANO EN EL CRIO..... | 61 |
| TABLA 4 - RECURSOS FISICOS DEL CRIO | 62 |
| TABLA 5- SERVICIOS POR ÁREA OFRECIDOS EN EL CRIO..... | 69 |
| TABLA 6 - NUMERO DE ATENCIONES POR AREA..... | 71 |
| TABLA 7 - RESULTADOS DE LA EVALUACION CRIO SOBRE LA CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTION PUBLICA | 73 |
| TABLA 8- PUNTAJE DE LA EVALUACION DE LA CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTION PUBLICA | 74 |
| TABLA 9 - INVENTARIO DE PROCESOS CRIO | 99 |
| TABLA 10 - TABLA DE PONDERACION PARA SELECCION DE PROCESOS | 117 |
| TABLA 11 - FORMATO PARTICIPANTES PANEL DE EXPERTOS | 117 |
| TABLA 12 - MATRIZ DE CALIFICACION DE PROCESOS CLAVES | 119 |
| TABLA 13 - CATEGORIAS DE CLASIFICACION DE LOS PROCESOS..... | 120 |
| TABLA 14- TABLA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL JURADO..... | 121 |
| TABLA 15 - TABLA DE RESULTADOS | 121 |
| TABLA 16 - RESULTADOS DEL PANEL DE EXPERTO | 122 |
| TABLA 17 - RESULTADO EVALUACION PROCESO MANTENIMIENTO Y SOPORTE | 122 |
| TABLA 18 - RESULTADO EVALUACION PROCESO GESTION DE TALENTO HUMANO..... | 123 |
| TABLA 19 - RESULTADO EVALUACIÓN PROCESO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL..... | 123 |
| TABLA 20 - RESULTADO EVALUACIÓN PROCESO DE REHABILITACIÓN BASE COMUNITARIA..... | 124 |
| TABLA 21 - RESULTADO EVALUACION PROCESO DE EVALUACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD | 124 |
| TABLA 22 - RESULTADO EVALUACION DE PROCESO DE GESTION GERENCIAL | 125 |
| TABLA 23 - RESULTADO EVALUACION PROCESO GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION PAR ALA TOMA DE DECISIONES | 125 |
| TABLA 24 - DEFINICION DE MACRO PROCESOS CRIO | 134 |
| TABLA 25 - PONDERACION DE CRITERIOS PARA LA SELECCION DE PROCESOS | 138 |
| TABLA 26 - MATRIZ PONDERACION CRITERIO PARA LA SELECCION DE PROCESOS | 138 |
| TABLA 27 - PUNTUACION DE CRITERIOS PARA LA IDENTIFICACION DE PROCESOS RELEVANTES | 139 |
| TABLA 28 - MATRIZ PONDERACION ALCANCE DEL PROCESO | 140 |
| TABLA 29 - MATRIZ PONDERACION IMPACTO ESTRATEGICO..... | 141 |
| TABLA 30 - MATRIZ PONDERACION IMPACTO INSTITUCIONAL..... | 141 |
| TABLA 31 - DESARROLLO MATRIZ L-RESUMEN | 142 |
| TABLA 32 - PRIORIZACIÓN POR PARETO | 143 |
| TABLA 33 - CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS | 146 |
| TABLA 34 - RELACIÓN OBJETIVOS ESTRATÉGICOS VS PROCESOS | 149 |



| | |
|---|-----|
| TABLA 35 - RESUMEN INTERRELACIONES AGENDA MÉDICA Y TERAPIA | 224 |
| TABLA 36 - RESUMEN PROBLEMAS AGENDA MÉDICA Y TERAPIAS | 226 |
| TABLA 37 - TIEMPO DE ATENCIÓN POR PRIORIDADES | 230 |
| TABLA 38 - RESUMEN PROBLEMÁTICA ENCONTRADA, CAUSAS Y CONSECUENCIAS | 239 |
| TABLA 39 – RESUMEN DIAGRAMA DE INTERRELACIONES, PROBLEMÁTICA DE PROCESOS | 242 |
| TABLA 40 - RESUMEN PROBLEMAS DE PROCESO | 245 |
| TABLA 41 - RESUMEN PROBLEMAS DE PROCESO, CAUSAS Y EFECTOS | 256 |
| TABLA 42 - RESUMEN PROBLEMÁTICA ENCONTRADA CON DIAGRAMAS DE INTERRELACIÓN | 258 |
| TABLA 43 - NIVEL DE CONFIANZA PARA MUESTREO DE TRABAJO | 263 |
| TABLA 44 - TABLA DE CLASIFICACIÓN DE SELECCIÓN..... | 276 |
| TABLA 45 - TABLA DE SELECCIÓN DE HORA | 279 |
| TABLA 46- TABLA DE SELECCIÓN DE OBSERVADOR..... | 280 |
| TABLA 47 - ITINERARIO DE OBSERVACIONES PRELIMINARES ORDENADO | 281 |
| TABLA 48 - TABLA RESUMEN DE OBSERVACIONES DE PROYECCIÓN DE ESTUDIO..... | 282 |
| TABLA 49 - TABLA RESULTADOS OBSERVACIONES REAL..... | 283 |
| TABLA 50 - RESUMEN INACTIVIDAD POR ÁREA..... | 285 |
| TABLA 51 - RESUMEN INACTIVIDAD POR MODALIDAD ADULTOS..... | 286 |
| TABLA 52 - DESGLOSE ACTIVIDADES REALIZADAS POR MODALIDAD ADULTO..... | 287 |
| TABLA 53 - RESUMEN INACTIVIDAD POR ÁREA NIÑOS..... | 289 |
| TABLA 54 - DESGLOSE ACTIVIDADES REALIZADAS POR MODALIDAD NIÑO | 290 |
| TABLA 55 - RESUMEN INACTIVIDAD POR ÁREA MEZENINE | 291 |
| TABLA 56 - DESGLOSE ACTIVIDADES REALIZADAS POR MODALIDAD MEZENINE | 292 |
| TABLA 57 - RESUMEN TIEMPOS ÁREA MEDICA | 293 |
| TABLA 58 – RESUMEN TIEMPO DE ESPERA ENTRE EVALUACIÓN INICIAL Y CONSULTA MEDICA..... | 294 |
| TABLA 59 - PROMEDIO DE INASISTENCIAS | 296 |
| TABLA 60 - PROMEDIO USUARIOS ATENDIDOS EN CONDICIÓN | 297 |
| TABLA 61 - PROMEDIO DE USUARIOS NUEVOS ATENDIDOS DIARIAMENTE..... | 298 |
| TABLA 62 - RESUMEN USUARIOS EN CONSULTA SUBSECUENTE DIARIOS | 299 |
| TABLA 63 - ANÁLISIS INSTRUMENTO CLIENTE EXTERNO..... | 303 |
| TABLA 64 - DATOS PARA DETERMINACIÓN DE MUESTRA ENCUESTA CLIENTE EXTERNO..... | 306 |
| TABLA 65 - MATRIZ DE ANÁLISIS ENCUESTA CLIENTE INTERNO..... | 312 |
| TABLA 66. PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS EN LA ETAPA DE DIAGNOSTICO | 540 |
| TABLA 67 - TÉCNICAS PARA MEDICIÓN DE CLIENTE INTERNO Y EXTERNO | 551 |
| TABLA 68 - VALORACIÓN DE ALTERNATIVAS DE TÉCNICA CLIENTE INTERNO Y EXTERNO..... | 553 |
| TABLA 69 - FACTORES DE CALIDAD PARA DISEÑO DE ENCUESTA | 560 |
| TABLA 70 - MATRIZ DE ANÁLISIS DE INSTRUMENTO CLIENTE EXTERNO..... | 561 |



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| | |
|--|-----|
| TABLA 71 - USUARIOS A QUIEN VA DIRIGIDO ENCUESTA..... | 570 |
| TABLA 72 - REQUISITOS DE CALIDAD ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL | 584 |
| TABLA 73 - MATRIZ DE ANÁLISIS ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL | 585 |
| TABLA 74 - CARACTERIZACIÓN DE PERSONAL QUE LABORA EN CRIO..... | 594 |
| TABLA 75 - LISTA DE VARIABLES UTILIZADAS EN AUTOMATIZACIÓN | 640 |
| TABLA 76 - FICHA TÉCNICA DE INDICADORES..... | 657 |
| TABLA 77 - CRITERIOS PARA EVALUACIÓN DE INDICADORES | 658 |
| TABLA 78 - INDICADORES DE AGENDA MEDICA | 665 |
| TABLA 79- VARIABLES UTILIZADAS EN EL MODELO RELACIONAL | 693 |
| TABLA 80 - VALOR ACTUAL NETO (VAN) | 877 |
| TABLA 81 - ANALISIS DE SENSIBILIDAD | 883 |
| TABLA 82 - DATOS HISTÓRICOS DE IMPACTO EN LAS ATENCIONES A LOS USUARIOS..... | 885 |
| TABLA 83 - AUMENTO DE ATENCIONES ANUALES | 888 |
| TABLA 84 - AUMENTO DE ATENCIONES POR ÁREA | 890 |
| TABLA 85 - RESUMEN EVALUACIÓN SOCIAL | 894 |
| TABLA 86 - COSTO TOTAL POR ÁREA | 895 |
| TABLA 87 - PROYECCIÓN DE COSTOS ANUAL | 896 |
| TABLA 88 - ESCALA EVALUACIÓN DE GENERO..... | 902 |
| TABLA 89 - ANÁLISIS DE EVALUACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO..... | 903 |
| TABLA 90 - VALORACIÓN DE INCORPORACIÓN DE PERSPECTIVA DE GÉNERO..... | 904 |
| TABLA 91 - VALORACIÓN DE GÉNERO SOBRE SI SE INCORPORA A LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO..... | 905 |
| TABLA 92 - VALORACIÓN DE RESULTADOS DEL PROYECTO DESDE PERSPECTIVA DE GÉNERO..... | 906 |
| TABLA 93 - RESUMEN EVALUACIÓN PERSPECTIVA DE GENERO | 906 |
| TABLA 94 - ACTIVIDADES PAQUETE DESARROLLO DE COMITÉ DE CALIDAD..... | 911 |
| TABLA 95 - ACTIVIDADES NOTIFICACIÓN Y CAPACITACIÓN AL PERSONAL..... | 912 |
| TABLA 96 - ACTIVIDADES DE GESTIÓN DE RECURSOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS..... | 915 |
| TABLA 97 - ACTIVIDADES IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS INFORMÁTICOS..... | 916 |
| TABLA 98 - ACTIVIDADES DE PRUEBA PILOTO | 917 |
| TABLA 99 - ACTIVIDADES AUDITORÍA DE MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS | 917 |
| TABLA 100 - ACTIVIDADES DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | 918 |
| TABLA 101 - ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS..... | 918 |
| TABLA 102 - DURACIÓN DEL PROYECTO..... | 920 |
| TABLA 103 - RELACIÓN DE ACTIVIDADES..... | 921 |
| TABLA 104 – CRITERIOS DE SELECCIÓN DE ESTRUCTURA ORGANIZATIVA | 926 |
| TABLA 105 - CAMBIOS A OBTENER | 936 |
| TABLA 106 - PROCESOS DOCUMENTADOS PARA APOYO A AGENDA MEDICA | 937 |



| | |
|---|-----|
| TABLA 107 - INDICADORES DISEÑADOS | 937 |
| TABLA 108 - MECANISMOS PARA LA EVALUACIÓN AL CLIENTE DISEÑADOS | 939 |
| TABLA 109 - NUMERO DE PROCESOS AUTOMATIZADOS..... | 940 |
| TABLA 110 - RESULTADOS OBTENIDOS | 943 |
| TABLA 111 - MECANISMOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE GESTIÓN POR PROCESOS | 943 |
| TABLA 112 - MECANISMOS QUE GARANTICEN LA MEJORA CONTINUA | 944 |
| TABLA 113 - PROYECCIONES CUMPLIMIENTO CARTA IBEROAMERICANA..... | 947 |
| TABLA 114 - RESUMEN PRINCIPIOS INSPIRADORES..... | 948 |
| TABLA 115 - RESUMEN DEBERES Y DERECHOS DE LOS CIUDADANOS..... | 949 |
| TABLA 116 - RESUMEN ORIENTACIÓN Y ESTRATEGIAS | 950 |
| TABLA 117 - RESUMEN USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS | 951 |
| TABLA 118 - RESUMEN CONSIDERACIONES FINALES..... | 952 |
| TABLA 119 - RESUMEN DE RESULTADOS PROPUESTOS..... | 954 |



ÍNDICE DE IMÁGENES

| | |
|---|-----|
| IMAGEN 1 - PATIO TRASERO CRIO | 63 |
| IMAGEN 2 - PISCINA DE TERAPIA FISICA CRIO..... | 63 |
| IMAGEN 3 - AREA DE TERAPIA DE LENGUAJE..... | 64 |
| IMAGEN 4 - AREA DE TERAPIA FISICA ADULTOS..... | 65 |
| IMAGEN 5 - AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL ADULTOS..... | 65 |
| IMAGEN 6 - AREA DE TERAPIA SENSORIAL..... | 66 |
| IMAGEN 7 - AREA DE TERAPIA EDUCATIVA..... | 66 |
| IMAGEN 8 - AREA DE GIMNASIO ADULTOS..... | 67 |
| IMAGEN 9 - CONSULTORIO MEDICO..... | 67 |
| IMAGEN 10 - ESTACION DE ENFERMERIA..... | 68 |
| IMAGEN 11 - CONFORMACION DE GRUPO ELABORACION MAPA DE PROCESOS..... | 126 |



ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| FIGURA 1 - ESQUEMA RESULTADOS ESPERADOS DEL PROYECTO | 32 |
| FIGURA 2 - EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD | 33 |
| FIGURA 3- ELEMENTOS DE CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS | 40 |
| FIGURA 4 - REPRESENTACION DE PROCESOS IDEFO..... | 46 |
| FIGURA 5 - PRINCIPIOS DE LA CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PUBLICA | 52 |
| FIGURA 6 - EJES ESTRATEGICOS DE LA CALIDAD EN LA GESTION PUBLICA..... | 53 |
| FIGURA 7- PRODUCTIVIDAD GENERAL EN LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN, MÉDICOS Y DE APOYO JUN/2011 - May/2012 | 55 |
| FIGURA 8- ORGANIGRAMA DEL ISRI | 58 |
| FIGURA 9 - ORGANIGRAMA CRIO | 70 |
| FIGURA 10- GRADO DE AVANCE DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CARTA IBEROAMERICANA | 74 |
| FIGURA 11 - METODOLOGÍA GENERAL DEL DIAGNOSTICO | 86 |
| FIGURA 12- METODOLOGÍA DEL PRE-DIAGNOSTICO..... | 97 |
| FIGURA 13 - FASES PARA LA IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE PROCESOS..... | 98 |
| FIGURA 14- CLASIFICACIÓN DE PROCESOS SEGÚN TIPO | 126 |
| FIGURA 15 - MAPA DE PROCESOS CRIO | 128 |
| FIGURA 16 - ESQUEMA LOGICO PARA EL POSICIONAMIENTO Y SELECCION DE PROCESOS | 129 |
| FIGURA 17 - METODOLOGÍA PARA CARACTERIZACIÓN DE PROCESOS CLAVES | 151 |
| FIGURA 18 - METODOLOGÍA IDEFO | 153 |
| FIGURA 19 - SERVICIOS QUE OFRECE EL CRIO | 220 |
| FIGURA 20 - PROBLEMAS ENCONTRADOS..... | 221 |
| FIGURA 21 - DIAGRAMA INTERRELACIONES AGENDA MÉDICA Y TERAPIAS | 223 |
| FIGURA 22 - DIAGRAMA DE INTERRELACIONES PROBLEMAS DE PROCESO | 241 |
| FIGURA 23 DIAGRAMA ISHIKAGUA FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 334 |
| FIGURA 24 - PLANTEAMIENTO DEL DISEÑO DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS | 335 |
| FIGURA 25 - METODOLOGÍA MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS | 337 |
| FIGURA 26 - METODOLOGÍA GESTIÓN DE LA AGENDA MEDICA | 338 |
| FIGURA 27 - METODOLOGÍA AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS | 340 |
| FIGURA 28 – GESTIÓN DE INDICADORES | 343 |
| FIGURA 29 - METODOLOGÍA GESTIÓN DE INDICADORES | 344 |
| FIGURA 30 - FUNCIONAMIENTO DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS | 350 |
| FIGURA 31 - SIGNIFICADO METODOLOGÍA ANSI | 357 |
| FIGURA 32 - METODOLOGÍA PARA EVALUACIÓN POR MEDIO DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN | 555 |
| FIGURA 33 - METODOLOGÍA DE PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE ENCUESTA..... | 556 |
| FIGURA 34 - DESGLOSE DE DISEÑO DE BUZÓN DE SUGERENCIA | 604 |



| | |
|--|-----|
| FIGURA 35 - METODOLOGÍA BUZÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS | 605 |
| FIGURA 36 - CICLO BPM | 621 |
| FIGURA 37 - MAPA DE PROCESOS | 638 |
| FIGURA 38 - PROCESO DE CONVERTIR DATOS EN INFORMACIÓN | 651 |
| FIGURA 39- CICLO BÁSICO PARA EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES | 653 |
| FIGURA 40 - SISTEMA DE GESTIÓN DE BASE DE DATOS | 690 |
| FIGURA 41 - MODELO RELACIONAL DE BASE DE DATOS..... | 693 |
| FIGURA 42 - CAPTURA DASHBOARD CRIO | 696 |
| FIGURA 43 - CAPTURA DASHBOARD EFICIENCIA..... | 697 |
| FIGURA 44 - CAPTURA DASHBOARD ATENCIÓN | 697 |
| FIGURA 45 - CAPTURA DASHBOARD ROTACIÓN..... | 698 |
| FIGURA 46 - CAPTURA DASHBOARD ASISTENCIA | 699 |
| FIGURA 47 - MENÚ SOFTWARE AGENDA MEDICA | 699 |
| FIGURA 48 - CAPTURA INGRESO AGENDA MÉDICA..... | 701 |
| FIGURA 49 - CAPTURA PANTALLA PRINCIPAL AGENDA MÉDICA | 702 |
| FIGURA 50 - CAPTURA FUNCIONES EXPEDIENTE AGENDA MEDICA | 702 |
| FIGURA 51 - CAPTURA BUSCAR PACIENTE AGENDA MÉDICA | 703 |
| FIGURA 52 - CAPTURA IMPRESIÓN DE EXPEDIENTE | 704 |
| FIGURA 53 - CAPTURA CREAR CITA AGENDA MÉDICA..... | 705 |
| FIGURA 54 - DESCRIPCIÓN COLORES CALENDARIO DE AGENDA MÉDICA | 705 |
| FIGURA 55 - CAPTURA CALENDARIO AGENDA MÉDICA..... | 706 |
| FIGURA 56 - CAPTURA PROGRAMACIÓN DE CITA A USUARIO AGENDA MÉDICA | 707 |
| FIGURA 57 - CAPTURA SELECCIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA AGENDA MÉDICA..... | 708 |
| FIGURA 58 - CAPTURA AGENDA DIARIA MÉDICO ESPECIALISTA..... | 708 |
| FIGURA 59 - CAPTURA VER INASISTENCIA POR MEDICO..... | 709 |
| FIGURA 60 - CAPTURA SELECCIÓN DE REPORTES | 710 |
| FIGURA 61 - CAPTURA GENERADOR DE REPORTES | 710 |
| FIGURA 62 - CAPTURA CARGA DE REPORTE..... | 711 |
| FIGURA 63 - PANTALLA DE REPORTE REALIZADO | 712 |
| FIGURA 64 - CAPTURA MODIFICAR USUARIO | 713 |
| FIGURA 65 - CAPTURA VER DATOS ACTUALES..... | 713 |
| FIGURA 66 - INFLACIÓN ANUAL EN EL SALVADOR..... | 875 |
| FIGURA 67 - RENDIMIENTO EN LAS ATENCIONES..... | 891 |
| FIGURA 68 - GRAFICO SUBDIVISIÓN DEL AUMENTO DE ATENCIONES PROYECTADAS | 893 |
| FIGURA 69 - CICLO DE UN PROYECTO | 901 |
| FIGURA 70 - DESGLOSE ANALÍTICO | 909 |



| | |
|---|-----|
| FIGURA 71 - ESTRUCTURA DEL DESGLOSE DE TRABAJO | 910 |
| FIGURA 72 - SUBSISTEMA CAPACITACIÓN Y GESTIÓN DE GRUPOS DE TRABAJO | 911 |
| FIGURA 73 - SUBSISTEMA GESTIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS PROPUESTOS | 915 |
| FIGURA 74- SUBSISTEMA MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA | 916 |
| FIGURA 75 - CPM-PERT | 923 |
| FIGURA 76 - DIAGRAMA DE GANTT | 924 |
| FIGURA 77 - PUNTUACIÓN PARA SELECCIÓN DE ESTRUCTURA PROPUESTA | 925 |
| FIGURA 78 - ESQUEMA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA | 931 |



ÍNDICE DE ANEXOS

| | | |
|-------------|---|------|
| APENDICE A. | MUESTREO DEL TRABAJO | 970 |
| APENDICE B. | INVESTIGACIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEL CRIO | 976 |
| APENDICE C. | DISEÑO DE MECANISMOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO..... | 1011 |
| APENDICE D. | MANUAL DE USUARIO DE SOFTWARE PARA SOPORTE DE AGENDA MEDICA..... | 1026 |
| APENDICE E. | MANUAL DE USUARIO - DASHBOARD CRIO..... | 1051 |
| APENDICE F. | OFERTA TÉCNICA Y ECONÓMICA PARA CONSULTORÍA: "DISEÑO DE SISTEMA DE GESTIÓN POR PROCESOS PARA EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE" | 1061 |
| APENDICE G. | COTIZACIÓN: "SISTEMAS DE GESTIÓN Y MODELAMIENTO DE PROCESOS" | 1067 |
| APENDICE H. | EVALUACIÓN DE LA CARTA IBEROAMERICANA CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO | 1070 |
| APENDICE I. | POBLACIÓN QUE PADECE DE ALGUNA LIMITACIÓN PERMANENTE SEGÚN DEPARTAMENTO Y SEXO. CENSO 2007..... | 1108 |



INTRODUCCIÓN

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), es una institución gubernamental que se encarga de proveer servicios de rehabilitación integral a personas con discapacidad, participa en la detección y prevención temprana de las facultades especiales en las diferentes filiales a nivel nacional, con el objetivo de proporcionar las herramientas necesarias a sus usuarios para que sean y se sientan útiles a la sociedad, ayudando con esto a desarrollar habilidades y herramientas para lograr una vida plena en su entorno.

Entre sus diferentes filiales se encuentra el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO), la cual contribuye a la rehabilitación integral de los usuarios en la zona occidental del país, considerando el papel tan importante que desempeña en la sociedad se toma en consideración por parte de la subsecretaría de modernización y gobernabilidad para la implementación de un Modelo de Gestión por Procesos, como una de las herramientas que se plantean en la carta iberoamericana y que el gobierno promueve para mejorar la gestión de sus instituciones públicas.

Para llevar a cabo este proyecto, se inició con el desarrollo de un diagnóstico de la situación actual de la institución, mediante la aplicación de diferentes técnicas de ingeniería se identifica las problemáticas y deficiencias, que permitió proporcionar un panorama general de la gestión e identificar las posibles situaciones que inciden el servicio que brinda el CRIO. En esta fase se evaluaron los diferentes procesos y procedimientos, definiendo los procesos claves los cuales fueron determinados como objetos de estudio.

Para resolver las problemáticas identificadas, el diseño del modelo de Gestión consta de tres fases principales, en la primera fase denominada Gestión de procesos se diseñó toda la base del modelo conformada por los “Procesos” es por ello que este capítulo comprende la identificación, levantamiento y modelamiento de los diferentes procesos y procedimientos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, a través del diseño del Manual de Procesos y Procedimientos del Centro, en esta apartado también se procede a cerrar algunas brechas detectadas en la etapa de diagnóstico, y es por ello que se dedicara un apartado para el diseño de procesos para la administración o gestión de la agenda medica del centro.



Para finalizar esta apartado se procede al diseño de mecanismos para la evaluación del cliente interno y externo, y se establecerá una propuesta de mejora para la estandarización de procesos mediante el modelamiento y automatización, mediante herramientas de Business Process Management utilizando el software Bonita BPM, para la ejecución de los procesos de manera automatizada. En la segunda fase del diseño denominada Gestión de Indicadores se estableció los mecanismos que permitan dar el seguimiento y control de los procesos con el objetivo de medir sus resultados en relación a los planes adoptados y diagnosticar las desviaciones a las referencias establecidas bajo dos enfoques principales:

El establecimiento de un Sistema de indicadores en el cual cada indicador contara con su respectiva ficha las cuales que contiene la información necesaria para el cálculo del indicador y los estándares que faciliten el análisis del resultado obtenido, dando apoyo a esta fase se diseñó una base de datos que junto a la automatización permita almacenar la información, para posteriormente ser analizada a través de un Dashboard de indicadores para evaluar el desempeño del modelo, además de un software de apoyo para la gestión de los indicadores del proceso de programación de agenda médica.

La Evaluación del Cliente Interno y Externo que contendrá el análisis y control de la información relativa de la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos.

Y para finalizar la tercera fase del diseño denominada Gestión de la Mejora Continua se incluyó toda la documentación respectiva al modelo, como los son el Manual del Modelo de Gestión por Procesos diseñado y el Manual de Mejora Continua que permitirá que sea un modelo sostenible en el tiempo y flexible a cambios y no como un arreglo rápido frente a un problemática puntual del centro.

Como última etapa del proyecto se realizan las evaluaciones del proyecto para medir la magnitud que tendrá el proyecto durante y posterior a su implementación, definiendo el tiempo, el costo, su financiamiento, la organización del proyecto así como su impacto social.

Es esta etapa se desarrolló el plan de implementación, definiendo los diferentes paquetes de trabajo con sus respectivos subsistemas, hasta llegar a un nivel en el cual se pueda definir los tiempos



necesarios para cumplir con cada una de las actividades. También se define la estructura organizativa para el cumplimiento de la implementación.

Posteriormente se realiza el estudio económico donde se definen todos los costos que implican la implementación del Modelo, incluyendo la forma de financiamiento de estos tanto de inversión tangible como intangible, definiendo un presupuesto que parte como base para el desembolso de las diferentes partes en el transcurso de la implementación.

Y para finalizar se incluyen las diferentes evaluaciones del proyecto desde las evaluaciones económicas que define la forma en la que se recuperara la inversión realizada en el proyecto, definiendo si es rentable o no es rentable la realización de este en el tiempo utilizando diferentes técnicas financieras para poder obtener un dato veraz, hasta la evaluación de la Carta Iberoamericana, de Genero y Evaluación Social, que por el tipo de proyecto que se implementa es la más importante, ya que siendo una institución de índole gubernamental y de atención a personas con discapacidad el mayor impacto es en este ámbito.

CAPITULO I: GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 Antecedentes del Proyecto.

En la antesala para el desarrollo de este proyecto tenemos en primer lugar como contraparte al CRIO (Centro de Rehabilitación Integral de Occidente) que como Institución pública busca modernizar su administración a fin de cumplir con los requerimientos y necesidades de los usuarios, por ello trabaja por lograr el ideal de Brindar Servicios de Calidad, a partir del establecimiento de un Sistema de Gestión de Calidad bajo un enfoque basado en procesos que le permita el aseguramiento de la calidad de los servicios que ofrece.

La implementación de la gestión por procesos a su vez dará cumplimiento a los lineamientos emitidos por la Presidencia de la República, a través de la Secretaría para Asuntos Estratégicos de constituir un Sector Público responsable, eficiente, eficaz, moderno, que brinde a la población servicios de calidad y se obtendrá la mejora de la atención al público en general que recibe los servicios, ayudándoles a realizarse en el menor tiempo, con la mejor calidad disponible, creando un desarrollo sostenible del centro, a través de un modelo de mejora continua en él; Así mismo que garantice la calidad en la atención y que promueva una gestión de calidad y perfeccionamiento continuo en las operaciones institucionales del CRIO.

Dentro de este programa de fortalecimiento institucional y gestión de calidad institucional se encuentra un elemento inspirador y orientador: “la Carta Iberoamericana de Calidad en la gestión pública”

La calidad en la gestión pública constituye una cultura transformadora que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos. Puede y debe ser constantemente mejorada, buscando elevarla a niveles de excelencia, es decir obtener resultados sostenibles, con tendencias crecientes de mejora, y que tales resultados se comparen favorablemente con los más destacados referentes nacionales e internacionales.

Dentro de las acciones e instrumentos para la calidad en la gestión pública recomendados por la carta para que los Estados Iberoamericanos puedan apoyarse hacia la implementación de la calidad en la gestión pública se encuentra la gestión por procesos.



Siendo el Gobierno de El Salvador un país miembro activo del CLAD (Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo), organismo intergubernamental internacional de Derecho Público, que aglutina a los 19 países latinoamericanos y dos ibéricos, España y Portugal, se ha constituido en un catalizador de las experiencias que los países iberoamericanos han venido acumulando en materia de Reforma del Estado, modernización de la Administración pública e innovación en la Gestión Pública; cuya representación se expresa a través de la Secretaria para Asuntos Estratégicos de la Presidencia y la Subsecretaria de Gobernabilidad y Modernización del Estado, En función de cumplir con las acciones e instrumentos para la calidad en la gestión pública establecidos en la Carta Iberoamericana de la Gestión Pública, el Estado en su Plan Quinquenal de Desarrollo 2010 -2014 del Gobierno de la Republica de El Salvador, contempla la “Política Nacional de Gobernabilidad y Modernización del Estado”, la cual tiene como objetivo principal, “contribuir a la gobernabilidad e impulsar la modernización del estado a través de la participación social en democracia, que incluye una ciudadanía responsable y una administración profesional y eficiente”; y dentro de sus principales líneas estratégicas se definió la promoción de una gestión de calidad y perfeccionamiento continuo de la administración pública.

Considerando que la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, originada por el CLAD, promueve un enfoque común de calidad y la excelencia en la gestión pública. Asimismo, propone la adopción de instrumentos que incentiven la mejora de la calidad en la gestión pública que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos competitivos, se establecen los siguientes marcos legales.

2010 – Decreto 134, “Creación del Premio Salvadoreño a la Calidad y el Reconocimiento a las Mejores Prácticas”, el cual procurara la implementación de los modelos de gestión de calidad, así como la adopción de un enfoque basado en procesos, de acuerdo a lineamientos emitidos por la Presidencia de la Republica, a través de la Secretaria para Asuntos Estratégicos.

Es por eso que El ISRI, por medio de su Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, dando cumplimiento a las directrices promovidas por la Subsecretaria para la Gobernabilidad y Modernización del Estado, para el cumplimiento del Decreto 134, y por ende la Carta Iberoamericana de Gestión Pública, promueve de manera global e institucional a todas sus



dependencias incluidas el CRIO mediante su planificación anual la mejora de los procesos establecidos con el fin de garantizar la calidad en la atención, teniendo como objetivo promover una gestión de calidad y perfeccionamiento continuo en las operaciones institucionales, las cuales contribuirán al direccionamiento institucional orientando las actividades y los recursos, a través de la gestión por procesos¹.

El CRIO al realizar una Autoevaluación del grado de avance en la implementación de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública realizada al Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) en el año 2012 arroja como resultado concluyente un nivel de cumplimiento del 59% con respecto a los requisitos que plantea la Carta, representando el mayor déficit en el capítulo 4.2 que consiste “en el uso de acciones e instrumentos que garanticen la calidad en la gestión pública” en el cual se tuvo una calificación de 43 %, lo que da un área de oportunidad de 57 % para lograr obtener un cumplimiento al 100%. La autoevaluación está concebida como un examen riguroso y sistemático, que un organismo público debe realizar periódicamente, con amplia participación de sus integrantes, con el objeto de identificar brechas de desempeño y emprender acciones orientadas a elevar la calidad de la gestión pública. La Guía de autoevaluación ha sido diseñada siguiendo la secuencia de los epígrafes de la Carta, transformando sus propuestas en preguntas sencillas pero a la vez profundas, que permiten una fácil interpretación y orientan a la recolección de información.

Por esta razón el ISRI junto con el apoyo y gestión de la Dra. Fortín (Directora actual del Centro) han gestionado que el CRIO empiece en este programa de Gestión impulsada por el gobierno mediante la subsecretaria, y se ha tomado a bien solicitar el apoyo de estudiantes egresados de la Escuela de Ingeniería Industrial para que realicen el trabajo de graduación en el centro el cual ayude a determinar su situación actual y sus diferentes situaciones problemáticas en su gestión actual, justificando y diseñando un modelo de gestión por procesos que ayudara al CRIO a solventar dichas problemáticas e asegurar la calidad en la prestación de sus servicios y la satisfacción de sus usuarios.

¹ Plan Estratégico del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral 2010 – 2014. Pág. 20.



1.2 *Objetivos del Proyecto*

1.2.1 *Objetivo General*

Diseñar un Modelo de Gestión por Procesos para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO), que permita asegurar y controlar la calidad en la prestación del servicio de rehabilitación integral hacia el usuario interno y externo.

1.2.2 *Objetivos Específicos*

- *Diagnosticar la situación actual del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, mediante la aplicación de técnicas de ingeniería para la identificación de problemáticas y deficiencias, lo cual permitirá proporcionar un panorama general de la gestión e identificar las posibles situaciones que inciden el servicio que brinda el CRIO.*
- *Clasificar los diferentes procesos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, para establecer el grado de aporte, función y participación y clasificarlos mediante el mapa de procesos.*
- *Determinar los procesos críticos que tienen mayor incidencia en el desempeño del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente para su análisis y caracterización mediante la metodología IDEFO.*
- *Analizar las cargas de trabajo de los diferentes usuarios internos del centro con el fin de identificar las actividades productivas e improductivas y el nivel de aprovechamiento de la jornada laboral.*
- *Investigar la opinión del usuario externo del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, para poder identificar y establecer el grado de satisfacción, y puntos de mejora desde la perspectiva del cliente.*



- *Investigar la opinión del usuario interno del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, para identificar el clima organizacional, compromiso y desempeño del personal del Centro.*
- *Diseñar alternativas de solución enfocadas mediante un modelo de gestión por procesos, que logren asegurar y controlar los requerimientos de calidad en la prestación del servicio, para lograr la satisfacción del usuario externo e interno.*
- *Estandarizar los procesos y procedimientos del Centro, mediante una base metodológica que permita la documentación y análisis de los mismos.*
- *Diseñar mecanismos para la medición de la satisfacción del usuario interno y externo para conocer y determinar las variables que conforman el concepto de calidad en el servicio del Centro.*
- *Establecer un sistema de indicadores de gestión que permita al Centro el monitoreo/seguimiento de los diferentes procesos y el cual permita establecer sistemas de alerta para la toma de decisiones.*
- *Diseñar un método metodológico de mejora continua, para que el Centro adopte la cultura de la mejora continua y la aplique en sus actividades.*
- *Evaluar el proyecto desde diferentes perspectivas, con el fin de comparar el cambio que tendrá el Centro con la aplicación del Modelo de Gestión por Procesos.*
- *Evaluar el proyecto desde la perspectiva económica, para el establecimiento de costos y análisis de la rentabilidad del proyecto.*
- *Evaluar el proyecto desde la perspectiva social, para establecer el impacto en cobertura y atenciones en la población del área de servicio del CRIO con la implementación del proyecto.*



- *Evaluar el proyecto desde la perspectiva de género, para establecer que el proyecto cumple con los requerimientos e impacto que garantice la igualdad de género en su implementación.*
- *Diseñar el plan de implementación del proyecto, con el fin de definir un cronograma de actividades y entregables para la puesta en marcha.*



1.3 Alcances y Limitaciones del Proyecto

1.3.1 Alcances

- El proyecto incluirá el levantamiento, descripción y documentación de los procesos, procedimientos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, para la conceptualización y diseño del Modelo de Gestión por Procesos, mas no incluirá la implementación del mismo.
- Análisis y diseño de la modelización de los procesos para la mejora de la misma y posterior inducción a la automatización/mecanización de los procesos claves.
- Diseño de un plan de implementación, para que el proyecto sea ejecutado y administrado en el centro.
- Ser una herramienta que proporcione las bases de la mejora continua, y evolución en los procesos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, para posicionarse como un centro modelo dentro del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación integral.

1.3.2 Limitaciones

- Dada la naturaleza de cambio y perspectiva que genera un modelo de gestión por procesos, será tarea y responsabilidad de cada uno de los interesados, sean estos usuarios internos del centro (empleados), tomar para si dicha filosofía e implementarla para obtener los resultados planteados.

1.4 Resultados Esperados del Proyecto

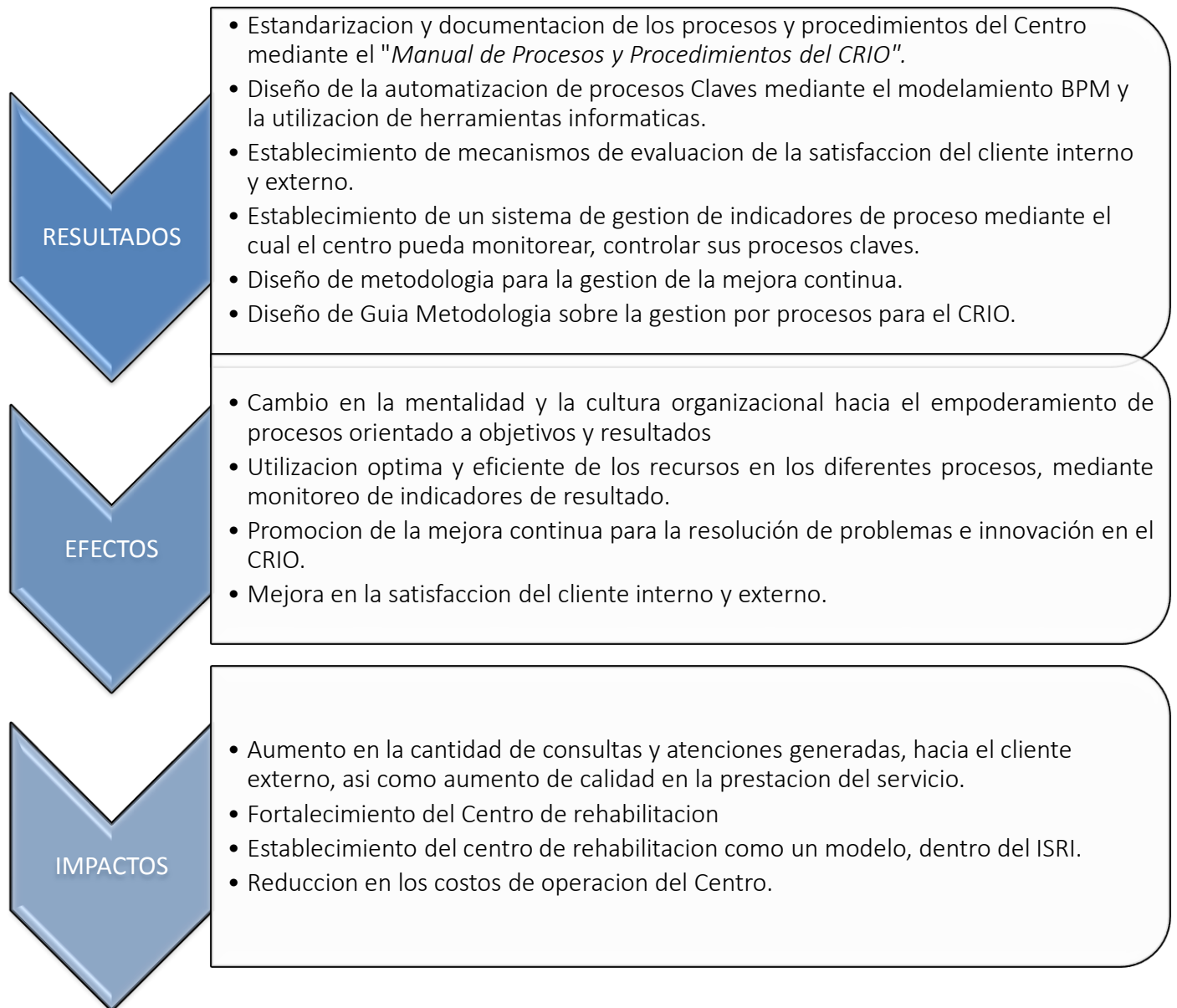


Figura 1 - Esquema Resultados Esperados del Proyecto



1.5 Marco Conceptual

1.5.1 Evolución e Historia de la Calidad

Para ver cómo ha evolucionado la calidad durante el presente siglo, se lo puede apreciar a través del análisis de sus características fundamentales, considerando las cinco etapas principales de su desarrollo.

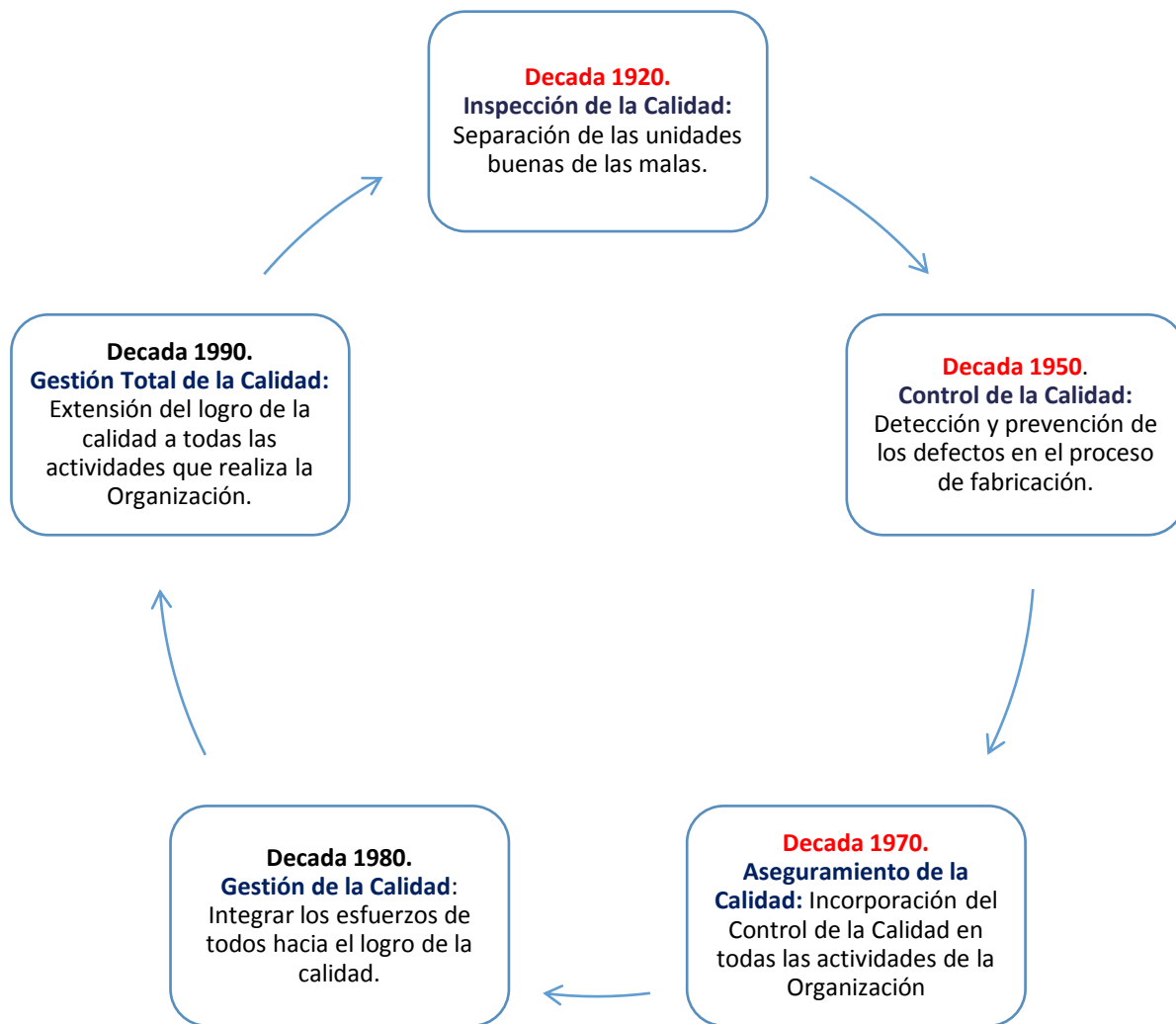


Figura 2 - Evolución de la Calidad



1.5.2 Del Control a la Gestión de la Calidad

Hace algún tiempo se pensaba, y se actuaba en consecuencia, que la calidad únicamente se controlaba. El departamento de control de calidad, como una función empresarial más, se dedicaba a separar el producto aceptable (de acuerdo con determinados estándares o características objetivas) del que no lo era mediante la inspección de la materia prima, del producto acabado o en fases intermedias de producción.

A continuación, el departamento de producción procedía al arreglo correspondiente hasta conseguir la conformidad y aceptación del producto. Solo se inicia la corrección si se detecta un defecto en el producto. Ambas actividades, evaluación y arreglo, son terriblemente costosas constituyendo un clásico indicador de ineficiencia por lo que suponen de carencias en el dominio del proceso productivo. El escenario competitivo hace que sea conveniente cambiar el objetivo perseguido por la calidad. De la calidad del producto se pasa a perseguir la satisfacción del cliente (referencial ISO 9001:2000) o de las partes interesadas, clientes-personas-proveedores-sociedad-accionistas (modelo EFQM).

El concepto calidad tiene ahora un *alcance global* al abarcar a todas las actividades empresariales, operativas y de gestión; ello es debido a que se entiende por producto el resultado del trabajo de cualquier persona y por cliente al destinatario de ese trabajo. Con este amplio alcance y el enfoque a los procesos, pero a todos los procesos de la empresa, la calidad sirve para integrar todas las funciones empresariales en torno a un objetivo común: satisfacer al cliente. Así pues, de un concepto negativo, estático y reactivo de la calidad se pasa a otro positivo, orientado a la acción y proactivo. Para tomar una acción específica, no es necesario que se haya detectado algún defecto o error, sino que se emprende para cumplir los objetivos de mejora fijados y satisfacer más y mejor al cliente (añadir valor).

1.5.2.1 La Gestión de la Calidad

Comprende tanto el control de la calidad como el aseguramiento de la calidad, así como los conceptos suplementarios de política de la calidad, planificación de la calidad y mejoramiento de la calidad. La gestión de la calidad opera a todo lo largo del sistema de la calidad. Estos conceptos se pueden extender a todas las partes de una organización.



Conceptualmente, la gestión de la calidad es el conjunto de actividades de la función general de la dirección que determinan la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades y se lleva a cabo, tal como ya ha sido mencionado, por medios tales como la planificación de la calidad, la inspección, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y el mejoramiento de la calidad, en el marco del sistema de la calidad.

La gestión de la calidad es responsabilidad de todos los niveles de dirección, pero debe ser conducida por el más alto nivel de la dirección. Su implementación involucra a todos los miembros de la organización y toma en cuenta los aspectos económicos. Como signo distintivo debe garantizar la participación activa y consciente de todo el personal.

1.5.2.2 La Gestión Total de la Calidad

Aporta a estos conceptos una estrategia de gestión global a largo plazo, así como la participación de todos los miembros de la organización en beneficio de la organización misma, de sus miembros, de sus clientes y de la sociedad considerada en su conjunto. Por "todos sus miembros" se entiende el personal en todos los departamentos y a todos los niveles de la estructura de la organización.

Un compromiso fuerte y permanente del más alto nivel de la dirección y la educación y adiestramiento permanente de todos los miembros de la organización son indispensables para el éxito de esta forma de gestión. En la gestión total de la calidad, el concepto de calidad se refiere al hecho de lograr todos los objetivos de la dirección.

Como ya se ha expresado, todas estas actividades vinculadas a la calidad tienen lugar en el marco de un sistema de la calidad. Este, incluye la estructura de la organización, los procedimientos, procesos y recursos necesarios para llevar a cabo la gestión de la calidad. Conviene que el sistema de la calidad sea tan amplio como se necesite para lograr los objetivos relacionados con la calidad.

1.5.2.3 Gestión Pública de la Calidad

La calidad en la gestión pública constituye una cultura transformadora que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos.



La calidad en la Gestión Pública puede y debe ser constantemente mejorada, buscando elevarla a niveles de excelencia, es decir obtener resultados sostenibles, con tendencias crecientes de mejora, y que tales resultados se comparen favorablemente con los más destacados referentes nacionales e internacionales. Una gestión pública se orientará a la calidad cuando se encuentre referenciada a los fines y propósitos últimos de un Gobierno democrático, esto es, cuando se constituya en:

- a. Una gestión pública centrada en el servicio al ciudadano; y,
- b. Una gestión pública para resultados.

ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA

1. La Dirección estratégica y el ciclo de mejora
2. Prospectiva y análisis de la opinión ciudadana
3. Participación ciudadana para la mejora de la calidad
4. Adopción de modelos de excelencia
5. Premios a la calidad o excelencia
6. La gestión por procesos
7. Los equipos y proyectos de mejora
8. Cartas compromisos o de servicios al ciudadano
9. Mecanismos de difusión de información relevante para el ciudadano
10. La mejora de la normatividad
11. El gobierno electrónico
12. Medición y evaluación
13. Sugerencias , quejas y reclamos de los ciudadanos
14. Sistemas de gestión normalizados
15. La gestión del conocimiento
16. Comparación e intercambio de mejores práctica
17. Aportaciones y sugerencias de los funcionarios públicos



1.5.3 Definición de Proceso

ISO 9000:2000 define proceso como:

«Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados».

Es decir: Una Secuencia ordenada de actividades repetitivas cuyo producto tiene valor para su usuario o cliente.

Entendiendo valor como «todo aquello que se aprecia o estima» por el que lo percibe (cliente, accionistas, personal, proveedores, sociedad).

O más sencillamente:

«Secuencia de actividades que tiene un producto»

Dando por supuesto que:

- Las actividades son secuenciadas de una manera predeterminada; y están conectadas de una manera sistematizada, y no tareas inconexas cuya correcta ejecución es un fin en sí mismo.
- Todo producto lo es por el hecho de ir destinado a un usuario al que denominamos cliente (interno o externo); luego el producto que nos interesa es aquel que añada valor al cliente.
- Todo producto tiene unas características objetivas.

Por actividad entendemos «el conjunto de tareas necesarias para la obtención de un resultado».

1.5.4 Límites, Elementos y Factores de un Proceso

Los procesos han existido desde siempre ya que es la forma más natural de organizar el trabajo; otra cosa bien distinta es que los tuviéramos identificados para orientar a ellos la acción. Para ello, y en primer lugar, hemos de:

- Determinar sus límites para, en función de su nivel, asignar responsabilidades.
- Identificar sus elementos y factores para determinar sus interacciones y hacer posible su gestión.



1.5.4.1 Límites de un Proceso

No existe una interpretación homogénea sobre los límites de los procesos, ya que varía mucho con el tamaño de la empresa. Lo realmente importante es adoptar un determinado criterio y mantenerlo a lo largo del tiempo. Parece lógico que:

- a) Los límites del proceso determinen una unidad adecuada para gestionarlo, en sus diferentes niveles de responsabilidad.
- b) Estén fuera del «departamento» para poder interactuar con el resto de procesos (proveedores y clientes).

1.5.4.2 Elementos de un Proceso

Todo proceso consta de los siguientes elementos:

- a) **Un input (entrada)**, producto con unas características objetivas que responda al estándar o criterio de aceptación definido: la factura del suministrador.

El input es un «producto» que provienen de un suministrador (externo o interno); es la salida de otros procesos (precedente en la cadena de valor) o de un «proceso del proveedor» o «del cliente».

La existencia del input es lo que justifica la ejecución del proceso.

Se adjunta un cuadro con la secuencia de procesos que componen el Proceso del Negocio de una empresa de fabricación; compruebe el lector como el output de un proceso es el input del siguiente.

- b) **El proceso**, la secuencia de actividades propiamente dicha. Unos factores, medios y recursos con determinados requisitos para ejecutarlo siempre bien a la primera: una persona con la competencia y autoridad necesarias para asentar el compromiso de pago, hardware y software para procesar las facturas, un método de trabajo (procedimiento), un impreso e información sobre qué procesar y cómo (calidad) y cuando entregar el output al siguiente subproceso del proceso administrativo.

Algunos de estos factores del proceso son entradas laterales, es decir, inputs necesarios o convenientes para la ejecución del proceso pero cuya existencia no lo desencadena. Son también productos que provienen de otros procesos con los que interactúa.



Un sistema de control conocido con medidas e indicadores del funcionamiento del proceso, del producto del proceso y del nivel de satisfacción del usuario (interno muchas veces).

c) Un output (salida), producto con la calidad exigida por el estándar del proceso: el impreso diario con el registro de facturas recibidas, importe, vencimiento, etc.

La salida es un «producto» que va destinado a un usuario o cliente (externo o interno); el output final de los procesos de la cadena de valor es el input o una entrada para un «proceso del cliente».

Recordemos que el producto del proceso (salida) ha de tener un valor intrínseco, medible o evaluable, para su cliente o usuario.

Así pues, input y output, proveedor y cliente, definen los límites de todo proceso que han de ser claros y conocidos para poder asignar la responsabilidad pertinente. Para que los procesos estén conectados entre sí, es preciso que entradas y salidas estén fuera del ámbito de responsabilidad funcional.

Así pues, también se puede definir proceso como

“Un mecanismo para transformar entradas en salidas, es decir, la forma de utilizar los recursos”

1.5.5 Caracterización de los Procesos

La identificación de los rasgos distintivos del proceso se conoce como caracterización, que no es otra cosa que establecer la relación con los demás procesos internos o externos, los insumos y salidas del proceso, los proveedores y clientes, los riesgos y controles, permitiendo a los usuarios del sistema clarificar de manera muy sencilla el accionar de la Entidad y la gestión de sus procesos.

La caracterización de los procesos permite la Identificación de elementos esenciales necesarios para llevar a cabo el proceso y la definición de las principales características de los procesos facilitando su entendimiento, gestión y el control de sus interrelaciones como parte de un sistema.

El siguiente esquema muestra todos los elementos que envuelven la caracterización de un proceso.

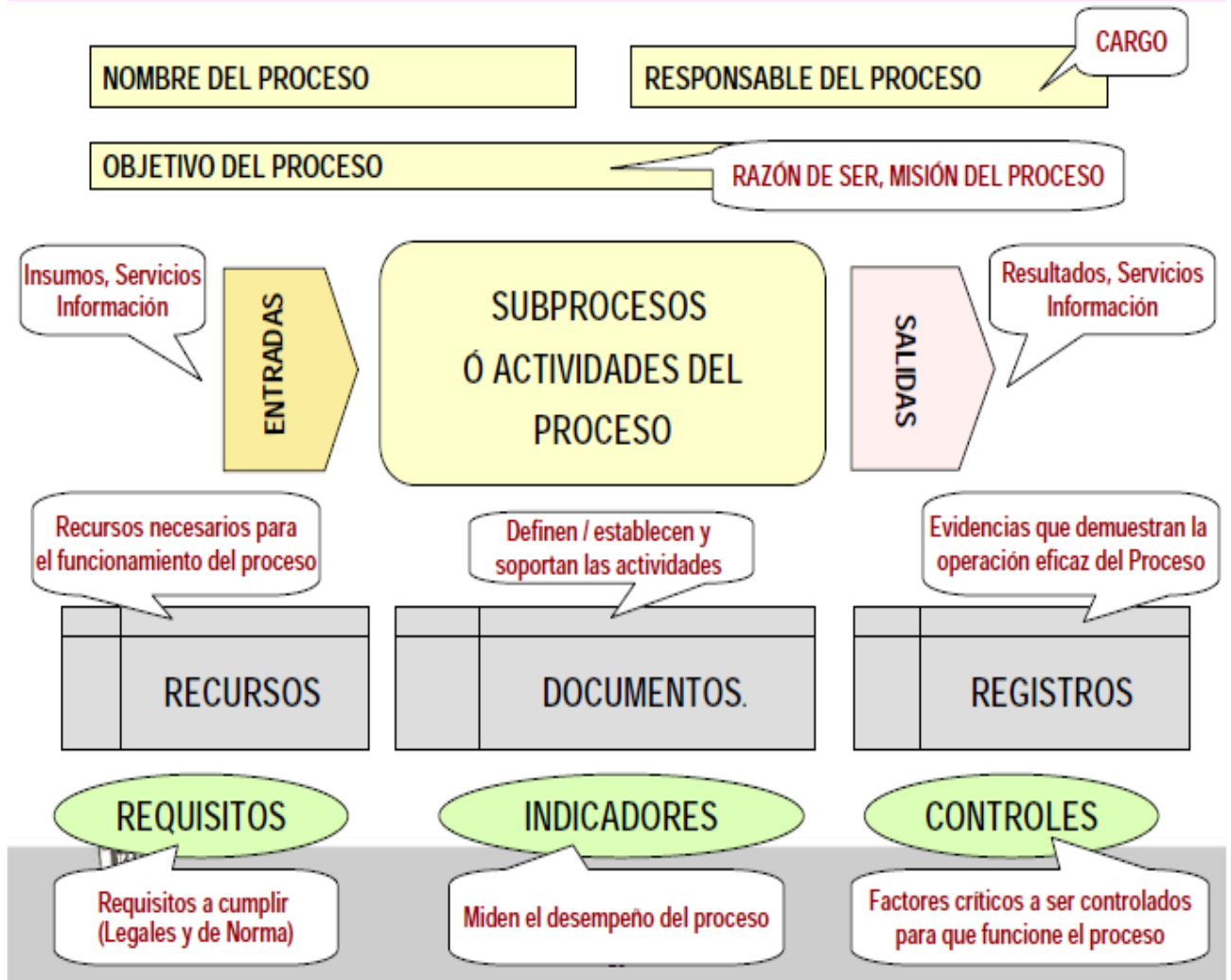


Figura 3- Elementos de caracterización de procesos

A continuación presenta un breve significado de cada uno de los anteriores factores mencionados:

Misión: Es describir el objetivo o para qué existe ese proceso dentro de la institución. Deben evitarse descripciones altruistas o soñadoras. Simplemente es explicar la razón del proceso dentro de la organización.

Responsable del Proceso: Es la persona que le ha sido asignada la responsabilidad y autoridad de gerenciar el proceso. Recordemos que esta persona puede ser el jefe de alguna de las áreas o departamentos que intervienen en el proceso.

Límites: Es acordar con qué actividad se inicia el proceso y con cuál termina.



Clientes: Son tantos los internos como los externos que reciben directamente los productos y/o servicios que genera el proceso. Normalmente aquí se indican nombres de empresas, clientes individuales si es del caso y nombres de las áreas o procesos internos.

Productos: Son los entregables del proceso y que no serán objeto de ninguna otra transformación por parte del proceso que lo genera y que son entregados a los clientes. Evitar describir productos o semielaborados que son para el mismo proceso, pues quiere decir que todavía requieren que se les agregue valor.

Subprocesos: Son las grandes etapas que el proceso requiere realizar para transformar los insumos o materias primas en los productos.

Insumos: Son las materias primas y materiales directos que el proceso necesita para obtener sus productos.

Proveedores: Son las entidades internas y externas que entregan los insumos.

Base documental: Son todos aquellos manuales, reglamentación legal, especificaciones de los clientes, procedimientos documentados que se requieren para un adecuado control y garantizar que los productos obtenidos cumplen los requisitos del cliente.

Indicadores: Son medidores que deben establecerse en determinadas etapas del proceso. También se les conoce como puntos de control.

Estos indicadores deben diseñarse para asegurar los resultados (indicadores de producto), para controlar el proceso en sí (indicadores de proceso) Los indicadores de producto y de insumos miden normalmente la EFICACIA (calidad, oportunidad, seguridad, costo) y los de proceso miden EFICIENCIA (cantidad producida por horas hombre u horas máquina, aprovechamiento de materiales, desperdicios, rendimientos, defectos por unidad de producción, etc.).

Cargos involucrados: Es la identificación o relación de los cargos que intervienen en las diferentes etapas del proceso.



Recursos: Para identificar los equipos, maquinaria, software, hardware que el proceso requiere para obtener los productos y servicios.

Los procesos deben desarrollarse de forma que quede suficientemente claro qué pasos deben darse para realizarlo. Es decir, se hace necesaria una explicación, fase por fase, de las actividades que componen el proceso

1.5.6 Mapa de Procesos.

No hay una aceptación unánime sobre la clasificación de los procesos ni sobre la forma de graficar la empresa vista como un conjunto de procesos. La representación gráfica de la empresa facilita la comunicación; la más clásica es el organigrama que permite comunicar la estructura departamental así como mostrar las relaciones de dependencia jerárquicas. Cada gráfico sirve para una cosa; el organigrama representa la jerarquía pero no refleja los procesos de empresa ni sus interacciones. Al contrario, en el Mapa de Procesos no se ven las relaciones de dependencia jerárquica. Los grafismos utilizados para hacer los mapas pasan determinados mensajes, por lo que vale la pena diseñarlos como herramientas de comunicación; para ello han de ser fáciles de explicar y de comprender y tener una cierta estabilidad en el tiempo.

Afortunadamente la forma de elaborar los mapas no está normalizada; utilicemos la creatividad para hacer que mejor refleje la realidad de nuestra empresa, aquel con el que todos se sientan identificados.

1.5.6.1 Tipos de Proceso

Al no existir normalización ni práctica generalmente aceptada al respecto, vamos a distinguir los procesos por su misión; proponemos la siguiente clasificación:

➤ **PROCESOS ESTRATEGICOS:**

Procesos estratégicos son los que permiten definir y desplegar las estrategias y objetivos de la organización. Los procesos que permiten definir la estrategia son genéricos y comunes a la mayor parte de negocios (marketing estratégico y estudios de mercado, planificación y seguimiento de



objetivos, revisión del sistema, vigilancia tecnológica, evaluación de la satisfacción de los clientes...). Sin embargo, los procesos que permiten desplegar la estrategia son muy diversos, dependiendo precisamente de la estrategia adoptada. Así, por ejemplo, en una empresa de consultoría que pretenda ser reconocida en el mercado por la elevada capacitación de sus consultores los procesos de formación y gestión del conocimiento deberían ser considerados estratégicos. Por el contrario, en otra empresa de consultoría centrada en la prestación de servicios soportados en aplicaciones informáticas, el proceso de desarrollo de aplicaciones informáticas para la prestación de servicios debería ser considerado estratégico. Los procesos estratégicos intervienen en la visión de una organización.

➤ **PROCESOS MISIONALES.**

Transforman los recursos para obtener el producto o proporcionar el servicio conforme a los requisitos del cliente, aportando en consecuencia un alto valor añadido al cliente. Las actividades en ellos incluidas y que no cumplan esta condición, es muy probable que se hagan de manera más eficiente como parte de algún proceso de otro tipo.

A pesar de aportar gran valor añadido, estos procesos no pueden funcionar solos pues necesitan recursos para su ejecución e información para su control y gestión.

➤ **PROCESOS DE APOYO**

En este tipo se encuadran los procesos necesarios para el control y la mejora del sistema de gestión, que no puedan considerarse estratégicos ni clave, proporcionan las personas y los recursos físicos necesarios por el resto de procesos y conforme a los requisitos de sus clientes internos.

Algunos procesos de apoyo podrían ser:

- Selección y Contratación.
- Promoción interna.
- Comunicación interna.
- Desarrollo de las personas (formación).

Estos procesos no intervienen en la visión ni en la misión de la organización.



1.5.7 Principios de la Gestión por Procesos

Un proceso es un conjunto de actividades que se desarrollan en una secuencia determinada permitiendo obtener unos productos o salidas a partir de unas entradas o materias primas.

La Gestión por Procesos conlleva:

- Una estructura coherente de procesos que representa el funcionamiento de la organización
- Un sistema de indicadores que permita evaluar la eficacia y eficiencia de los procesos tanto desde el punto de vista interno (indicadores de rendimiento) como externo (indicadores de percepción).
- Una designación de responsables de proceso, que deben supervisar y mejorar el cumplimiento de todos los requisitos y objetivos del proceso asignado (costes, calidad, productividad, medioambiente, seguridad y salud laboral, moral)

Cuando se define y analiza un proceso, es necesario investigar todas las oportunidades de simplificación y mejora del mismo. Para ello, es conveniente tener presentes los siguientes criterios:

- Se deben eliminar todas las actividades superfluas, que no añaden valor.
- Los detalles de los procesos son importantes porque determinan el consumo de recursos, el cumplimiento de especificaciones, en definitiva: la eficiencia de los procesos. La calidad y productividad requieren atención en los detalles.
- No se puede mejorar un proceso sin datos. En consecuencia: son necesarios indicadores que permitan revisar la eficacia y eficiencia de los procesos (al menos para los procesos clave y estratégicos).

En la dinámica de mejora de procesos, se pueden distinguir dos fases bien diferenciadas: la estabilización y la mejora del proceso. La estabilización tiene por objeto normalizar el proceso de forma que se llegue a un estado de control, en el que la variabilidad es conocida y puede ser controlada. La mejora, tiene por objeto reducir los márgenes de variabilidad del proceso y/o mejorar sus niveles de eficacia y eficiencia.



El análisis y definición de los procesos permite:

- Establecer un esquema de evaluación de la organización en su conjunto (definiendo indicadores de los procesos).
- Comprender las relaciones causa-efecto de los problemas de una organización y por lo tanto atajar los problemas desde su raíz.
- Definir las responsabilidades de un modo sencillo y directo (asignando responsables por proceso y por actividad).
- Evitar despilfarros de todo tipo: de excesos de capacidad de proceso, de transporte y movimientos, de tiempos muertos, de actividades que no aportan valor, etc.

1.5.8 Metodología IDEF0

1.5.8.1 ¿Qué es IDEF0?

Metodología para el modelado funcional de procesos

La traducción literal de las siglas IDEF es Integration Definition for Function Modeling (Definición de la integración para la modelización de las funciones). IDEF consiste en una serie de normas que definen la metodología para la representación de funciones modelizadas. Estos modelos consisten en una serie de diagramas jerárquicos junto con unos textos y referencias cruzadas entre ambos que se representan mediante unos rectángulos o cajas y una serie de flechas. Uno de los aspectos de IDEF0 más importantes es que como concepto de modelización va introduciendo gradualmente más y más niveles de detalle a través de la estructura del modelo. De esta manera, la comunicación se produce dando a lector un tema bien definido con una cantidad de información detallada disponible para profundizar en el modelo.

Así vemos que las principales ventajas que presenta este sistema son estas:

- Es una forma unificada de representar funciones o sistemas
- Su lenguaje simple pero riguroso y preciso
- Permite establecer unos límites de representación de detalle establecido universalmente.

- Puede ser representada con diversos paquetes informáticos como es el iGraff Proccess o el Process Modeler., etc.

Como conclusión se puede decir que idf 0 es una Metodología para representar de manera estructurada y jerarquizada las actividades que conforman un sistema o empresa y los objetos o datos que soportan la interacción de esas actividades.

Principalmente se aplica:

- ✚ Como medio para comunicar reglas y procesos.
- ✚ Para la obtención de la visión estratégica de cualquier proceso.
- ✚ Facilitación del análisis para la identificación de áreas de mejora.

IDEFO representa lo que se hace en la empresa.

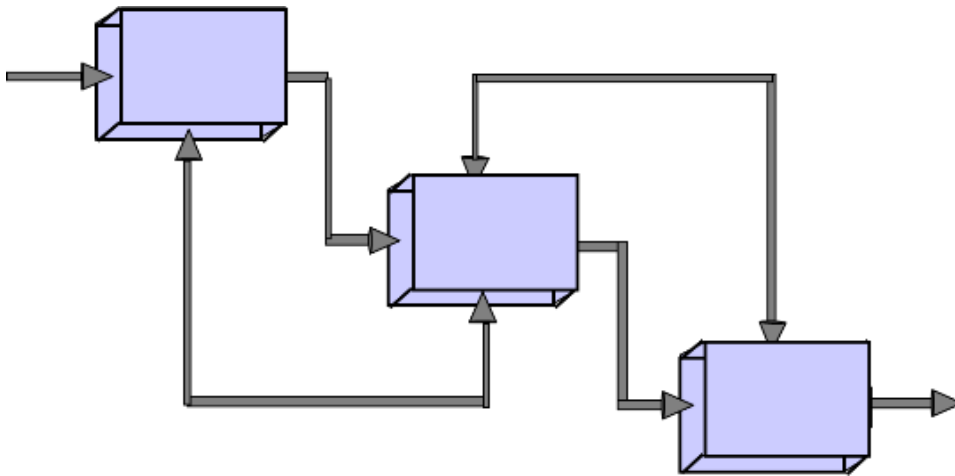
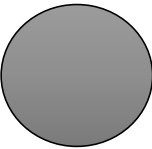
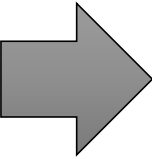
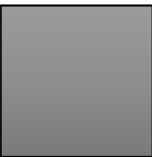
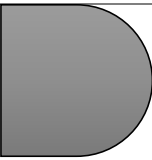
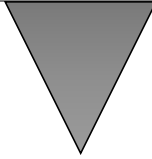


Figura 4 - Representacion de Procesos IDEFO

1.5.9 Diagrama de Procesos

Los pasos esenciales en todos procesos son cinco: operación, transporte, inspección, demora y almacenamiento y se representante en los diagramas de procesos comúnmente mediante la metodología ANSI que a continuación se muestra:

Tabla 1 - Simbología ANSI para representación de Procesos

| SIMBOLO | DESCRIPCION |
|---|--|
|  | Operación. Como son escribir documentos, hacer cálculos, registrar, sellar, etc. |
|  | Transporte. Como llevar una carta a un departamento, pasar un reporte, llevar el archivo ciertas formas. |
|  | Inspecciones. Como revisar cuentas, analizar un informe, revisar correspondencia antes de su firma, se indica con un punto. |
|  | Demora. Como cartas dejadas en "Charolas de salida", documentos en espera de su trámite. |
|  | Almacenamiento. Como documentos en el archivo. |

Valor de los instrumentos de simplificación.

No está por demás precisar que los instrumentos de simplificación, como el diagrama de proceso, no substituyen a criterio humano del administrador, pues ese criterio es propiamente el que pensara y sugerirá los cambios que deben de hacerse, sino que tan solo ayuda ese criterio. Pero dicha ayuda es de valor incalculable.

Estos instrumentos hacen ver un proceso, en forma tal, que pueda apreciarse separadamente cada uno de sus pasos. Además nos permite ver gráficamente esos pasos.



1.5.10 Diagrama de Afinidad

¿Qué es?

Un Diagrama de Afinidad es una forma de organizar la información reunida en sesiones de Lluvia de Ideas. Está diseñado para reunir hechos, opiniones e ideas sobre áreas que se encuentran en un estado de desorganización. El Diagrama de Afinidad ayuda a agrupar aquellos elementos que están relacionados de forma natural. Como resultado, cada grupo se une alrededor de un tema o concepto clave. El uso de un Diagrama de Afinidad es un proceso creativo que produce consenso por medio de la clasificación que hace el equipo en vez de una discusión. El Diagrama fue creado por Kawakita Jiro y también es conocido como el método KJ.

¿Cuándo se utiliza?

- El problema es complejo o difícil de entender
 - El problema parece estar desorganizado
 - El problema requiere de la participación y soporte de todo el equipo/grupo
 - Se quiere determinar los temas claves de un gran número de ideas y problemas
- ¿Cómo se utiliza?

1.5.11 Diagrama de Interrelaciones

¿Qué es?

Un Diagrama de Interrelaciones presenta las relaciones entre factores/problemas. Toma la idea principal o problema y presenta la conexión entre los ítems relacionados. Al utilizarlo se demuestra que cada ítem puede ser conectado con más de un ítem diferente a la vez. Permite el pensamiento multidireccional.

¿Cuándo se utiliza?

- Para comprender y aclarar las interrelaciones entre los diferentes puntos de un problema complejo.
- Para identificar puntos clave para mayor investigación.



1.5.12 Muestreo del Trabajo

¿Qué es?

El muestreo del trabajo es una técnica usada para investigar las proporciones del tiempo total dedicadas a las diversidades de actividades que constituyen una tarea o una situación de trabajo. Los resultados del muestreo del trabajo son efectivos para determinar la utilización de máquinas y personal; los suplementos aplicables a la tarea.

¿Cuándo se utiliza?

El muestreo del trabajo se utiliza comúnmente para:

- El establecimiento de índices de demora o retrasos para el personal o equipo
- Cálculo del índice de desempeño de los trabajadores
- Determinación del tiempo estándar o tiempo de una tarea

1.5.13 Diagrama de Ishikawa

¿Qué es?

Un diagrama de Causa y Efecto es la representación de varios elementos (causas) de un sistema que pueden contribuir a un problema (efecto). Fue desarrollado en 1943 por el Profesor Kaoru Ishikawa en Tokio. Algunas veces es denominado *Diagrama Ishikawa* o *Diagrama Espina de Pescado* por su parecido con el esqueleto de un pescado. Es una herramienta efectiva para estudiar procesos y situaciones, y para desarrollar un plan de recolección de datos.

¿Cuándo se utiliza?

El Diagrama de Causa y Efecto es utilizado para identificar las posibles causas de un problema específico. La naturaleza gráfica del Diagrama permite que los grupos organicen grandes cantidades de información sobre el problema y determinar exactamente las posibles causas. Finalmente, aumenta la probabilidad de identificar las causas principales.



El Diagrama de Causa y Efecto se debe utilizar cuando se pueda contestar “sí” a una o a las dos preguntas siguientes:

- *¿Es necesario identificar las causas principales de un problema?*
- *¿Existen ideas y/u opiniones sobre las causas de un problema?*

El desarrollo y uso de Diagramas de Causa y Efecto son más efectivos *después* de que el proceso ha sido descrito y el problema esté bien definido. Para ese momento, los miembros del equipo tendrán una idea acertada de qué factores se deben incluir en el Diagrama.

Un Diagrama de Causa y Efecto bien preparado es un vehículo para ayudar a los equipos a tener una concepción común de un problema complejo, con todos sus elementos y relaciones claramente visibles a cualquier nivel de detalle requerido.



1.6 *Marco Contextual*

1.6.1 *Carta Iberoamericana*

La **Carta Iberoamericana** vincula la calidad en la gestión pública con dos propósitos fundamentales de un buen gobierno democrático:

Toda gestión pública debe estar referenciada a la satisfacción del ciudadano, ya sea como usuario o beneficiario de servicios y programas públicos, o como legítimo participante en el proceso formulación, ejecución y control de las políticas públicas bajo el principio de corresponsabilidad social;

La gestión pública tiene que orientarse para resultados, por lo que debe sujetarse a diversos controles sobre sus acciones, suponiendo entre otras modalidades la responsabilizarían del ejercicio de la autoridad pública por medio del control social y rendición periódica de cuentas.

Esta Carta busca principalmente servir como guía para el diseño, regulación, implantación, desarrollo, mejora y consolidación de planes de calidad y excelencia en la gestión pública, que le permitan a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos potenciar sus capacidades y utilizarlas plenamente para acometer los retos y desafíos del desarrollo integral de sus respectivas sociedades y lograr el bienestar de sus ciudadanos.

1.6.1.1 **OBJETIVOS DE LA CARTA IBEROAMERICANA:**

- a. Promover un enfoque común en Iberoamérica sobre la calidad y la excelencia en la gestión pública, que integre las distintas perspectivas políticas y técnicas que se encuentran presentes en los diversos niveles y sectores de las Administraciones Públicas de la región.
- b. Conformar un cuerpo de principios y orientaciones que sirvan de referencia a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos en la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública.
- c. Proponer la adopción de instrumentos que incentiven la mejora de la calidad en la gestión pública, que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos de las Administraciones Públicas iberoamericanas y a sus diversas formas organizativas.

Principios de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública

- 1. Servicio público**
- 2. Legitimidad democrática**
- 3. Transparencia y participación ciudadana**
- 4. Legalidad**
- 5. Coordinación y cooperación**
- 6. Ética pública**
- 7. Acceso universal**
- 8. Continuidad en la prestación de servicios**
- 9. Imparcialidad**
- 10. Eficacia**
- 11. Eficiencia**
- 12. Economía**
- 13. Responsabilización**
- 14. Evaluación permanente y mejora continua**

Figura 5 - Principios de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública

Los nueve ejes estratégicos de la calidad en la gestión pública



Figura 6 - Ejes estratégicos de la calidad en la gestión pública

Así mismo se tienen una serie de instrumentos sugeridos por la carta iberoamericana para la calidad en la gestión pública:

- *La Dirección estratégica y el ciclo de mejora*
- *Prospectiva y análisis de la opinión ciudadana*
- *Participación ciudadana para la mejora de la calidad*
- *Adopción de modelos de excelencia*
- *Premios a la calidad o excelencia*
- ***La gestión por procesos***
- *Los equipos y proyectos de mejora*
- *Cartas compromisos o de servicios al ciudadano*
- *Mecanismos de difusión de información relevante para el ciudadano*
- *La mejora de la normatividad*
- *El gobierno electrónico*
- *Medición y evaluación*



- *Sugerencias , quejas y reclamos de los ciudadanos*
- *Sistemas de gestión normalizados*
- *La gestión del conocimiento*
- *Comparación e intercambio de mejores práctica*
- *Aportaciones y sugerencias de los funcionarios públicos*

1.6.2 Subsecretaría para la Gobernabilidad y Modernización del Estado

La **Secretaría para Asuntos Estratégicos de la Presidencia** a través de la **Subsecretaría para la Gobernabilidad y Modernización del Estado** está implementando el programa de fortalecimiento institucional y gestión de calidad que consiste en la creación de modelos de gestión por proceso en las instituciones públicas como una apuesta estratégica para brindar servicios de calidad, para esto se basarán en la *Carta Iberoamericana en la Gestión Pública* la cual reconoce que el Estado es un instrumento indispensable para el desarrollo económico, político y social de cualquier país, y que en la región tiene que orientarse a la atención de tres grandes problemas: la consolidación de la democracia, la necesidad de retomar el crecimiento económico y la reducción de la desigualdad social, garantizando la inclusión social.

1.6.3 Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI)

Cuenta con ocho centros de rehabilitación, una Unidad de Consulta Externa y la Dirección de Proyectos de Extensión.

Tanto la misión como la visión del ISRI están acompañadas de una serie de objetivos básicos como la de mejorar la prestación de servicios integrales de rehabilitación para personas con discapacidad, fomentar la investigación en el área de la rehabilitación integral, promover la participación social en el contexto de la rehabilitación integral de la persona entre otros.

Estos aspectos fundamentales, son la base del funcionamiento de los ocho centros del ISRI los cuales son los siguientes:

- *Centro de Audición y Lenguaje, CALE.*
- *Centro de Rehabilitación para Ciegos "Eugenia de Dueñas".*



- *Centro del Aparato Locomotor, CAL.*
- *Centro de Rehabilitación Profesional, CRP.*
- *Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar".*
- *Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia, CRINA.*
- *Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, CRIOR, (ubicado en San Miguel)*
- *Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, CRIO, (localizado en Santa Ana).*

A estos centros se une el trabajo de la Unidad de Consulta Externa, la cual es la puerta de entrada para los nuevos usuarios que pasarán a formar parte de la población que es atendida en el CRINA y también brinda servicios médicos especializados a personas con discapacidad y adultos mayores.

A continuación se muestra algunos datos relevantes de cada uno de estos centros de acuerdo a su productividad general:

Productividad general en los servicios de rehabilitación, médicos y de apoyo, según centro de atención, Junio 2011-Mayo 2012²

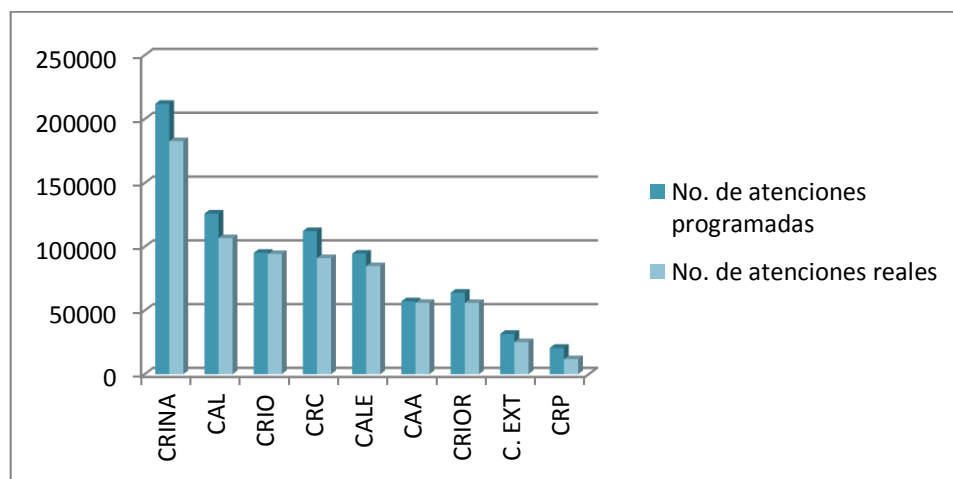


Figura 7- Productividad general en los servicios de rehabilitación, médicos y de apoyo Jun/2011 - May/2012

² Memoria de Labores Institucional Junio 2011-Mayo 2012.



Tabla 2 - Productividad general en los servicios de rehabilitación, médicos y de apoyo Jun/2011 - May/2012

| | CRINA | CAL | CRIO | CRC | CALE | CAA | CRIOR | C. EXT | CRP |
|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Programado | 211936 | 126001 | 95277 | 112277 | 94544 | 57193 | 63926 | 31601 | 20663 |
| Real | 182750 | 106774 | 94290 | 91089 | 84810 | 55959 | 55843 | 25134 | 11780 |
| %cumplido | 86.23 | 84.74 | 98.96 | 81.13 | 89.70 | 97.84 | 87.36 | 79.54 | 57.01 |

1.6.3.1 Como nace el ISRI

La falta de una institución especializada para brindar atención a las personas con discapacidad lleva a un grupo de nobles ciudadanos a darle vida el 25 de noviembre de 1957 a la Asociación Salvadoreña de Rehabilitación.

El éxito alcanzado por la excelente atención científica brindada a la población discapacitada llevo a la Asociación Salvadoreña de Rehabilitación a demandar ante el Directorio Cívico Militar, la promulgación de la ley que dio vida al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), esa ley fue aprobada y publicada en el Diario Oficial del 27 de diciembre de 1961.

Posteriormente la Asamblea Legislativa aprobó en julio de 1962, la ley de salarios para las oficinas administrativas del ISRI, con el fin de que se planificara para que las labores del instituto comenzaran en 1963.

El ISRI inicio sus funciones de forma provisional en el edificio Rubén Darío. En la ley de salarios y presupuestos de 1963 aparece ya el ISRI con la dependencia del Asilo Sara, Rehabilitación para Ciegos y Escuela de Educación Especial.

La junta directiva del ISRI se dedicó a mejorar la organización de la institución cambiando su funcionamiento. También se dieron los pasos necesarios para la creación de otros centros de rehabilitación y así cubrir la demanda de servicio.

El ISRI cuenta además con una visión fundamental que consiste en ser reconocidos como la institución modelo a nivel nacional y centroamericano en el campo de la rehabilitación.

Tanto la misión como la visión del ISRI están acompañadas de una serie de objetivos básicos como la de mejorar la prestación de servicios integrales de rehabilitación para personas con discapacidad,



fomentar la investigación en el área de la rehabilitación integral, promover la participación social en el contexto de la rehabilitación integral de la persona entre otros.

1.6.3.2 Organigrama ISRI

El ISRI está constituido por el ÁREA DE ADMINISTRACIÓN SUPERIOR y OCHO CENTROS DE ATENCIÓN. A continuación se presenta su distribución:

- ✓ En San Salvador:
 - Administración Superior:
 - Unidad de planificación estratégica y desarrollo Institucional
 - Unidad de Asesoría Jurídica
 - Unidad de Auditoría Interna
 - Unidad de Comunicaciones
 - Unidad Financiera Institucional
 - Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
 - Gerencia Administrativa
 - Gerencia Medica y de Servicios de Rehabilitación
 - Centro de Atención a Ancianos “Sara Zaldívar”;
 - Centro de Rehabilitación Integral de la Niñez y la Adolescencia (CRINA);
 - Centro del Aparato Locomotor (CAL);
 - Centro de Audición y Lenguaje (CALE);
 - Centro de Rehabilitación Profesional (CRP);
 - Centro de Rehabilitación de Ciegos “Eugenia de Dueñas”; y
 - Unidad de Consulta Externa y Geriátrica.
- ✓ En Santa Ana:
 - Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO).
- ✓ En San Miguel:
 - Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR).

ORGANIGRAMA ISRI

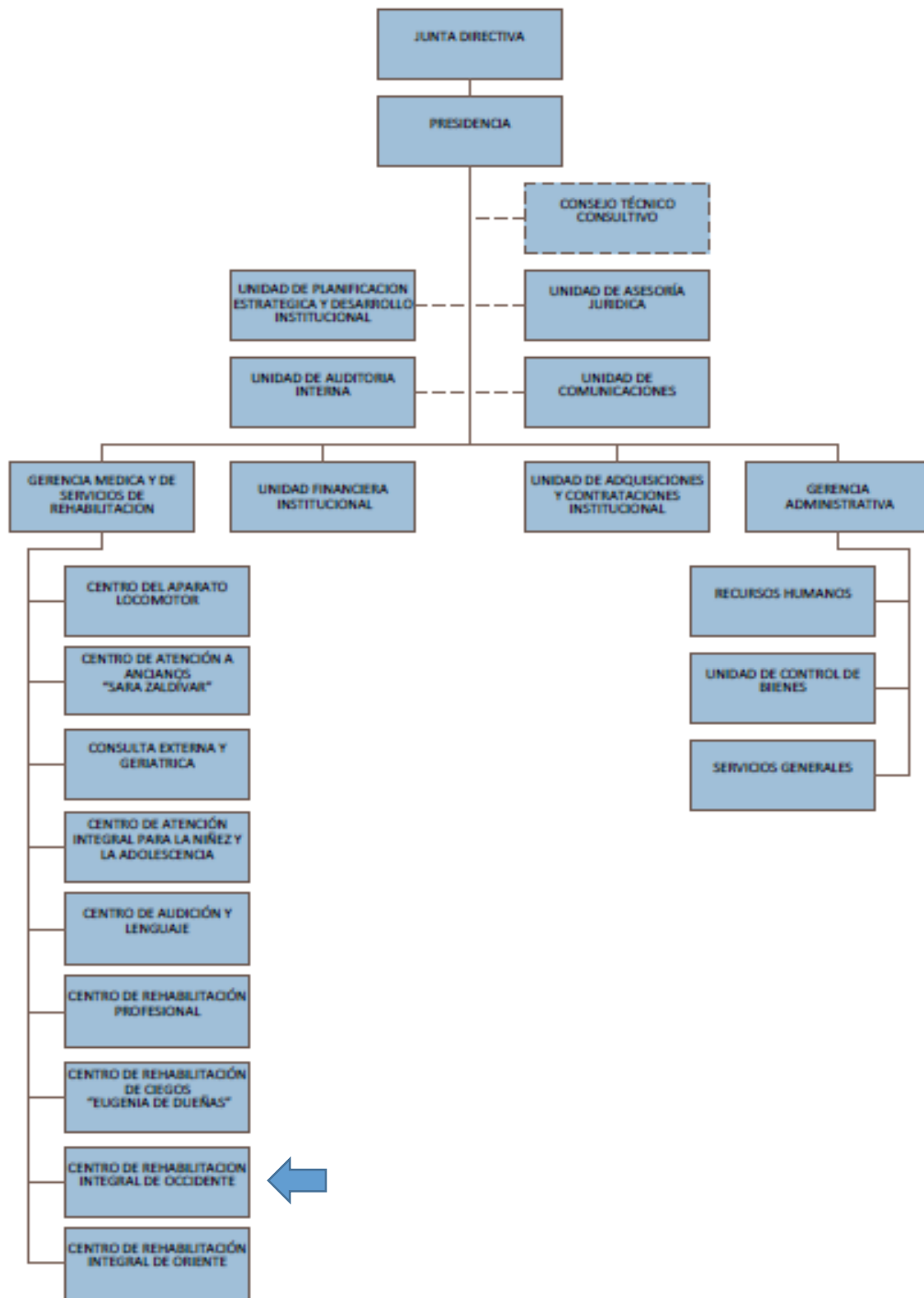


Figura 8- Organigrama del ISRI



1.6.3.3 Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

El Centro de Rehabilitación de Occidente (CRIO), es el centro de atención y rehabilitación del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) para la región occidental, este pertenece directamente a la Gerencia Medica y de Servicios de Rehabilitación del Instituto.

El CRIO, ofrece un amplio portafolio de servicios especializados, con el propósito de responder a los diferentes desafíos que presentan los usuarios que demandan servicios siendo su máximo objetivo lograr el máximo grado de independencia y la plena integración biopsicosocial según las capacidades residuales o las potencialidades de cada uno de ellos. El CRIO como dependencia del ISRI comparte todo el marco estratégico del mismo.

➤ **MISION**

Somos la Institución pública autónoma cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario y su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.

➤ **VISION**

Ser una institución en servicios de rehabilitación integral para personas con discapacidad, reconocida por su excelencia a nivel nacional e internacional.

➤ **VALORES**

| | | |
|--|---|---|
| CALIDEZ Disponemos de la calidad humana en el trato al usuario, reflejados en la conducta y actitud del personal al prestar los servicios. | COMPETENCIA Mantenemos la aptitud, idoneidad y capacidad para ejercer el cargo con eficiencia y eficacia. | COMPROMISO Estamos identificados con el quehacer de la Institución y concientizados que el ISRI es una sola institución, conformada por la Administración Superior y todos los Centros de Atención. |
| | | |



| | | |
|---|--|--|
| CONFIDENCIALIDAD Somos reservados en el uso de la información institucional. | EQUIDAD Garantizamos a toda persona igualdad en la prestación de los servicios de rehabilitación. | LEALTAD Somos empleados leales a la Institución, respetamos y cumplimos las normativas, instructivos y lineamientos institucionales. |
| RESPONSABILIDAD Actuamos con el sentido de los deberes y obligaciones que nos compete dentro de la Institución. | TRANSPARENCIA Nuestras acciones son realizadas con honorabilidad, de tal manera que nos permite la confianza en nuestras operaciones y la disponibilidad para ser objetos de evaluación. | UNIDAD Estamos comprometidos a trabajar en equipo para brindar una atención de calidad. |

➤ **PRIORIDAD INSTITUCIONAL.**

Brindar servicios de consulta médica y de rehabilitación a personas con discapacidad: física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta.

➤ **ORGANIZACIÓN.**

A- OBJETIVO DE LA DEPENDENCIA

- Proveer servicios especializados de rehabilitación integral a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario, su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr calidad de vida y plena inclusión social.



B- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Implementar un modelo de Atención basado en procesos, centrado en las necesidades individuales de las personas con discapacidad, a través de equipos multi/interdisciplinarios de trabajo y con la participación activa del usuario y su familia en el proceso de rehabilitación.
- Dirigir las acciones de los funcionarios y servidores públicos que laboran en el CRIO, encaminándolas al rendimiento de cuentas y el auto evaluación.
- Establecer y brindar seguimiento a las alianzas y convenios suscritos con las diferentes instituciones representadas en la región occidental, orientadas a promover la inclusión de las personas con discapacidad en actividades económicas, socioculturales, educativas y deportivas; así como el fortalecimiento de la infraestructura institucional, entre otras.

C- RECURSO HUMANO³.

Tabla 3- Distribución de Recurso Humano en el CRIO

| AREA/PUESTO TIPO | CANTIDAD | TOTAL EN SALARIOS |
|------------------|-----------|----------------------|
| ADMINISTRATIVA | 15 | \$ 166,428.96 |
| REHABILITACION | 28 | \$ 362,328.92 |
| MEDICOS | 5 | \$ 39,279.80 |
| APOYO | 2 | \$ 26,683.96 |
| COMPLEMENTARIOS | 4 | \$ 44,589.92 |
| TOTAL | 54 | \$ 639,311.56 |

³ Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, Memoria de Labores 2012, 12-19 págs.



D-RECURSOS FISICOS

Tabla 4 - Recursos Fisicos del CRIO

| | |
|------------------------|--|
| Infraestructura | <p>El CRIO cuenta con un área total de terreno de 20,903.03 metros cuadrados, una construcción de 5,912.29 metros cuadrados, distribuidos en tres niveles, de la siguiente forma:</p> <p>PRIMER NIVEL</p> <p>Servicios de rehabilitación de adultos: Atención individual y grupal Mecanoterapia Electroterapia Hidroterapia Terapia Ocupacional: individual y grupal Educación física adaptada Natación terapéutica Lavandería</p> <p>SEGUNDO NIVEL:</p> <p>Oficinas de Dirección/Administración Archivo Estadística Servicios de Apoyo: Psicología, Trabajo Social Servicios Complementarios: Enfermería Servicios Médicos Especializados: Fisiatría, Ortopedia, Neurología Pediátrica y Pediatría Oficina APPAPCRIO Cafetería (al momento no se encuentra funcionando)</p> <p>TERCER NIVEL:</p> <p>Servicios de Rehabilitación para la niñez y adolescencia: Terapia física Terapia del Lenguaje Terapia Ocupacional Terapia Educativa Ludoteca terapéutica Terapia grupal de los diferentes Servicios</p> |
|------------------------|--|

E. SERVICIOS BRINDADOS

SERVICIOS DE REHABILITACION

AREAS:

1. Educación Física Adaptada

Con el propósito de desarrollar habilidades y destrezas para el área motora gruesa, además de propiciar en el usuario socialización, convivencia, adaptación, recreación y deporte adaptado. A través de Programa Natación Terapéutica y Educación Física Adaptada



Imagen 1- Patio trasero CRIO



Imagen 2 - Piscina de Terapia Física CRIO

2. Terapia de Lenguaje

Con el propósito de preparar, estimular y corregir problemas del aparato fono articulador facilitando la comunicación de usuarios con diferentes discapacidades, a través de los programas individuales y grupales: pre-lingüístico, lingüístico, desórdenes específicos del lenguaje.

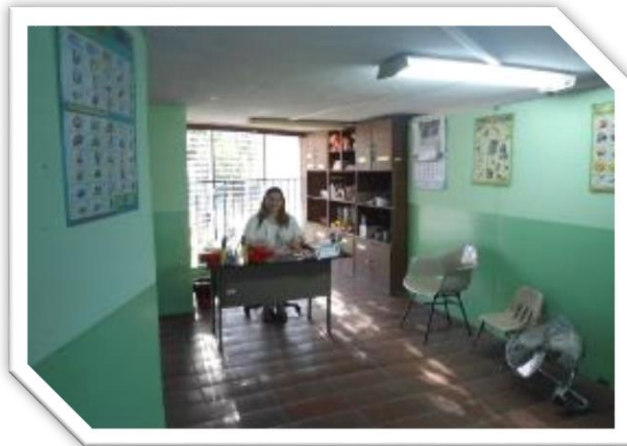


Imagen 3 - Area de Terapia de Lenguaje

Audiometrías

Brindando servicios de pruebas audio métricas a niños, niñas, adolescentes y adultos que presenten déficit auditivos para su oportuna atención por médico especialista de acuerdo al caso.

3. Terapia Física

A través de la aplicación de diferentes medios físicos y técnicas terapéuticas para lograr el máximo nivel funcional de las personas con discapacidad. Con las modalidades de atención: Técnicas Específicas, Hidroterapia, Electroterapia, maso terapia, mecanoterapia, piscina terapéutica; atención individual y grupa



Imagen 4 - Area de Terapia Fisica Adultos

4. Terapia Ocupacional

Aplicación de diferentes actividades constructivas para el desarrollo de habilidades y destrezas que contribuyan a la rehabilitación funcional y la vida independiente de las personas con discapacidades motoras, cognitivas y sensoriales.



Imagen 5 - Area de Terapia Ocupacional Adultos

5. Terapia Sensorial

Aplicación de las diferentes actividades lúdicas y terapéuticas orientadas al desarrollo cognitivo, socialización, interacción padre - madre e hijo, adaptación, utilizando como técnica el método ESAR (Ejercicio, Símbolo, Armar y Regla).



Imagen 6 - Area de Terapia Sensorial

6. Terapia Educativa

Con el propósito de desarrollar funciones mentales superiores: pensamiento, memoria, atención, concentración, cálculo, lecto-escritura, cambio de dominancia en niños, niñas, adolescentes y adultos, para su inclusión escolar o laboral de acuerdo al caso.



Imagen 7 - Area de Terapia Educativa

SERVICIOS DE APOYO

1. Servicios de Psicología

Consultas a través de la aplicación de diferentes técnicas psicoterapéuticas individuales y grupales que fortalezcan la salud mental de las personas con discapacidad, padres y/o responsables, contribuyendo a su proceso de rehabilitación integral.

SERVICIOS MEDICOS

Prestación de servicios de consulta médica en las especialidades de:

1. Fisiatría
2. Neurología Pediátrica
3. Ortopedia
4. Pediatría
5. Medicina Familiar (Evaluador Inicial)

Para determinar mediante el diagnostico, el tipo, gravedad y complejidad de la discapacidad a través de la realización de una evaluación física y funcional determinando su admisión a los programas de rehabilitación y estableciendo un plan de tratamiento de acuerdo a las necesidades individuales según lineamientos de atención y protocolos específicos de tratamiento.



Imagen 8 - Area de Gimnasio Adultos



Imagen 9 - Consultorio Medico

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

1. Trabajo Social

Identificar los apoyos existentes y requeridos en el proceso de rehabilitación de la persona con discapacidad, desarrollar el programa de educación al usuario externo, realizar Charlas Educativas - informativas, Estudios Socio familiares, Visitas Domiciliarias, escolares y laborales a fin de propiciar la inclusión del usuario en los diferentes ámbitos; establecer coordinaciones con los diferentes Unidades de Atención del ISRI o Centros de Atención de MINSAL en caso de que se requieran estudios o evaluaciones especiales.

2. Enfermería

Contacto inicial para la orientación en aspectos administrativos como servicios del Centro y el ISRI, coordinar con el usuario la evaluación inicial, apoyar al médico en la pre y post consulta, ejecución de programas educativos y de intervención terapéutica.



Imagen 10 - Estacion de Enfermeria



Tabla 5- Servicios por Área ofrecidos en el CRIO

| SERVICIO | ÁREA | PROGRAMAS |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Servicios de Rehabilitación | <i>1. Educación Física Adaptada</i> | 1.1 Educación Física Adaptada 1.2 Natación Terapéutica |
| | <i>2. Terapia de Lenguaje</i> | 2.1 Terapia de Lenguaje niños, niñas, adolescentes y Adultos 2.2 Audiometría |
| | <i>3. Terapia Física</i> | 3.1 Electroterapia 3.2 Mecanoterapia 3.3 Músculo esquelética niños, niñas, adolescentes y adultos 3.4 Neurología niños, niñas, adolescentes y adultos 3.5 Reumatología adultos |
| | <i>4. Terapia Ocupacional</i> | 4.1 Terapia Ocupacional niños, niñas, adolescentes y adultos |
| | <i>5. Terapia Sensorial</i> | 5.1 Intervención Temprana |
| | <i>6. Terapia Educativa</i> | 6.1 Terapia Educativa niños, niñas, adolescentes y adultos |
| Servicios Médicos | <i>1. Medicina de Especialidad</i> | 1.1 Fisiatría 1.2 Ortopedia 1.3 Neurología Pediátrica 1.4 Pediatría 1.5 Medicina Familiar (Evaluación Inicial) |
| Servicios de Apoyo | <i>1. Psicología</i> | 1.1 Psicología individual 1.2 Psicoterapia |
| Complementarios | <i>1. Trabajo Social</i> | 1.1 Charlas Educativas 1.2 Estudios Socio familiares 1.3 visitas domiciliarias, escolares y laborales 1.4 Identificación y gestión de apoyos |
| | <i>2. Enfermería</i> | 2.1 Horas consultorio |



➤ **ESTRUCTURA ORGANIZATIVA**

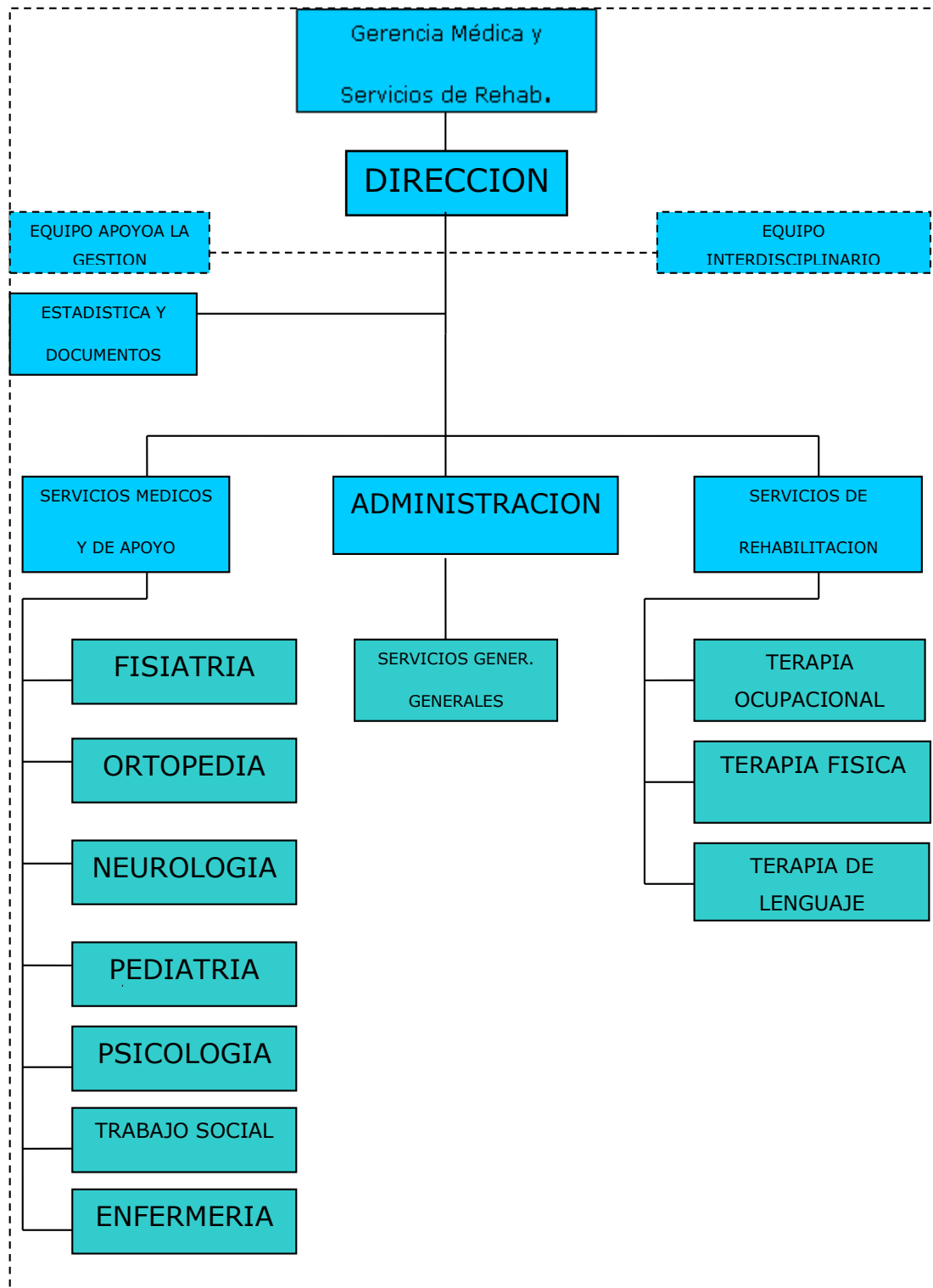


Figura 9 - Organigrama CRIO



Dado que es un centro regional, el CRIO atiende a la población de los departamentos de Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate, lo cual se refleja en el número de usuarios y atenciones que presta en el año. A continuación se presenta la estadística para el año 2012, del número de atenciones brindadas y usuarios beneficiados, tal como el rendimiento que se obtuvieron.⁴

Tabla 6 - Numero de Atenciones por Area

| Servicio Prestado | Atenciones | Beneficiados | Resultados |
|---------------------------|---------------|--------------|--------------|
| Educación Física Adaptada | 7,183 | 275 | 114% |
| Terapia de Lenguaje | 10,251 | 525 | 94% |
| Terapia Física | 42,408 | 1344 | 99% |
| Terapia Ocupacional | 10,551 | 485 | 107% |
| Terapia Adaptativa | 2,687 | 101 | 80% |
| Terapia Sensorial | 3,484 | 500 | 99% |
| Apoyo | 4,622 | 102 | 87% |
| Médico Especializado | 4,622 | 2,455 | 87% |
| TOTAL | 85,808 | 5,787 | 95.9% |

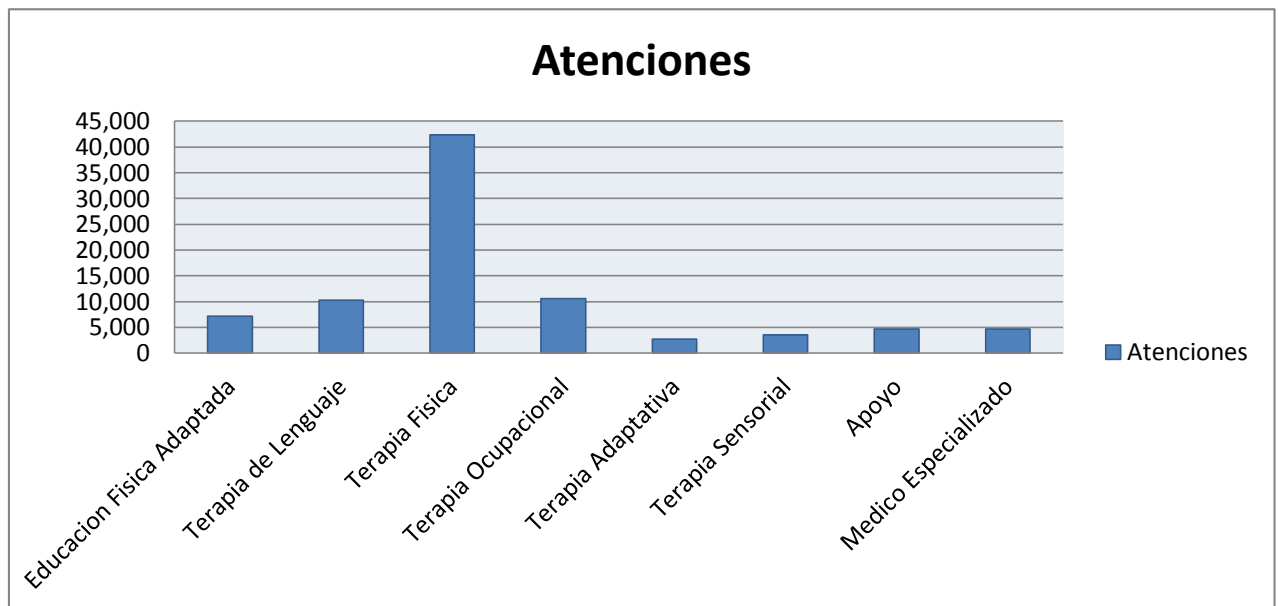


Figura 14 - Numero de Atenciones por Area CRIO

⁴ Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, Memoria de Labores 2012,



1.6.3.4 El CRIO y la Carta Iberoamericana

El ISRI, por medio de su Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, dando cumplimiento a las directrices promovidas por la Subsecretaria para la Gobernabilidad y Modernización del Estado, para el cumplimiento del Decreto 134, y por ende la Carta Iberoamericana de Gestión Pública, promueve de manera global e institucional por medio de su planificación anual la mejora de los procesos establecidos con el fin de garantizar la calidad en la atención, teniendo como objetivo promover una gestión de calidad y perfeccionamiento continuo en las operaciones institucionales, las cuales contribuirán al direccionamiento institucional orientando las actividades y los recursos, a través de la gestión por procesos⁵.

Y tal como lo establece dicho decreto en el Art. 6 y Art. 7;

Art6. Las instituciones del Órgano Ejecutivo procuraran la implementación de modelos de gestión de calidad, así como la adopción de un enfoque basado en procesos, de acuerdo a los lineamientos emitidos por la Presidencia de la Republica.

Art7. Las instituciones del Órgano Ejecutivo procuraran autoevaluarse anualmente, independientemente de su postulación al Premio Salvadoreño de la Calidad y al Reconocimiento a las Mejores Prácticas, con el fin de proporcionar sostenibilidad a las actividades encaminadas a una gestión de excelencia.

Se presenta a continuación los resultados por capítulo de la Evaluación del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO), en base a la Carta Iberoamericana de la Gestión Pública.

⁵ Plan Estratégico del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral 2010 – 2014. Pág. 20.



Tabla 7 - Resultados de la Evaluación CRIO sobre la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública

| | | |
|--------------|---|---|
| CAPITULO 2 | Transparencia institucional en manejo de información | Conocer las expectativas y necesidades del usuario |
| | Existe acceso a la información | Promover la mejora continua en la prestación de servicios |
| | Agilidad en la atención inicial. | |
| CAPITULO 3 | Usuarios participando activamente en el proceso de tratamiento | Conocer expectativas de ciudadanos |
| | Usuarios más informados | |
| | Rendición de cuentas institucional | |
| CAPITULO 4.1 | Comités de trabajo conformados | Establecer gestión por procesos |
| | Conocer la satisfacción del usuario a través de encuestas | Coordinación Extra interinstitucional |
| | Modelo de atención | |
| CAPITULO 4.2 | Comités conformados | Establecer gestión por procesos |
| | Saber la satisfacción del usuario | Coordinación Extra interinstitucional |
| | Grupos de interés conformados | |
| CAPITULO 5 | Aplicación sistematizada de la autoevaluación a través de la carta | Permite la mejora continua |
| | Se logra un diagnostico institucional que permite orientar acciones | |

Gráfico Grado de Avance en Implementación de Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública

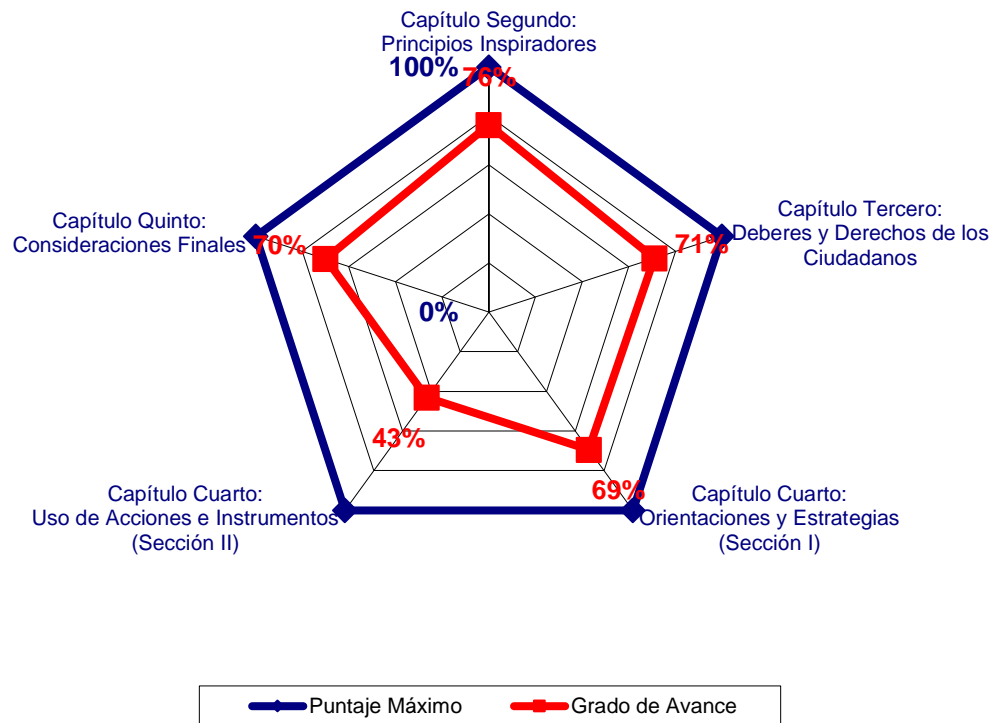


Figura 10- Grado de Avance de Implementación de la Carta Iberoamericana

Así también según la calificación y ponderación dada a cada uno de los capítulos; se presenta el grado de avance que presenta la implementación del convenio de la Carta Iberoamericana para la Calidad en la Gestión Pública del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) para el año 2012.

Tabla 8- Puntaje de la Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública

| | |
|--|------------|
| Puntaje máximo de Implementación de la CICGP | 820 |
| Puntaje alcanzado | 487 |
| Grado de Avance en la Implementación de la CICGP | 59% |



1.7 Marco Legal

El marco legal proporcionara la descripción de las diferentes bases legales sean estas leyes, artículos específicos o normativas técnicas sobre las cuales la investigación, y los diferentes involucrados se someterá para su regulación y tendrán un impacto determinante en el alcance de la investigación.

1.7.1 Código de Salud de la Republica de El Salvador

El Código de Salud, es el documento legal en el cual se desarrollan los principios constitucionales relacionados a la salud pública y asistencia social de la Republica de El Salvador, el aparato de salud estatal lo comprenden instituciones tanto públicas estatales, como entes autónomos, entre los cuales se encuentra el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, es un ente autónomo adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Republica de El Salvador, el cual tiene como objetivo principal la Rehabilitación en Salud a la población salvadoreña, como lo contempla la Sección 48 del Código de Salud. Algunos de sus artículos son:

SECCION CUARENTA Y OCHO: Rehabilitación en Salud

Art. 206.- La rehabilitación integral está considerada como la tercera etapa dentro del proceso de atención del individuo y tiene como objeto fundamental rescatar las capacidades residuales del inválido, para reincorporarlo a su medio social y familiar.

Art. 207.- El Ministerio, por medio del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, que en el presente Código se le denominará: "El Instituto", promoverá el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación para las personas incapacitadas en los aspectos físicos, psíquicos, educacionales, profesionales y económicos, con el fin de integrarlos como miembros activos de la comunidad.

Art. 208.- El Instituto funcionará como una institución autónoma, con capacidad jurídica para contraer derechos y adquirir obligaciones e intervenir en juicios. Podrá establecer clínicas, centros o cualquier clase de servicios relacionados con la índole de sus actividades en todo el territorio nacional.



SECCION CUARENTA Y NUEVE: Organización Técnica

Art. 229.- Para desarrollar las actividades técnicas del Instituto en forma eficiente, éstas se encomendarán, de acuerdo a cada especialidad, a las siguientes unidades:

- a) Centro del Aparato Locomotor, que atenderá a personas que tengan impedimentos físicos de cualquiera de sus miembros o relacionados con el Sistema Musculo esquelético;
- b) Centro de Rehabilitación de Ciegos, que atenderá a personas ciegas o ambliopes;
- c) Centro de Educación Especial, que atenderá a personas con disminución intelectual;
- Ch) Centro de Audición y Lenguaje, que atenderá a personas que presenten trastornos de dichas funciones;
- d) Centro de Parálisis Cerebral, que atenderá a personas afectadas de este padecimiento;
- e) Centro de Invalideces Múltiples, que atenderá a niños que sufran dos o más invalideces;
- f) Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar", que atenderá especialmente a personas de edad avanzada;
- g) Centro de Rehabilitación Integral de Oriente y Occidente; y
- h) Aquéllos otros centros o servicios que el Instituto pueda crear en el futuro.

Cada uno de los Centros antes mencionados estará a cargo de un Director que cumpla con los requisitos descritos en el Art. 231 de este Código y que además deberá desenvolverse de acuerdo a la especialidad del Centro.

Art. 232.- Son atribuciones de los Directores de los Centros de Rehabilitación:

- a) Velar por el buen funcionamiento del Centro a su cargo, tanto en la parte técnica como administrativa;



1.7.2 Decreto 503: Ley del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos fue creado por medio de un Decreto 503 del Directorio Cívico Militar el 27 de Diciembre de 1961, como institución que brindara servicios de rehabilitación a inválidos, como lo contempla en sus Art. 1 y 2.

Art. 1.- Créase el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, como una Institución Autónoma de derecho público, con domicilio en esta ciudad y con capacidad jurídica para contraer derechos, adquirir obligaciones e intervenir en juicio. Podrá establecer Clínicas, Centros o cualquier clase de servicios relacionados con la índole de sus actividades, en cualquier parte del territorio de la República.

Art. 2.- El Instituto tendrá las siguientes finalidades:

- a) La rehabilitación del inválido;
- b) El estudio físico, psicológico, vocacional y social del inválido;
- c) El fomento del interés en la rehabilitación de inválidos.

Para cumplir con estos fines el Instituto deberá disponer de los departamentos, secciones y dependencias que se estimaren necesarios, y cuya creación deberá ser acordada por la Junta Directiva, quien para hacerlo habrá de obtener la asesoría técnica correspondiente.

1.7.3 Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública

La CARTA IBEROAMERICANA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA, la cual fue Aprobada por la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado San Salvador, El Salvador, 26 y 27 de junio de 2008 y Adoptada por la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno San Salvador, El Salvador, del 29 al 31 de octubre de 2008; La cual reconoce que el Estado es un instrumento indispensable para el *desarrollo económico, político y social de cualquier país*, y que en la región tiene que orientarse a la atención de tres grandes problemas: la consolidación de la democracia, la necesidad de retomar el crecimiento económico y la reducción de la desigualdad social, *garantizando la inclusión social*. Para abordar dichos desafíos, los *Estados iberoamericanos* deben adecuar su organización y funcionamiento a las nuevas



realidades, aprendiendo de los errores y aciertos de las diversas experiencias recientes y **adoptando un nuevo modelo de gestión pública que recupere la capacidad de las Administraciones Públicas iberoamericanas como instrumentos útiles y efectivos al servicio del bien común o interés general de sus respectivas sociedades.**

La Carta Iberoamericana de la Calidad busca los siguientes objetivos:

- a. Promover un enfoque común en Iberoamérica sobre la calidad y la excelencia en la gestión pública, que integre las distintas perspectivas políticas y técnicas que se encuentran presentes en los diversos niveles y sectores de las Administraciones Públicas de la región.
- b. Conformar un cuerpo de principios y orientaciones que sirvan de referencia a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos en la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública.
- c. Proponer la adopción de instrumentos que incentiven la mejora de la calidad en la gestión pública, que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos de las Administraciones Públicas iberoamericanas y a sus diversas formas organizativas.

Esta Carta busca principalmente servir como guía para el diseño, regulación, implantación, desarrollo, mejora y consolidación de planes de calidad y excelencia en la gestión pública, que le permitan a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos potenciar sus capacidades y utilizarlas plenamente para acometer los retos y desafíos del desarrollo integral de sus respectivas sociedades y lograr el bienestar de sus ciudadanos.

1.7.4 Plan Quinquenal 2009-2014

Política Nacional de Gobernabilidad y Modernización del Estado

En base a los convenios establecidos mediante las “Cartas Iberoamericanas”, el gobierno de El Salvador, en su Plan Estratégico Quinquenal (2009-2014), contempla una serie de políticas, las cuales se fundamentaran en la modernización del Aparato Estatal, a continuación se presentan extractos de estas políticas.



(203) Objetivo fundamental de la política:

Contribuir a la gobernabilidad e impulsar la modernización del estado a través de la participación social en democracia, que incluye una ciudadanía responsable y una administración pública profesional y eficiente

(204) Líneas estratégicas:

1. Prevención de la crisis y manejo de conflictos a través del diálogo y la búsqueda de acuerdos
2. Promoción de una gestión de calidad y perfeccionamiento continuo de la administración pública
3. Mejora en la profesionalización y en las condiciones de trabajo de los servidores públicos
4. Propiciar los derechos humanos, la ciudadanía responsable y la participación social en democracia

(206) Con relación a la promoción de calidad y al perfeccionamiento continuo en la administración pública las acciones principales son:

1. Adecuar las estructuras orgánicas para evitar la duplicidad de actividades , facilitar la cooperación interinstitucional y estimular la obtención de resultados
2. Analizar y proponer la adecuación de los marcos normativos para cumplir con los objetivos de las políticas públicas
3. Involucrar a todo el personal en la adopción y fomento de la cultura de calidad y de perfeccionamiento continuo
4. Establecer cartas de compromisos con la ciudadanía en los trámites y servicios de mayor impacto
5. Implementar un sistema de evaluación de la calidad de la gestión pública para identificar áreas que deben ser mejoradas e



6. Instaurar el Premio Nacional a la Calidad

1.7.5 Decreto Ejecutivo 134: Creación del Premio Salvadoreño de la Calidad

Creación del “Premio Salvadoreño a la Calidad” y el “Reconocimiento a las Mejores Prácticas”

Publicado en el Diario Oficial del Lunes 13 de Diciembre de 2010

Con el fin de dar cumplimiento a las políticas planteadas en el Plan Quinquenal 2009-2014, se crea mediante el DE 134, “Premio Salvadoreño de la Calidad”, el cual en sus artículos fundamentales, insta a todas las instituciones gubernamentales del Órgano Ejecutivo, a la implementación de sistemas y/o mecanismos para el mejoramiento de la calidad en su funcionamiento y servicios.

Art. 6.- Las instituciones del Órgano Ejecutivo procurarán la implementación de modelos de gestión de calidad, así como la adopción de un enfoque basado en procesos, de acuerdo a lineamientos emitidos por la Presidencia de la República, a través de la Secretaría para Asuntos Estratégicos.

Art. 7.- Las instituciones del Órgano Ejecutivo procurarán autoevaluarse anualmente, independientemente de su postulación al Premio Salvadoreño a la Calidad y al Reconocimiento a las Mejores Prácticas, con el fin de proporcionar sostenibilidad a las actividades encaminadas a una gestión de excelencia. La Secretaría para Asuntos Estratégicos, a través de la Subsecretaría de Gobernabilidad y Modernización del Estado coordinará dicha actividad.



CAPITULO II: DIAGNOSTICO DEL PROYECTO

2.1 Metodología del Diagnostico

2.1.1 Descripción de Metodología General de la Investigación

A. Definición de Tipo de Investigación a utilizar

El objetivo de este paso es establecer qué tipo de investigación se utilizara en el estudio a partir de la consideración de los requerimientos de información que serán necesarios.

B. Definición de Metodología de Recolección de Datos

En este paso se define la metodología de recolección de datos a utilizar en el estudio, la cual establece el camino o guía a seguir para obtener toda la información necesaria para el estudio, considerando a la vez los instrumentos y herramientas que apoyaran la recolección de la información.

2.1.2 Tipo de Investigación a Utilizar en el Estudio

Para el desarrollo del estudio tanto para la realización del Pre-diagnóstico como el Diagnóstico del CRIO se utilizara la investigación descriptiva, ya que dada sus características es la que permite la investigación de los temas de interés para la realización del estudio, por lo que a continuación se describe de una forma completa lo que es la investigación descriptiva sus etapas e implicaciones más relevantes para el desarrollo de la misma.

❖ INVESTIGACION DESCRIPTIVA:

La investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. En las investigaciones de tipo descriptiva, llamadas también **investigaciones diagnósticas**, consisten fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores.



En la ciencia fáctica, la descripción consiste, según **Bunge**⁶, en responder a las siguientes cuestiones:

Mario Bunge (Buenos Aires) físico, filósofo de la ciencia y humanista argentino; defensor del realismo científico y de la filosofía exacta.

- ¿Qué es? > Correlato.
- ¿Cómo es? > Propiedades.
- ¿Dónde está? > Lugar.
- ¿De qué está hecho? > Composición.
- ¿Cómo están sus partes, si las tiene, interrelacionadas? > Configuración.
- ¿Cuánto? > Cantidad

❖ *ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA:*

1. Examinan las características del problema escogido.
2. Lo definen y formulan sus hipótesis.
3. Enuncian los supuestos en que se basan las hipótesis y los procesos adoptados.
4. Eligen los temas y las fuentes apropiados.
5. Seleccionan o elaboran técnicas para la recolección de datos.
6. Establecen, a fin de clasificar los datos, categorías precisas, que se adecuen al propósito del estudio y permitan poner de manifiesto las semejanzas, diferencias y relaciones significativas.
7. Verifican la validez de las técnicas empleadas para la recolección de datos.
8. Realizan observaciones objetivas y exactas.
9. Describen, analizan e interpretan los datos obtenidos, en términos claros y precisos.

⁶ **Mario Bunge** (Buenos Aires) físico, filósofo de la ciencia y humanista argentino; defensor del realismo científico y de la filosofía exacta.



❖ **Recolección de datos de la investigación descriptiva:**

En el informe de la investigación se señalan los datos obtenidos y la naturaleza exacta de la población de donde fueron extraídos. La población —a veces llamada universo o agregado— constituye siempre una totalidad. Las unidades que la integran pueden ser individuos, hechos o elementos de otra índole. Una vez identificada la población con la que se trabajará, entonces se decide si se recogerán datos de la población total o de una muestra representativa de ella. El método elegido dependerá de la naturaleza del problema y de la finalidad para la que se desee utilizar los datos.

Población total: cuando la población es reducida no es difícil obtener información acerca de todas las unidades que componen, pero los resultados no pueden aplicarse a ningún otro grupo que no sea el estudiado.

Muestra de la población: Cuando se trata de una población excesivamente amplia se recoge la información a partir de unas pocas unidades cuidadosamente seleccionadas, ya que si se aborda cada grupo, los datos perderían vigencia antes de concluir el estudio. Si los elementos de la muestra representan las características de la población, las generalizaciones basadas en los datos obtenidos pueden aplicarse a todo el grupo.

❖ **Expresión de datos de la investigación descriptiva:**

Los datos descriptivos se expresan en términos **cualitativos** y **cuantitativos**. Se puede utilizar uno de ellos o ambos a la vez.

Cualitativos (mediante símbolos verbales): Se usan en estudios cuyo objetivo es examinar la naturaleza general de los fenómenos. Los estudios cualitativos proporcionan una gran cantidad de información valiosa, pero poseen un limitado grado de precisión, porque emplean términos cuyo significado varía para las diferentes personas, épocas y contextos. Los estudios cualitativos contribuyen a identificar los factores importantes que deben ser medidos. (Visión científicista).



Cuantitativos (*por medio de símbolos matemáticos*): Los símbolos numéricos que se utilizan para la exposición de los datos provienen de un cálculo o medición. Se pueden medir las diferentes unidades, elementos o categorías identificables.

❖ ***Tipos de investigación descriptiva:***

Tomando en cuenta que las siguientes categorías no son rígidas, muchos estudios pueden encuadrarse sólo en alguna de estas áreas, y otros corresponden a más de una de ellas. **Encuestas**, estudio de **Interrelaciones** y estudios de **Desarrollo**.

1. Estudios tipo encuesta.

Se llevan a cabo cuando se desea encontrar la solución de los problemas que surgen en organizaciones educacionales, gubernamentales, industriales o políticas. Se efectúan minuciosas descripciones de los fenómenos a estudiar, a fin de justificar las disposiciones y prácticas vigentes o elaborar planes más inteligentes que permitan mejorarlas. Su objetivo no es sólo determinar el estado de los fenómenos o problemas analizados, sino también en comparar la situación existente con las pautas aceptadas. El alcance de estos estudios varía considerablemente; pueden ajustarse a una nación, región, Estado, sistema escolar de una ciudad o alguna otra unidad. Los datos pueden extraerse a partir de toda la población o de una muestra cuidadosamente seleccionada. La información recogida puede referirse a un gran número de factores relacionados con el fenómeno o sólo a unos pocos aspectos recogidos. Su alcance y profundidad dependen de la naturaleza del problema.

2. Estudios de interrelaciones.

Si el objeto es identificar las relaciones que existen entre los hechos para lograr una verdadera comprensión del fenómeno a estudiar, los estudios de esta índole son los estudios de **casos**, estudios **causales comparativos** y estudios de **correlación**.

3. Estudios de desarrollo:

Consiste en determinar no sólo las interrelaciones y el estado en que se hallan los fenómenos, sino también en los cambios que se producen en el transcurso del tiempo. En él se describe el desarrollo



que experimentan las variables durante un lapso que puede abarcar meses o años. Abarca estudios de **crecimiento** y de **tendencia**.

❖ **CONSIDERACIÓN FINAL:**

En el desarrollo del diagnóstico se realizara una investigación descriptiva con Estudios tipo Encuesta ya que es la que más se adapta a la naturaleza del Tema a desarrollar, con la realización de esta investigación se busca la solución a problemas que surgen en la organización haciendo un estudio de los fenómenos que ocurren por medio de descripciones minuciosas de estos a fin de poder analizarlos, comprenderlos y poder así elaborar propuestas de solución para las situaciones que se está generando.

2.1.2.1 Metodología General del Diagnostico

Para proceder de una manera lógica y sistemática con el desarrollo del diagnóstico la investigación se realizara haciendo uso de los pasos que se muestran en el siguiente esquema:

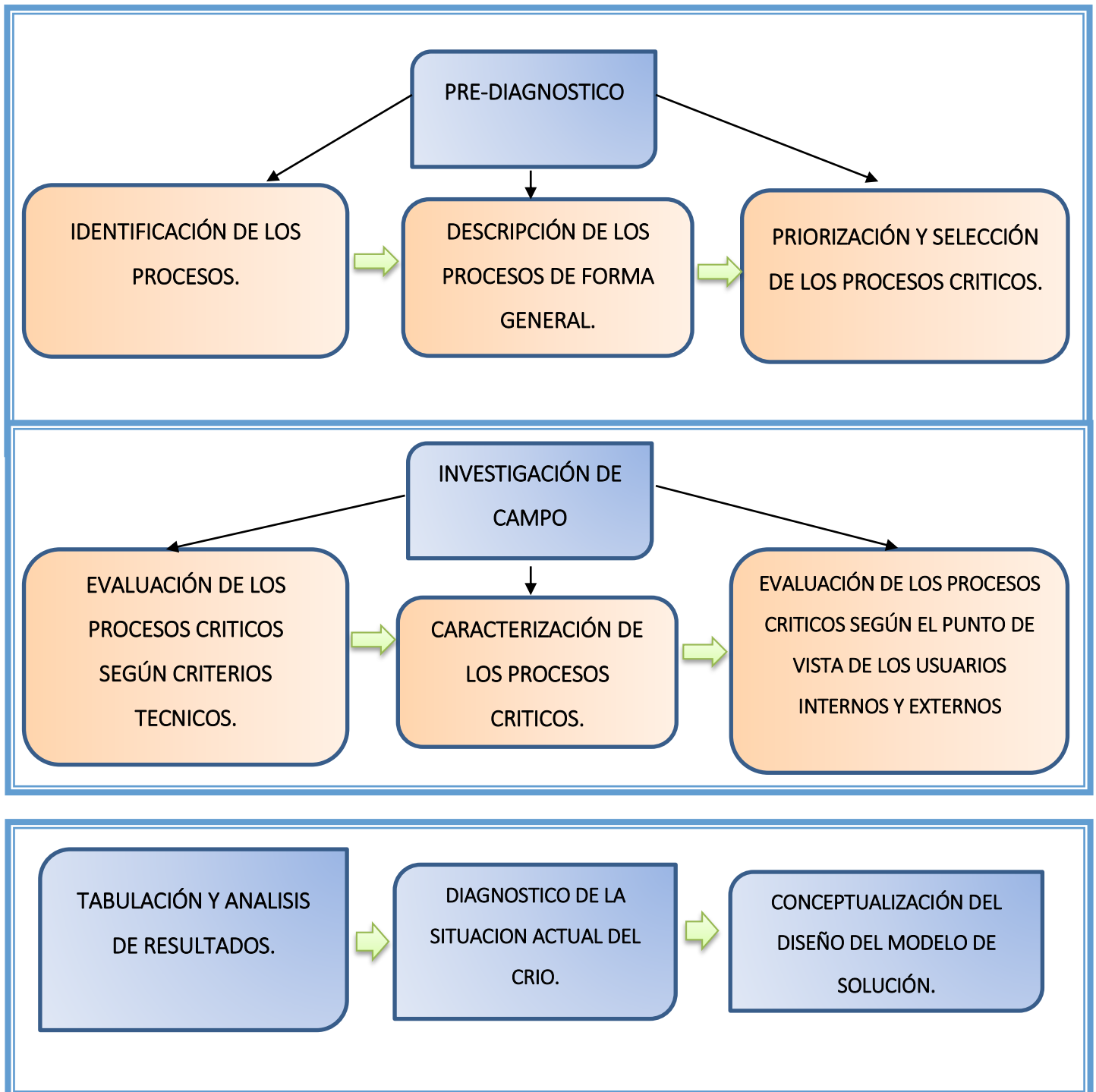


Figura 11 - Metodología General del Diagnostico



PRE-DIAGNOSTICO:

La etapa del pre-diagnostico se desarrollara con el fin de poder identificar y seleccionar los procesos Claves del Instituto al fin de su posterior análisis.

El pre-diagnostico consistirá en tres fases principales:

- *La identificación de los Procesos*
- *La Descripción de los procesos en forma general.*
- *Posicionamiento y selección de procesos de acuerdo a su cadena de valor.*

A continuación se detallarán cada una de estas así como se describirán las principales técnicas a utilizar para su desarrollo:

LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS:

En esta fase se presentara un inventario de todos los procesos que se desarrollan en el CRIO teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

-
- 1) *El nombre asignado a cada proceso **deberá** ser representativo de lo que conceptualmente se pretende representar.*

 - 2) *La totalidad de las actividades desarrolladas en el CRIO deberán estar incluidas en alguno de los procesos listados.*

 - 3) *como regla general se puede afirmar que si se identifican pocos o demasiados procesos se incrementa la dificultad de su gestión posterior con esta consideración se tratara de clasificar todas las actividades de la manera más eficaz posible.*
-

A continuación se describirán las principales técnicas a utilizar en esta fase.

- *Técnicas:*
 - *Investigación descriptiva:*

Consulta de fuentes primarias: Entrevistas personales con el personal Clave de las Áreas Administrativas, Medicas, de rehabilitación, de apoyo y áreas complementarias.



- **Investigación Bibliográfica de fuentes Secundarias:**

Consulta de los siguientes documentos: Modelo de Atención y Provisión del CRIO-CRIOR, Plan Anual del CRIO, Lineamientos para la Atención para la atención de Personas con discapacidad, Informes, Trabajos de investigación etc.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS EN FORMA GENERAL:

En esta fase se dará una pequeña descripción de la finalidad u objetivo de cada proceso identificado en el inventario, así como se definirá los sub-procesos que lo componen a fin de tener una idea global de toda la gestión del centro.

En la descripción de los procesos, un requisito indispensable es entrevistar a las personas que realizan dichos procesos, ya que serán ellos los que podrán describir la forma en la cual se lleva a cabo en cada proceso y qué se espera como resultado. Este estrecho contacto con el personal permite recabar información invaluable para las etapas que siguen más adelante en cuanto a la optimización y los requisitos para que ésta se dé. De igual forma, la participación de ellos desde el inicio del trabajo facilitará la implementación posterior de los cambios que se decidan efectuar.

A partir del “inventario general de procesos” como resultado de la fase de identificación de procesos señalamos en forma global todos los procesos presentes en una determinada área de actividad.

A partir de esta mirada general que nos entrega la descripción general, se puede tener una idea de todos los procesos o subprocesos de la gestión del CRIO y poder distinguir las interrelaciones entre ellos y sus participantes.

En esta fase del pre-diagnostico describiremos de una forma general todos los procesos identificados en el CRIO que nos servirán de base para la última fase del pre- diagnostico que consistirá en el posicionamiento y selección de los procesos claves.

Entre Las técnicas a utilizar en esta fase tenemos:



- **Investigación descriptiva:**

Consulta de fuentes primarias: Entrevistas personales con el personal Clave de las Áreas Administrativas, Medicas, de rehabilitación, de apoyo y áreas complementarias.

- **Investigación Bibliográfica de fuentes Secundarias:**

Consulta de los siguientes documentos: Modelo de Atención y Provisión del CRIO-CRIOR, Plan Anual del CRIO, Lineamientos para la Atención para la atención de Personas con discapacidad, Informes, Trabajos de investigación etc.

PRIORIZACIÓN Y SELECCIÓN DE LOS PROCESOS CLAVES.

Una vez establecido el inventario de los procesos y descrito cada uno de ellos en forma general se tendrá una idea global de la gestión del CRIO y se entrara a la última fase del pre-diagnostico la cual consistirá en priorizar y seleccionar los procesos claves para su posterior análisis en la etapa de diagnóstico.

En esta fase después de haber identificado y clasificado los procesos que se desarrollan en el CRIO, se procederá a realizar una priorización con el objetivo de determinar los procesos claves que tienen mayor incidencia en el desempeño del Centro, y por consiguiente realizar el análisis respectivo para la búsqueda de posibles puntos de mejora que permitan diseñar una solución enmarcada en la Gestión por Procesos y que contribuya a mejorar la operatividad del Centro de Rehabilitación de Occidente (CRIO).

Para esto deberá realizar una valoración subjetiva tomando como referencia los siguientes aspectos:

- ***Calcular el impacto proceso:*** Para cada proceso se hará una valoración de la importancia de proceso teniendo en cuenta su involucración en los objetivos estratégicos y/o metas del CRIO.
- **Repercusión en el cliente:** se realizara una reflexión individualizada para cada proceso acerca de las consecuencias que un posible rediseño tendría sobre el cliente.



Luego de priorizarlos se procede a la selección o identificación de los procesos claves los cuales se entenderá de manera general aquellos procesos fundamentales, para alcanzar los objetivos estratégicos de la organización.

Para esta fase se utilizaran distintas herramientas las cuales se describirán a continuación:

Técnicas o herramientas:

- Mapa de procesos:

El mapa de procesos es una herramienta que permite ver la organización como un todo, examinar todos sus procesos, su desempeño y forma de interacción. Toma como punto de partida los macro procesos que constituyen la cadena de valor.

Se partirá con un “Mapa general de procesos” que señale en forma gruesa los procesos más importantes presentes en el CRIO y la asociación entre ellos.

La elaboración del mapa de procesos del CRIO se realizara mediante la técnica panel de expertos de acuerdo a la siguiente metodología:

- *Panel de expertos.*

1) Constitución y formación del grupo de trabajo.

El equipo de trabajo estará formado por un número de personas entre 3 y 6, seleccionándose miembros de la Institución que conozcan los procesos que se gestionan en la misma. El grupo de trabajo debe estar liderado por la Dirección del CRIO y debería incorporar especialmente personas de las distintas jefaturas y dependencias. Al grupo se podrá incorporar puntualmente otras personas del Servicio si se considera necesario por la dirección de la institución.

2) Formación del grupo de trabajo.

Una vez constituido el grupo se facilitará una formación básica en aquellos aspectos necesarios que el personal debe saber para la realización de su mapa de procesos, tan básicos como la definición de



procesos hasta aspectos más amplios de la gestión por procesos. Esta formación deberá ser extendida, en el futuro, al resto del personal del Servicio. Esta específicamente será impartida por la Sub-Secretaria de Gobernabilidad y Modernización del Estado a todo el grupo de trabajo.

3) *Elaboración del mapa de procesos*

Para elaborar el mapa de procesos se seguirá una metodología sencilla la cual consistirá en las siguientes etapas:

- **Definición de misión y visión:** *Un paso previo a la elaboración del mapa de procesos es la definición de la Misión y la Visión del Centro, para este caso se utilizara la Misión y Visión Institucional del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, ya que es la que comparten todos los Centros de Rehabilitación, incluido el CRIO. Entendida la Misión como la razón de ser del Servicio, se comunica a través de una oración que define el propósito fundamental de su existencia y como visión se entiende una apreciación idealizada de lo que sus miembros desean del Servicio y de la institución en el futuro.*

- **Identificar los Grupos de interés, Clientes o Usuarios:** *Una vez definidas la Misión y la Visión, el siguiente paso para elaborar el mapa de procesos de la institución es la identificación de los Grupos de interés, clientes o usuarios.*

- **Los grupos de interés:** *serán todos aquellos que tienen interés en la organización, sus actividades y logros. Entre ellos se puede incluir a clientes, empleados, la Administración, etc.*

- **Cliente/usuario:** *Persona que utiliza los servicios de la institución*
Se recalcará las necesidades que los mismos tendrían, en base a estudios y análisis realizados previamente o la experiencia del grupo se pretende determinar las expectativas que los clientes podrían tener sobre los servicios presentes o futuros.

La identificación es un punto clave. Los procesos claves están dirigidos a cubrir las necesidades o expectativas de estos clientes/usuarios.



- **Enlistar todos los procesos de la Institución:** En este paso nos servirá de base el inventario de procesos realizado en la primera fase esto con el fin de tener un panorama global de todos los procesos que constituyen la institución y relacionarlos a los grupos de interés, clientes o usuarios a los que se destina.

- **Priorizar los Procesos:**
A través de la técnica del panel de expertos conformado por el grupo de trabajo se priorizaran los procesos y se posicionaran de acuerdo a la cadena de valor y al mismo tiempo, se relacionara el propósito de la organización con los procesos que lo gestionan.

Se posicionaran de acuerdo a la siguiente clasificación según su cadena de valor:

-**Procesos estratégicos:** aquellos establecidos por la Alta Dirección y definen cómo opera el negocio y cómo se crea valor para el cliente / usuario y para la organización. Soportan la toma de decisiones sobre planificación, estrategias y mejoras en la organización. Proporcionan directrices, límites de actuación al resto de los procesos.

-**Procesos claves:** Son aquellos directamente ligados a los servicios que se prestan, y por tanto, orientados al cliente/usuario y a requisitos. Como consecuencia, su resultado es percibido directamente por el cliente/usuario (se centran en aportarle valor).

En estos procesos, generalmente, intervienen varias áreas funcionales en su ejecución y son los que pueden conllevar los mayores recursos. En resumen, los procesos claves constituyen la secuencia de valor añadido del servicio desde la comprensión de las necesidades y expectativas del cliente / usuario hasta la prestación del servicio, siendo su objetivo final la satisfacción del cliente /usuario.

-**Procesos de apoyo o soporte:** Los procesos de apoyo son los que sirven de soporte a los procesos claves. Sin ellos no serían posibles los procesos claves ni los estratégicos. Estos procesos son, en muchos casos, determinantes para que puedan conseguirse los objetivos de los procesos dirigidos a cubrir las necesidades y expectativas de los clientes /usuarios



Luego se procederá y se enfocara al análisis de los procesos claves identificados en la parte del diagnóstico.

Se realizara el mapa de procesos con la técnica del panel de expertos debido a que esta herramienta radica fundamentalmente en el profundo conocimiento que tienen los expertos sobre los temas objeto de evaluación. Ello proporciona

- *Un ahorro de tiempo considerable.*
 - *Un costo reducido.*
 - *Una gran credibilidad de las conclusiones.*
 - *Una gran capacidad de adaptación a las diferentes situaciones que puedan surgir durante la evaluación.*
- **INVESTIGACIÓN DE CAMPO:**

Esta es la etapa y la más delicada de la gestión de los procesos. Se pretenden caracterizar los procesos claves identificados, confeccionando cada uno de ellos en los que se incluirán, como elementos básicos, las entradas, salidas e indicadores de procesos o control y de resultados. El análisis parte del mapa de procesos anteriormente elaborado. Para cada uno de los procesos claves identificados se parte del momento de prestación del servicio al cliente o usuario. Desde este momento y recogiendo el proceso hacia atrás se irán identificando los pasos, tareas, entradas y salidas, responsables, etc., que se han ido realizado hasta el instante en el que se realizó la solicitud del servicio. Es importante que este trabajo se realice con detalle y dedicando el tiempo que sea necesario. Este trabajo es complejo y se recomienda que se realice en varias etapas. En una primera se deben identificar los subprocesos en los que se puede dividir el proceso clave analizado, para posteriormente pasar al estudio detallado de cada uno de éstos. Aquí se detallara el funcionamiento de la institución a fin de identificar las causas que afectan el servicio que brinda el CRIO.


La investigación de campo constara en las siguientes fases:





1) **CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS CLAVES:**


Es esta fase del diagnóstico se identificarán los rasgos distintivos de los procesos claves entenderemos como caracterización, el establecer la relación con los demás procesos internos o externos, los insumos y salidas del proceso, los proveedores y clientes, los riesgos y controles, permitiendo a los usuarios del sistema clarificar de manera muy sencilla el accionar de la Entidad y la gestión de sus procesos.

La caracterización de los procesos debe contener como mínimo:

 ***Objeto del proceso y responsable del mismo***

 ***Proveedores e insumos o entradas y productos o salidas y usuarios o clientes***

 ***Recursos asociados a la gestión del proceso***

 ***Riesgos y controles asociados e indicadores del proceso***

 ***Requisitos relacionados con el proceso y documentos y registros del mismo.***

2) **EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS CLAVES SEGÚN CRITERIOS TECNICOS:**

Se describirán y analizarán los procesos claves en tiempo, costo, eficiencia, en sus cargas de trabajo, con el fin de Identificar y conocer las debilidades o problemas existentes en los procesos claves del Crio que afectan el servicio.

3) **EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS CLAVES SEGÚN EL PUNTO DE VISTA DE LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS**

Tomar en cuenta el punto de vista de los usuarios del CRIO tanto externos (usuarios con discapacidades) como internos (empleados que laboran en el centro) A fin de identificar las posibles causas que afectan el servicio desde su punto de vista. Conocer la valoración de la problemática desde el punto de vista de los usuarios directos del CRIO así como también de los usuarios internos.

ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE RESULTADOS.

Se concluirá según las evaluaciones anteriores los hallazgos encontrados a partir del análisis de los procesos claves y tomando como base las encuestas realizadas a los empleados y clientes que hacen uso de los servicios del centro, además de analizar toda la información recolectada se



procedió a identificar puntos de mejora dentro de las áreas que componen la estructura de los servicios que presta el CRIO, las cuales serán tomadas en cuenta en la etapa de diseño del proyecto.

DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL CRIO.

Se identificarán las causas a solucionar para resolver la problemática, identificando las causas o posibles situaciones que ocasionan la problemática que servirán de base para la conceptualización del modelo. A partir de los problemas encontrados en los procesos claves que se desarrollan en el CRIO, se detalla la incidencia que estos problemas tienen en la calidad del servicio y sus posibles raíces.



2.2 Pre-Diagnostico

2.2.1 Objetivos del Pre-Diagnostico

2.2.1.1 Objetivo General

- ❖ *Determinar los procesos críticos que tienen mayor incidencia en el desempeño del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente para su análisis en detalle, a partir de la evaluación global de sus procesos.*

2.2.1.2 Objetivos Específicos

- ❖ *Realizar un inventario de procesos que identifiquen todos los procesos involucrados en la Gestión del CRIO.*
- ❖ *Realizar una descripción general de todos los procesos que el CRIO maneja actualmente a fin de conocer su finalidad e identificar aquellos procesos que necesitan especial atención según la importancia que tiene dentro del funcionamiento del CRIO.*
- ❖ *Priorizar los procesos y posicionarlos de acuerdo a su cadena de valor dando como resultado el Mapa de Procesos del CRIO.*

2.2.2 Metodología del Pre-Diagnostico

Como se ha descrito en la metodología general del Diagnostico; el pre-diagnostico consistirá en tres fases principales:

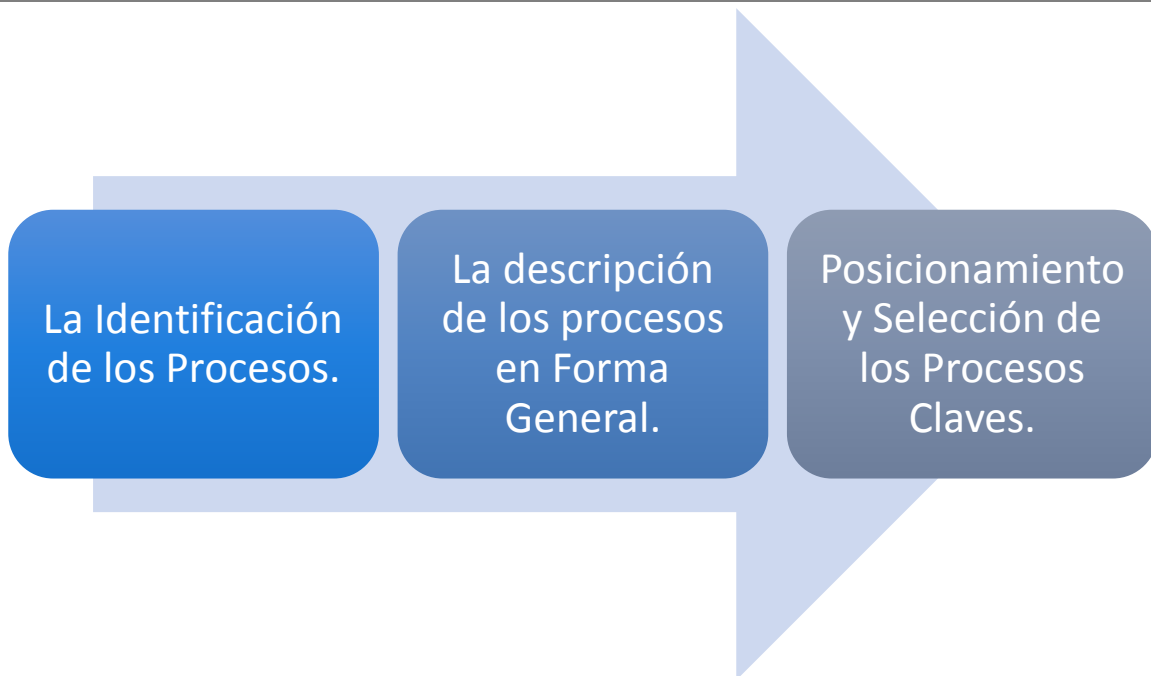


Figura 12- Metodología del Pre-Diagnostico

LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS: Se realizara un inventario de todos los procesos que se desarrollan en el CRIO así como una pequeña descripción de su finalidad a fin de proporcionar una panorama Global de la gestión del CRIO.

LA DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS EN FORMA GENERAL: Se dará una descripción general del objetivo y la finalidad de cada proceso identificando cada una de sus sub-procesos.

POSICIONAMIENTO Y SELECCIÓN DE PROCESOS CLAVES: Una vez establecido el inventario de los procesos y descrito cada uno de ellos en forma general se tendrá una idea global de las actividades incluidas en el mismo y se entrara a la última fase del pre-diagnostico la cual consistirá en priorizar y seleccionar los procesos claves para su posterior análisis en la etapa de diagnóstico.

Dentro de estas tres grandes fases del pre-diagnostico se podrán distinguir las 5 fases fundamentales para la Identificación y Clasificación de Procesos dentro de la gestión por procesos las cuales son:



Figura 13 - Fases para la Identificación y Clasificación de Procesos

- **Identificación de Procesos:** Se identificarán todos los procesos del CRIO independientemente de su tamaño, jerarquía o importancia.
- **Inventario de Procesos:** Enlistar los procesos en dos categorías: procesos y subprocesos de esta forma, como resultado de esta segunda fase obtendremos un listado estructurado de procesos en el que diferenciaremos un proceso principal, y un conjunto de subprocesos que dependen de él.
- **Clasificación de Procesos:** Adoptaremos la siguiente clasificación de procesos
 - a) **Procesos operativos:** Son aquellos que están relacionados con la realización del producto e inciden directamente en la satisfacción del cliente, se les conoce como de línea, primarios, críticos, claves o misionales.
 - b) **Procesos de apoyo:** Son aquellos que dan soporte a los procesos operativos. También se les conoce como de Soporte.
 - c) **Procesos estratégicos:** Son los llevados a cabo por la alta dirección de la empresa y son generalmente a largo plazo o relacionados con la gestión de la organización. También se les denominada de planificación.

Mapa de Procesos: Una vez identificados, jerarquizados y clasificados los procesos es conveniente representarlos gráficamente, de forma que se pueda tener una imagen global de las interrelaciones



existentes entre las entradas y salidas de los grupos de procesos. El Mapa de Procesos es la imagen mediante la cual el centro expresa su estructura de gestión

Selección de Procesos: Obviamente todos los procesos identificados no pueden ser abordados al mismo tiempo, es importante, y necesario, priorizar y concentrar los esfuerzos por la mejora. Para ello la Selección de Procesos pretende identificar, entre todos los procesos relacionados en El Inventario, cuáles son aquellos especialmente críticos para que el centro alcance sus objetivos (definidos, en última instancia, en su Visión).

A continuación se desarrollaran cada una de las etapas del pre-diagnostico donde se identificarán cada una de las fases para la Identificación y Clasificación de los procesos dentro de la Gestión por procesos.

2.2.3 Identificación de los Procesos del CRIO

Se presenta a continuación el inventario de procesos del CRIO que no es más que un listado de los proceso y sub-procesos del CRIO identificados en el centro, además estos han sido clasificados dentro 8 macro-procesos identificados según las funciones que en ellos se realizan.

2.2.4 Inventario de Procesos.

Tabla 9 - Inventario de Procesos CRIO

| MACRO-PROCESOS | PROCESO | SUB-PROCESOS |
|-------------------------------|-------------------------------|--|
| | Gestión de Activo Fijo | Préstamo de Bienes Muebles entre ambientes |
| | | Transferencias de Bienes Muebles entre ambientes |
| | | Transferencia de bienes muebles entre dependencias |
| | | Descargo de Bienes Muebles |
| | | Levantamiento de Inventario |
| Manejo de Caja Chica. | Control y Seguimiento del PAA | Apertura de Fondo de Caja Chica |
| | | Solicitud y Adquisición de la Compra. |
| | | Reintegro de Fondo de Caja Chica. |
| | | Liquidación de Caja Chica |
| Control y Seguimiento del PAA | | Solicitud de Compra de Bienes Incluidos en el PAA |
| | | Dar seguimiento a la Gestión de Adquisición de los |



PROCESOS ADMINISTRATIVOS

| | |
|--|---|
| (Plan Anual de Adquisidores) | Bienes. Control y Seguimiento de Contratos de Bienes y Servicios. Seguimiento de la PAA. |
| Gestión y Control de Transporte | Control y seguimiento del uso del transporte. Suministro de combustible (Manejo y control de cupones) |
| Gestión de Donaciones | Gestión de la Aprobación de la Donación Recepción de la donación Registro de donación tangible o intangible. |
| Administración y Control de Presupuesto | Elaboración del Presupuesto Anual. Control de la Ejecución del Presupuesto. |
| Control de Asistencia y Permanencia en los lugares de Trabajo. | Control de Marcación Llegadas tempranas y tardías Gestión de Medidas Disciplinarias Control de Misiones Oficiales Administración de Permisos y Licencias. Otorgamiento de Tiempo compensatorio. |

PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN.

| | |
|---|--|
| Mantenimiento de Instalaciones y Equipo | Ornato, Limpieza y Aseo Mantenimiento Preventivo de Instalaciones y Equipo Mantenimiento Correctivo de Instalaciones y Equipo. |
| Mantenimiento Vehicular | Mantenimiento Preventivo de Vehículos Mantenimiento Correctivo de Vehículos |
| Soporte informático | Mantenimiento Preventivo programado Y mantenimiento Correctivo. Asistencia Remota o Presencial. |
| Seguridad y Vigilancia | Orientación y Control a personas que ingresan a la Institución. Registro de Novedad o Hallazgo Relevante Registro e Ingreso de Equipo o Material |



| | | |
|---|---------------------------------------|---|
| | | Registros de salidas u condición de Vehículos con Misión Oficial. |
| PROCESOS DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO. | Contratación y Selección del personal | Solicitud de Contratación de personal en plazas vacantes. |
| | | Gestión de nuevas plazas. |
| | | Selección del personal |
| | | Incorporación e Inducción. |
| | | Evaluación de Periodo de Prueba de plaza Interina. |
| | | Gestión de contrato de plaza en propiedad. |
| | Capacitación del personal | Selección de temas de Interés. |
| | | Capacitaciones Internas. Capacitaciones Externas. |
| | Sistemas de Incentivos del personal | Sistema de Incentivos Por Antigüedad Sistema Por evaluación al Desempeño |
| | Administración de Suelos y Salarios | Control de Planillas. |
| PROCESOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL | Ingresar Usuarios | Recepción y toma de Datos |
| | | Ingreso a Servicios Médicos |
| | | Ingreso a Servicios Terapéuticos |
| | Intervenir Usuarios | Intervención en servicios Médicos |
| | | Intervención en servicios Terapéuticos |
| | | Intervención en servicios Psicológicos |
| | | Intervención en Trabajo Social |
| | Egresar Usuarios | Egreso por solicitud de Usuario |
| | | Egreso por cumplimiento de plan de Rehabilitación |
| | | Egreso por Incumplimiento del Usuario |



| | | Diagnóstico de la situación de la Comunidad |
|---|---|---|
| PROCESOS DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA. | Establecimiento de Red de apoyo de la comunidad. | Sensibilización y capacitación de la Comunidad. |
| | | Control y Seguimiento a Comunidad. |
| PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. | Servicio de certificación de Discapacidad | Programación de Usuario para certificación de discapacidad. |
| | | Evaluación de la discapacidad. |
| PROCESOS DE GESTION GERENCIAL (GESTION DE PLANEACION,CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL) | Direccionamiento Estratégico | Elaboración de la Certificación. |
| | | Autorización de la Certificación de Discapacidad. |
| | Garantía de la Medición, Análisis y Mejora Continua. | Gestión del Plan Anual Operativo |
| | | Gestión de los planes de trabajo anuales por área. |
| | | Monitoreo periódicos de Indicadores Institucionales |
| | | Medición y Análisis de Resultados. |
| Comunicación y Promoción | Toma de medidas correctivas y retroalimentación. | |
| | Gestión de comités de Apoyo a la Dirección | |
| PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES. | Gestión del UTEC | Gestión para la conformación de Grupos de Interés. |
| | | Monitoreo de Grupos de Interés |
| | | Difusión de las Actividades mensuales del centro. |
| | Gestión del EPI | Ingreso de datos al sistema |
| | | Medición y Análisis de Resultados. |
| | | Medidas correctivas y retroalimentación. |
| Gestión del PERC | Ingreso de datos al sistema | |
| | Medición y Análisis de Resultados. | |
| | Medidas correctivas y retroalimentación. | |



2.2.5 Descripción de los Procesos en Forma General.

A continuación se describen la finalidad de cada uno de los procesos del inventario clasificados dentro de cada uno de los macro-procesos identificados.

2.2.5.1 Procesos Administrativos

2.2.5.1.1 Gestión de Activo Fijo

La Gestión de Activo Fijo, tiene como objetivo el control y seguimiento del estado, localización y movimiento de los diferentes Bienes Muebles o Inmuebles que posee registrado el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.

Este proceso se norma en cinco sub-procesos, según sea la gestión del activo fijo que se desee realizar.

- *Préstamo de Bienes Muebles entre Ambientes*
- *Transferencias de Bienes Muebles entre Ambientes*
- *Transferencia de Bienes Muebles entre Dependencias*
- *Descargo de Bienes Muebles*
- *Levantamiento de Inventario*

2.2.5.1.2 Manejo de Caja Chica.

Este proceso consiste en llevar el control de los fondos que son utilizados para solventar las necesidades imprevistas de las diferentes áreas del CRIO este proceso contiene los siguientes subprocesos:

- *Apertura de Fondo de Caja Chica*
- *Solicitud y Adquisición de la Compra.*
- *Reintegro de Fondo de Caja Chica.*
- *Liquidación de Caja Chica*

2.2.5.1.3 Control y Seguimiento del Plan Anual de Adquisiciones

Controlar y darle seguimiento a las adquisiciones y contrataciones de bienes y servicios Institucionales planificadas en el presupuesto Anual.

Conlleva los siguientes sub-procesos:



- *Solicitud de Compra de Bienes Incluidos en el PAA*
- *Dar seguimiento a la Gestión de Adquisición de los Bienes.*
- *Control y Seguimiento de Contratos de Bienes y Servicios.*

2.2.5.1.4 Gestión y Control de Transporte

Regular los preceptos que deberán ser aplicados para el uso y control de los vehículos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, a fin de garantizar la operatividad de los vehículos institucionales. Este proceso consta de los siguientes sub-procesos:

- **Control y Seguimiento del Uso de Transporte:**

Consiste en controlar las salidas de los vehículos institucionales a través de variables como el tiempo y el kilometraje.

- **Suministro de Combustible (Manejo y control de cupones):**

Consiste en elaborar la proyección anual de combustible para todas las unidades vehiculares, para programar las compras que se realizarán según la necesidad de las mismas.

2.2.5.1.5 Gestión de Donaciones.

Proceso que proporciona los lineamientos para regular las donaciones y definir la solicitud, aceptación, registro y distribución de las donaciones en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente. Este proceso contiene los siguientes 3 subprocesos:

- *Aprobación de la Donación*
- *Recepción de la donación*
- *Registro de donación tangible o intangible.*

2.2.5.1.6 Administración y Control de Presupuesto

Consiste en la elaboración del Presupuesto en base a los requerimientos y necesidades de trabajo de cada área y el ajuste sobre la base del techo Presupuestario brindado por el Ministerio de Salud, este proceso contiene los siguientes sub-procesos.

- *Elaboración del Presupuesto Anual.*
- *Control de la Ejecución del Presupuesto.*



2.2.5.1.7 *Control de Asistencia y Permanencia en los Lugares de Trabajo.*

Consiste en llevar el control de la marcación de las entradas y salidas del personal del CRIO y todas aquellas situaciones especiales que afectan la permanencia del personal en el CRIO. Contiene los siguientes sub-procesos:

- *Control de Marcación Llegadas tempranas y tardías: Este subproceso conlleva las principales actividades: Descarga y revisión de la información del sistema de marcación, Revisión de la información descargada, Elaboración de reporte de control de marcación.*
- *Gestión de Medidas Disciplinarias*
- *Control de Misiones Oficiales*
- *Administración de Permisos y Licencias.*
- *Otorgamiento de Tiempo compensatorio.*

2.2.5.2 *Procesos de Mantenimiento y Soporte a la Institución.*

2.2.5.2.1 *Mantenimiento de Instalaciones y Equipo*

Consiste en realizar la planificación anual del trabajo de mantenimiento a la infraestructura y equipo con el fin de prevenir el deterioro del mismo o fallas debido al constante uso.

Conlleva los siguientes subprocesos:

- *Ornato, Limpieza y Aseo*
- *Mantenimiento Preventivo de Instalaciones y Equipo.*
- *Mantenimiento Correctivo de Instalaciones y Equipo.*

2.2.5.2.2 *Mantenimiento Vehicular:*

Consiste en dar mantenimiento a todas las unidades vehiculares pertenecientes a la Institución con el fin de que se encuentren en óptimas condiciones. Conlleva los siguientes sub-procesos:

- *Mantenimiento Preventivo de Vehículos*
- *Mantenimiento Correctivo de Vehículos*



2.2.5.2.3 Soporte Informático

Priorizar y atender en forma oportuna las inconsistencias presentadas en los sistemas informáticos; conlleva los siguientes sub-procesos:

- *Mantenimiento Preventivo programado*
- *Asistencia Remota o Presencial.*

2.2.5.2.4 Seguridad y Vigilancia.

Es el proceso de monitoreo de personas, objetos o procesos dentro del Centro, para garantizar el cumplimiento de las normas de seguridad y resguardo de las personas y bienes que ahí se encuentran.

Este proceso posee varios subproceso los cuales son:

- **Orientación y Control a personas que ingresan a la Institución.:** *Consiste en la orientación e información que se les brinda a las personas que ingresan al centro.*
- **Registro de Novedad o Hallazgo Relevante:**

Consiste en el resguardo de la Institución y los bienes muebles e inmuebles que en ella se encuentre y la adecuada notificación de cualquier anomalía observada. Este subproceso posee las siguientes actividades principales:

- ❖ *Registrar novedades que ocurran en la institución en Libro de Novedades*
- ❖ *Elaborar el reporte de actividades diarias*
- ❖ *Identificar hallazgos relevantes en reporte de actividades diarias*
- ❖ *Realizar informe de hallazgos*
- ❖ *Enviar a dirección reporte de Hallazgos*
- **Retiro e Ingreso de Equipo o Material:**

Consiste en llevar el registro y control de los ingresos o retiros de equipo o material en la institución, con el objetivo de proteger los bienes o materiales que el CRIO posee, y de controlar el ingreso de las nuevas adjudicaciones este subproceso posee las principales actividades:

- ❖ *Recepción del formulario de Salida o Ingreso con la respectiva autorización de la Dirección del Centro*
- ❖ *Identificar el bien o material a retirar o ingresar*
- ❖ *Autorización de salida o ingreso*



- ❖ *Registrar hora y fecha de la salida o ingreso*
- ❖ *Elaborar informe de Salidas/Ingresos*
- **Registro de Salida de Personal con Misión Oficial y Permisos Personales:** *consiste en llevar el control de los permisos del personal del CRIO con misión oficial o permisos de carácter personal.*

2.2.5.3 Gestión de Talento Humano.

2.2.5.3.1 Contratación y Selección del personal

En este proceso conlleva las acciones para la gestión de la solicitud, selección, inducción, evaluación de periodo de prueba y gestión de contratación del nuevo personal de la Institución, respondiendo siempre a las necesidades de la misma. Contiene los siguientes Sub- procesos:

- ❖ *Solicitud de Contratación de personal en plazas vacantes.*
- ❖ *Gestión de nuevas plazas.*
- ❖ *Selección del personal*
- ❖ *Incorporación e Inducción.*
- ❖ *Evaluación de Periodo de Prueba de plaza Interina.*
- ❖ *Gestión de contrato de plaza en propiedad.*

2.2.5.3.2 Capacitación del personal

Consiste en realizar la respectiva solicitud de capacitaciones sugeridas por el CRIO al ISRI para que este realice el plan anual de capacitaciones en el cual se establecen cuantas capacitaciones se impartirán en el año según el consenso de todas las necesidades de las diferentes dependencias. Además de las capacitaciones internas coordinadas y llevadas a cabo únicamente por el CRIO. La realización de este proceso conlleva los siguientes subprocesos:

- ❖ *Selección de temas de Interés.*
- ❖ *Capacitaciones Internas.*
- ❖ *Capacitaciones Externas.*



2.2.5.3.3 *Sistemas de Incentivos del personal*

Consiste en llevar a cabo los sistemas de los incentivos para el personal tanto por la evaluación de su desempeño como por su antigüedad. Este proceso conlleva los siguientes dos subprocesos:

- ❖ *Sistema de Incentivos Por Antigüedad*
- ❖ *Sistema Por evaluación al Desempeño*

2.2.5.3.4 *Administración de Sueldos y Salarios*

En este proceso solo se realiza un control de las Planillas con el envío de la información requerida de los empleados al ISRI para su elaboración. Este proceso solo lleva un subproceso denominado:

- ❖ *Control de Planillas.*

2.2.5.4 *Procesos de Rehabilitación Integral*

2.2.5.4.1 *Ingresar Usuarios*

El ingreso de los usuarios está diseñado para determinar el tipo de discapacidad, complejidad y pronóstico de acuerdo a los criterios de priorización de discapacidad: aguda, sub aguda y crónica y así como también conocer los aspectos sociales y culturales en que el usuario, se desarrolla facilitando la información necesaria para obtener mejores logros, en cuanto a su funcionamiento y adaptación en la sociedad en la que convive ya que nos permite evidenciar capacidades, normas de conducta, expectativas, herramientas, entorno físico y humano.

La intervención de ingreso tomara la información de diferentes fuentes para plantear los objetivos de rehabilitación: Entrevistas con usuarios y otros actores, observación, evaluación física - funcional, aplicación de instrumentos de evaluación cuando el caso lo amerite y análisis del entorno. Este proceso conlleva los siguientes sub-procesos:

- ❖ *Recepción y toma de Datos*
- ❖ *Ingreso a Servicios Médicos*
- ❖ *Ingreso a Servicios Terapéuticos.*



2.2.5.4.2 *Intervenir Usuarios*

La atención en las diferentes áreas de rehabilitación se brindará de acuerdo al plan específico establecido en su ingreso basándose en los lineamientos, Guías de Atención y otros definidos por el CRIO; Se trabajara en equipo para la atención de los usuarios de acuerdo a las necesidades individuales; Estos equipos estarán integrados por profesionales de diferentes disciplinas como: Médicos, Terapistas Físicas, Ocupacionales, Educativas, de Lenguaje, Trabajo Social, Psicólogo, usuario y su familia o responsable.

El número de integrantes del equipo, y la característica del mismo dependerá de la complejidad de la discapacidad del usuario pudiendo ser inter/multidisciplinario su atención. Este proceso de intervención podrá conllevar si lo amerita el usuario los siguientes Subprocesos:

- **Intervención en servicios Médicos**

Tiene entre sus principales acciones las siguientes:

- ❖ *Evaluación de seguimiento de los avances en el proceso de rehabilitación de acuerdo al tipo de discapacidad y complejidad.*
- ❖ *Integrar los equipos interdisciplinarios para la atención de problemas complejos que se presentan en el proceso de rehabilitación.*
- ❖ *Identificación y prescripción de las ayudas técnicas necesarias para su rehabilitación.*
- ❖ *Manejo farmacológico y referencias de acuerdo a cada caso.*

- **Intervención en servicios Terapéuticos**

Este subproceso consiste en la Evaluación y aplicación de los planes de rehabilitación definido al ingreso, con el equipo conformado de acuerdo a las necesidades individuales y con la participación activa del usuario, familia/responsables. En las diferentes áreas como Terapia de Lenguaje, Terapia Educativa, Terapia Física y Ocupacional. Así como cumplir con el objetivo propuestos a través de los siguientes programas Musculo esquelético, Neurológico, Reumatológico de manera individual y grupal.



- **Intervención en servicios Psicológicos.**

Tiene entre sus principales acciones las siguientes:

- ❖ Psicoterapia para casos especiales en los cuales se determine que el usuario y/o familia lo requieren.
- ❖ Dinámica Familiar, para evaluar el tipo de comunicación o relación afectiva que existe entre ellos, la aceptación o adaptación a la discapacidad de forma individual o grupal.
- ❖ Elaborar y Conducir el Programas para Familiares o Responsables de primera vez
- ❖ Atención en crisis
- ❖ *Conducir el Programa Educativo a usuarios, padres y/o responsables de acuerdo a temas de interés con la intención de conocer sobre discapacidad y el rol de la familia en el proceso de rehabilitación.*
- ❖ *Programas de Acompañamiento, Orientación, Motivación de manera individual en los casos que estos sea requeridos con el fin de prepararlos en el proceso de egreso orientando a los planes de hogar.*

- **Intervención en Trabajo Social**

Tiene entre sus principales acciones las siguientes:

- ❖ *Promoción de los servicios Institucionales.*
- ❖ *Estudio socio familiar*
- ❖ *Actualización del inventario de apoyo social al usuario y su familia.*
- ❖ *Establecer los contactos para la red de apoyo social*
- ❖ *Acciones de Inclusión a nivel: Educativa, Laboral y social según el caso.*

2.2.5.4.3 Egresar Usuarios

El objetivo de este subproceso es valorar los resultados obtenidos al finalizar el proceso de rehabilitación en el Centro, o valorar el egreso por otras circunstancias como incumplimiento del usuario o solicitud de este de acuerdo a las necesidades podrá evaluarse por el terapeuta, medico,



equipo de trabajo, equipos inter/multidisciplinarios. Este proceso según el caso conlleva los siguientes subprocesos:

❖ **Egreso por solicitud de Usuario**

Se da cuando a solicitud del usuario, responsable y/o encargado se pide el egreso de la institución.

❖ **Egreso por cumplimiento de plan de Rehabilitación**

Este tipo de Egreso se podrá dar por las siguientes circunstancias que se haya logrado el cumplimiento de los objetivos y metas planteados; Haber cumplido los planes de rehabilitación y que a criterio técnico haya alcanzado su máximo funcional esto quiere decir se le haya brindado todo lo necesario para su proceso de rehabilitación en las diferentes áreas de atención en relación con el tiempo y frecuencia de atención.

❖ **Egreso por Incumplimiento del Usuario**

Este Egreso se da por las siguientes situaciones: La falta o poca participación del responsable y/o encargado en el proceso de rehabilitación o el incumplimiento del usuario en su plan de rehabilitación y su inasistencia prolongada del usuario a su tratamiento de rehabilitación.

2.2.5.5 Proceso de Rehabilitación de Base Comunitaria.

2.2.5.5.1 Rehabilitación Base Comunitaria

Constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. OIT, UNESCO, OMS 1994.

Comprende todas aquellas medidas que se aplican sobre la comunidad, discapacitados, sus familias y toda la organización social, para crear y desarrollar sus propios sistemas de Rehabilitación e integración.

En donde la integración debe ser vista como la plena participación de la persona con discapacidad y su familia en las principales actividades de la vida comunitaria, para concretar esto, es necesario



proveer a la persona con discapacidad de la Rehabilitación adecuada y eliminar todos aquellos aspectos del medio que acentúan o constituyan un impedimento.

El concepto de RBC está íntimamente relacionado con el de atención primaria de salud y tiene tres aspectos fundamentales.

- 1- Centra su atención del trabajo en la comunidad
- 2- Utiliza tecnología sencilla para la rehabilitación
- 3- Utiliza los sistemas públicos de servicio,-salud, educación, trabajo y otros.

Este proceso conlleva los siguientes sub- procesos:

- ❖ *Establecimiento de Red de apoyo de la Comunidad*
- ❖ *Diagnóstico de la situación de la Comunidad*
- ❖ *Sensibilización y capacitación de la Comunidad.*
- ❖ *Control y Seguimiento a Comunidad.*

2.2.5.6 Proceso de Evaluación y Certificación de Discapacidad.

2.2.5.6.1 Servicio de Certificación de Discapacidad

Para cumplir con el mandato establecido en la Ley de Equiparación de Oportunidades y siendo el ISRI, la única Institución Pública dedicada a la rehabilitación de este sector, es que se hace necesario contribuir con el proceso de inclusión social, por lo que actualmente se cuenta con el Centro de Rehabilitación Profesional que permite brindar servicios de evaluación, formación e inclusión laboral, este último ha permitido establecer una coordinación estrecha con empresas, Instituciones empleadoras y Organismos Intencionales.

En el marco de la ley y de su reglamento existe un proceso ya definido de evaluación, certificación y calificación de la discapacidad, autorizando a diferentes organismos para efectuarlo uno de ellos es la Unidad Calificadora del ISRI, a la cual se responsabiliza de la atención a personas con discapacidad no cubiertas con régimen previsional, la cual se encuentra localizada en San Salvador.



Con el propósito de brindar una atención integral a las personas con discapacidad el ISRI se amplió la cobertura de los servicios que brinda la Unidad Calificadora del ISRI a las regiones Oriental y Occidental del país, y el CRIO es el responsable de realizar la evaluación, certificación y calificación de la discapacidad de las personas no cubiertas por otro régimen previsional y que residan en la zona occidental del país.

Algunas de las actividades que se realizan en este proceso son:

- *Programación de Usuario para certificación de discapacidad.*
- *Evaluación de la discapacidad.*
- *Elaboración de la Certificación.*
- *Autorización de la Certificación de Discapacidad.*

2.2.5.7 Gestión Gerencial (Gestión de Planeación, Calidad y Desarrollo Institucional)

2.2.5.7.1 Dirección Estratégico

En este proceso se definen los instrumentos con los cuales se establecen los logros esperados y los indicadores a controlar, los enfoques, y demás áreas importantes que tengan concordancia con la misión, la visión, y los objetivos establecidos.

Este proceso conlleva los siguientes sub- procesos:

- ❖ *Gestión del Plan Anual Operativo*
- ❖ *Gestión de los planes de trabajo anuales por área.*

2.2.5.7.2 Garantía de la Medición, Análisis y Mejora Continua.

Este proceso aplica desde la evaluación de los indicadores institucionales hasta el tratamiento y evaluación de la eficacia de los planes de mejora. Estableciendo los procedimientos necesarios para medir el desempeño de la institución y tomar acciones que contribuyan a la mejora continua de la institución.

Este proceso conlleva los siguientes sub-procesos:

- ❖ *Monitoreo periódicos de Indicadores Institucionales*
- ❖ *Medición y Análisis de Resultados.*



- ❖ *Toma de medidas correctivas y retroalimentación.*
- ❖ *Gestión de comités de Apoyo a la Dirección.*

2.2.5.7.3 Comunicación y Promoción

Este proceso consiste en dar a conocer las actividades y los servicios que realiza el centro para el conocimiento de la población en general y de los usuarios además de gestionar la comunicación de los distintos grupos de interés como sonrisas Down y muchas otros más.

Este proceso conlleva los siguientes sub-procesos:

- ❖ *Gestión para la conformación de Grupos de Interés.*
- ❖ *Monitoreo de Grupos de Interés*
- ❖ *Difusión de las Actividades mensuales del centro.*

2.2.5.8 Gestión de Sistemas de Información para la Toma de Decisiones.

2.2.5.8.1 Gestión del UTEC

El sistema de control de la gestión técnica está destinado a ayudar a los distintos niveles de decisión a coordinar las acciones, a fin de alcanzar los objetivos institucionales fijados a distintos plazos, lo que hace necesario conocer situaciones particulares del funcionamiento de la organización en un momento determinado que permitan tomar decisiones basados en información confiable y oportuna.

Sobre la medición de los resultados, se realizara determinando el rendimiento individual, por área y programa. Teniendo como criterio: las atenciones brindadas y no en las sesiones realizadas. Esto permitirá el establecer metas relacionadas a la capacidad instalada y el Recurso Humano, una valoración adecuada entre los resultados y lo planificado. Así como información adicional sobre la utilización del recurso.

2.2.5.8.2 Gestión del EPI

La administración de este programa permite el estudio epidemiológico de la distribución y determinantes de la discapacidad en la población que se atiende en el CRIO, proporcionando además datos estadísticos que permitan el análisis de algunas variables que caracterizan a esta población e indicadores complementarios de gestión en los Centros de atención.



2.2.5.8.3 *Gestión del PERC*

La administración del PERC es una herramienta que permite la distribución de requisiciones generadas en el centro, mediante el cual se establecen los costos generados del mismo.

2.2.6 *Posicionamiento y Selección de Procesos Claves.*

2.2.6.1 *Posicionamiento de Procesos:*

Todos los procesos que realiza el CRIO en el desarrollo de su misión pueden clasificarse dentro de tres categorías.

1. Procesos Clave u Operativos.
2. Procesos de Apoyo.
3. Procesos Estratégicos

Y los clasificaremos usando la técnica del **Panel de expertos** que consistió en las siguientes fases:

Constitución y formación del grupo de trabajo.

El equipo de trabajo fue formado por un número de 6 personas de las distintas jefaturas y dependencias especialmente miembros de la Institución que conocen los procesos que se gestionan en la misma este grupo estaba liderado por la Dirección del CRIO.

Formación del grupo de trabajo.

Una vez constituido el grupo se facilitó una formación básica en aquellos aspectos necesarios para la realización de su mapa de procesos, tan básicos como la definición de procesos hasta aspectos más amplios de la gestión por procesos. Esta específicamente fue impartida por la Sub-Secretaria de Gobernabilidad y Modernización del Estado a todo el grupo de trabajo.

Elaboración del mapa de procesos

Para elaborar el mapa de procesos se seguirá una metodología sencilla la cual consistió en los siguientes pasos:



1. Listar el conjunto de criterios sobre los cuales se basara la clasificación de los procesos:

La siguiente lista se compone de los criterios que se tomaran de base para la clasificación de los procesos:

- ***Impacto en la satisfacción del cliente.***

Este criterio se refiere a los procesos en los cuales existe una relación directa con el cliente o usuario del CRIO, por lo cual son los procesos que exponen directamente la imagen del CRIO y por lo tanto un buen desarrollo de estos es significativamente importante para contribuir a una favorable percepción por parte de los clientes.

- ***Impacto en la prestación del servicio.***

Son aquellos que se caracterizan por dar como resultado un servicio o producto que predominantemente está destinado al cliente/usuario externo y a requisitos; (se entiende como usuario externo, aquellos usuarios que no pertenecen ni a la unidad que ejecuta los procesos, ni tampoco pertenecen a la organización). Como consecuencia, su resultado es percibido directamente por el cliente/usuario.

- ***Impacto estratégico.***

Este criterio se refiere al grado de implicación que puede llegar a tener un proceso en la definición de cómo opera la organización y la definición de directrices, límites de actuación para el resto de los procesos.

- ***Influencia de la alta directiva.***

Este Criterio mide el grado de participación que tiene la Alta directiva en el proceso.

- ***Grado de influencia.***

Este criterio se refiere al grado de implicación de un proceso para organizar, proveer y coordinar los recursos de los demás procesos es decir el grado de apoyo que da a los demás procesos y gestionan recursos que facilitan los anteriores.



- ***El grado de relación con los recursos.***

Estos procesos están básicamente relacionados con cuatro grandes grupos de recursos: personas, instalaciones, financiación y documentación.

2. Definición del sistema de puntuación.

El sistema de puntuación propuesto, se utiliza de la siguiente forma: Cada criterio técnico anteriormente descrito se evaluara según cada factor propuesto en la tabla siguiente, cada factor determina o prioriza la relación del criterio, si el criterio tiene una relación fuerte con el proceso, Moderada o Débil; cuando se ha seleccionado el factor para cada criterio, se asigna una calificación para cada criterio específico, según lo muestra la tabla siguiente:

Tabla 10 - Tabla de Ponderacion para Seleccin de Procesos

| TABLA DE PONDERACIÓN | |
|----------------------|-------------------|
| PUNTUACIÓN | FACTOR |
| 5 | RELACIÓN FUERTE |
| 3 | RELACIÓN MODERADA |
| 1 | RELACIÓN DEBIL |

3. Puntuar los criterios de forma personal y regístralos en un formato (tabla).

Para la realización de este paso se necesita la colaboración de las personas claves las cuales han sido seleccionadas para participar de la técnica panel de expertos, debido a su experiencia y conocimientos necesarios para el posicionamiento de los procesos, a continuación se muestra la lista de los participantes:

Tabla 11 - Formato Participantes Panel de Expertos

| PARTICIPANTES DEL PANEL DE EXPERTOS | |
|-------------------------------------|---------|
| CARGO. | NOMBRE. |
| | |
| | |



La participación de las personas anteriormente mencionadas consistirá en determinar la relación de cada proceso con cada uno de los criterios técnicos en base a la escala de calificación propuesta, esto se registrara en el siguiente formato en el cual escribirán la calificación concerniente a la relación de cada proceso con cada criterio, este formato se muestra a continuación:



Tabla 12 - Matriz de Calificación de Procesos Claves

| PROCESO | CATEGORIA A | CATEGORIA B | CATEGORIA C |
|---------|---|----------------------------------|--|
| | IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE. | IMPACTO ESTRATEGICO. | GRADO DE INFLUENCIA. |
| | IMPACTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. | INFLUENCIA DE LA ALTA DIRECTIVA. | EL GRADO DE RELACION CON LOS RECURSOS. |
| | RESULTADO | RESULTADO | RESULTADO |
| | IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE. | IMPACTO ESTRATEGICO. | GRADO DE INFLUENCIA. |
| | IMPACTO EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO. | INFLUENCIA DE LA ALTA DIRECTIVA. | EL GRADO DE RELACION CON LOS RECURSOS. |
| | RESULTADO | RESULTADO | RESULTADO |



Las indicaciones para llenar el formato anterior son las siguientes:

Para cada Proceso se determinara la relación existen con los 6 criterios seleccionados calificando la relación que cada criterio tiene con el proceso analizado calificando el proceso considere según su relación con el criterio a evaluar usando la calificación del 1, 3 y 5, siendo el 5 para una relación fuerte con el criterio, 3 para una relación moderada y 1 para una relación débil. . Esta calificación se registrara a la par de cada criterio analizado por proceso.

4. Determinar los valores cuantitativos para la toma de decisión y determinar el posicionamiento o clasificación de los procesos.

Cuando se ha registrado la calificación de todos los participantes, en el formato correspondiente, se suman las puntuaciones otorgadas a cada proceso por cada categoría de Criterios, por cada participante. Con estos datos se verifica por cada proceso la puntuación más alta por categoría y se determina según su puntuación la categoría a la que pertenece cada proceso según cada participante las cuales pueden.

Tabla 13 - Categorías de Clasificación de los Procesos

| CATEGORÍA | CLASIFICACIÓN |
|-----------|-----------------------|
| A | PROCESOS CLAVES |
| B | PROCESOS ESTRATEGICOS |
| C | PROCESOS DE APOYO |

Luego se registrara la frecuencia de cada proceso por cada categoría en el siguiente formato y se determinara la clasificación por cada proceso evaluado:



Tabla 14- Tabla de Resultados de Evaluación del Jurado

| PROCESO | EXPERTO | CATEGORIA A | CATEGORIA B | CATEGORIA C |
|---------------------------|---------|-------------|-------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| FRECUENCIA : | | | | |
| CLASIFICACIÓN SEGÚN MAYOR | | | | |
| FRECUENCIA: | | | | |

TABLA DE RESULTADOS:

Tabla 15 - Tabla de Resultados

| PARTICIPANTES DEL PANEL DE EXPERTOS | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| CARGO. | NOMBRE. |
| Administrador | Lic. Iván García |
| Jefe de Terapia | TF Sandra de Sandoval |
| T.F. Evila de Calderón | Coordinadora de SANA |
| Psicóloga | Lic. Bessy de Molina |
| Terapeuta física | Lic. Eva Lilian González Fuentes |
| Directora de Centro | Dra. Marjorie Fortín |

A continuación se muestra la tabla que contiene el resultado de la aplicación de la técnica Panel de Expertos, con lo cual se determinó la clasificación de los procesos para la elaboración del mapa de procesos:



Tabla 16 - Resultados del Panel de Experto

| MACRO PROCESO | EXPERTO | CATEGORIA A | CATEGORIA B | CATEGORIA C |
|---------------------------------------|---------|-------------------|-------------|-------------|
| PROCESOS ADMINISTRATIVOS | 1. | - | - | X |
| | 2. | - | - | X |
| | 3. | - | - | X |
| | 4. | - | - | X |
| | 5. | - | - | X |
| | 6. | - | - | X |
| FRECUENCIA : | | 0 | 0 | 6 |
| CLASIFICACIÓN SEGÚN MAYOR FRECUENCIA: | | PROCESOS DE APOYO | | |

Tabla 17 - Resultado Evaluación Proceso Mantenimiento y Soporte

| MACRO PROCESO | EXPERTO | CATEGORIA A | CATEGORIA B | CATEGORIA C |
|---------------------------------------|---------|-------------------|-------------|-------------|
| PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE. | 1. | - | - | X |
| | 2. | - | - | X |
| | 3. | - | - | X |
| | 4. | - | - | X |
| | 5. | - | - | X |
| | 6. | - | - | X |
| FRECUENCIA : | | 0 | 0 | 6 |
| CLASIFICACIÓN SEGÚN MAYOR FRECUENCIA: | | PROCESOS DE APOYO | | |



Tabla 18 - Resultado Evaluación Proceso Gestión de Talento Humano

| MACRO PROCESO | EXPERTO | CATEGORIA A | CATEGORIA B | CATEGORIA C |
|---------------------------------------|---------|-------------------|-------------|-------------|
| GESTION DE TALENTO HUMANO | 1. | - | - | X |
| | 2. | - | X | |
| | 3. | - | - | X |
| | 4. | - | - | X |
| | 5. | - | - | X |
| | 6. | - | - | X |
| FRECUENCIA : | | 0 | 1 | 5 |
| CLASIFICACIÓN SEGÚN MAYOR FRECUENCIA: | | PROCESOS DE APOYO | | |

Tabla 19 - Resultado Evaluación Proceso de Rehabilitación Integral

| MACRO PROCESO | EXPERTO | CATEGORIA A | CATEGORIA B | CATEGORIA C |
|---------------------------------------|---------|-----------------|-------------|-------------|
| PROCESOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL | 1. | x | - | - |
| | 2. | x | - | - |
| | 3. | x | - | - |
| | 4. | x | - | - |
| | 5. | x | - | - |
| | 6. | x | - | - |
| FRECUENCIA : | | 6 | 0 | 0 |
| CLASIFICACIÓN SEGÚN MAYOR FRECUENCIA: | | PROCESOS CLAVES | | |



Tabla 20 - Resultado Evaluación Proceso de Rehabilitación Base Comunitaria

| MACRO PROCESO | EXPERTO | CATEGORIA A | CATEGORIA B | CATEGORIA C |
|---|---------|-------------|-----------------|-------------|
| PROCESO DE REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA | 1. | x | - | - |
| | 2. | x | - | - |
| | 3. | x | - | - |
| | 4. | x | - | - |
| | 5. | x | - | - |
| | 6. | x | - | - |
| FRECUENCIA : | | 6 | 0 | 0 |
| CLASIFICACIÓN SEGÚN MAYOR FRECUENCIA: | | | PROCESOS CLAVES | |

Tabla 21 - Resultado Evaluación Proceso de Evaluación y Certificación de Discapacidad

| MACRO PROCESO | EXPERTO | CATEGORIA A | CATEGORIA B | CATEGORIA C |
|--|---------|-------------|-----------------|-------------|
| PROCESO DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. | 1. | x | - | - |
| | 2. | x | - | - |
| | 3. | x | - | - |
| | 4. | x | - | - |
| | 5. | x | - | - |
| | 6. | x | - | - |
| FRECUENCIA : | | 6 | 0 | 0 |
| CLASIFICACIÓN SEGÚN MAYOR FRECUENCIA: | | | PROCESOS CLAVES | |



Tabla 22 - Resultado Evaluación de Proceso de Gestión Gerencial

| MACRO PROCESO | EXPERTO | CATEGORIA A | CATEGORIA B | CATEGORIA C |
|--|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| GESTION GERENCIAL (GESTION DE PLANEACIÓN,CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL) | 1. | - | X | - |
| | 2. | - | X | - |
| | 3. | - | X | - |
| | 4. | - | X | - |
| | 5. | - | X | - |
| | 6. | - | - | - |
| FRECUENCIA : | | 0 | 5 | 0 |
| CLASIFICACIÓN SEGÚN MAYOR FRECUENCIA: | PROCESOS ESTRATEGICOS | | | |

Tabla 23 - Resultado Evaluación Proceso Gestión de Sistemas de Información para la Toma de Decisiones

| MACRO PROCESO | EXPERTO | CATEGORIA A | CATEGORIA B | CATEGORIA C |
|---|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES. | 1. | - | X | - |
| | 2. | - | X | - |
| | 3. | - | X | - |
| | 4. | - | - | X |
| | 5. | - | X | - |
| | 6. | - | X | - |
| FRECUENCIA : | | 0 | 5 | 1 |
| CLASIFICACIÓN SEGÚN MAYOR FRECUENCIA: | PROCESOS ESTRATEGICOS | | | |



Imagen 11 - Conformación de Grupo Elaboración Mapa de Procesos

A continuación se muestran los resultados obtenidos :

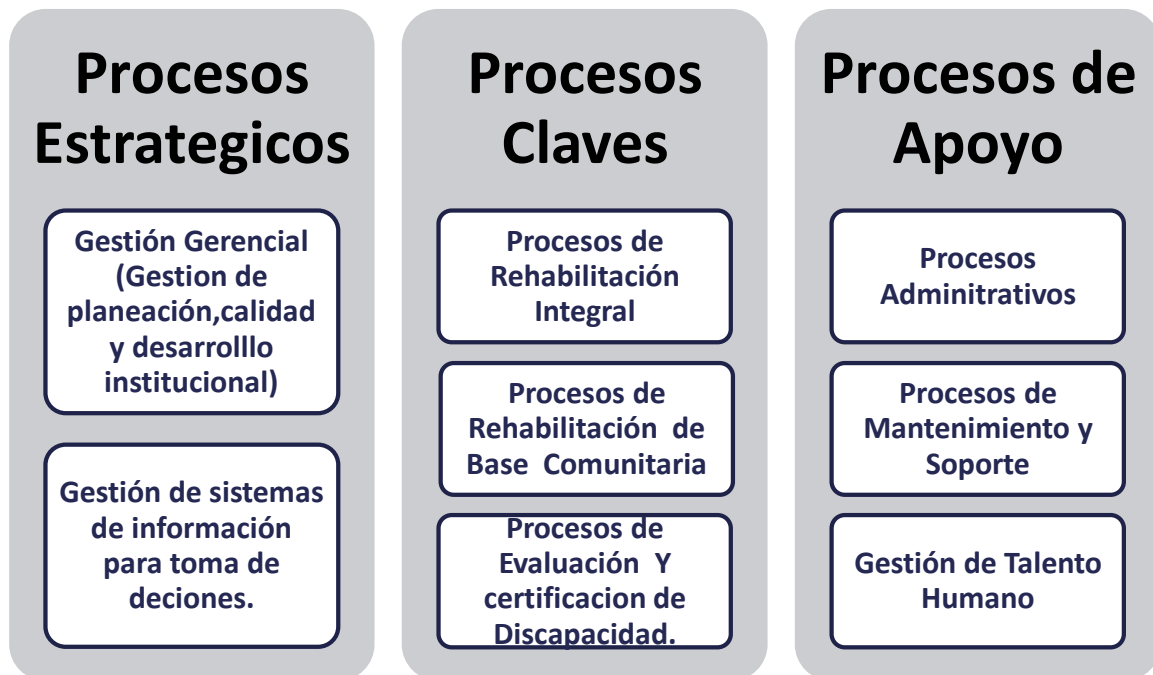


Figura 14- Clasificación de Procesos según Tipo



Se determinó que Gestión Gerencial (Gestión de planeación, calidad y desarrollo institucional) y Gestión de sistemas de información para toma de decisiones son procesos estratégicos, porque estos procesos están íntimamente ligados a la alta gerencia.

Los Procesos de Rehabilitación Integral, Procesos de Rehabilitación de Base Comunitaria y Procesos de Evaluación Y certificación de Discapacidad, son procesos claves, por la razón que tienen que ver directamente con la razón de ser del CRIO que es brindar servicios de rehabilitación integral a sus usuarios, estos procesos están íntimamente vinculados a la atención integral.

Por ultimo Procesos Administrativos, Procesos de Mantenimiento y Soporte y Gestión de Talento Humano, son procesos de apoyo por la razón que no tienen que ver con la alta gerencia, y no están ligados íntimamente con el proceso de atención pero ayudan y proporcionan los recursos necesarios para los demás procesos.

A continuación se muestra el mapa de procesos obtenido con el análisis anterior:

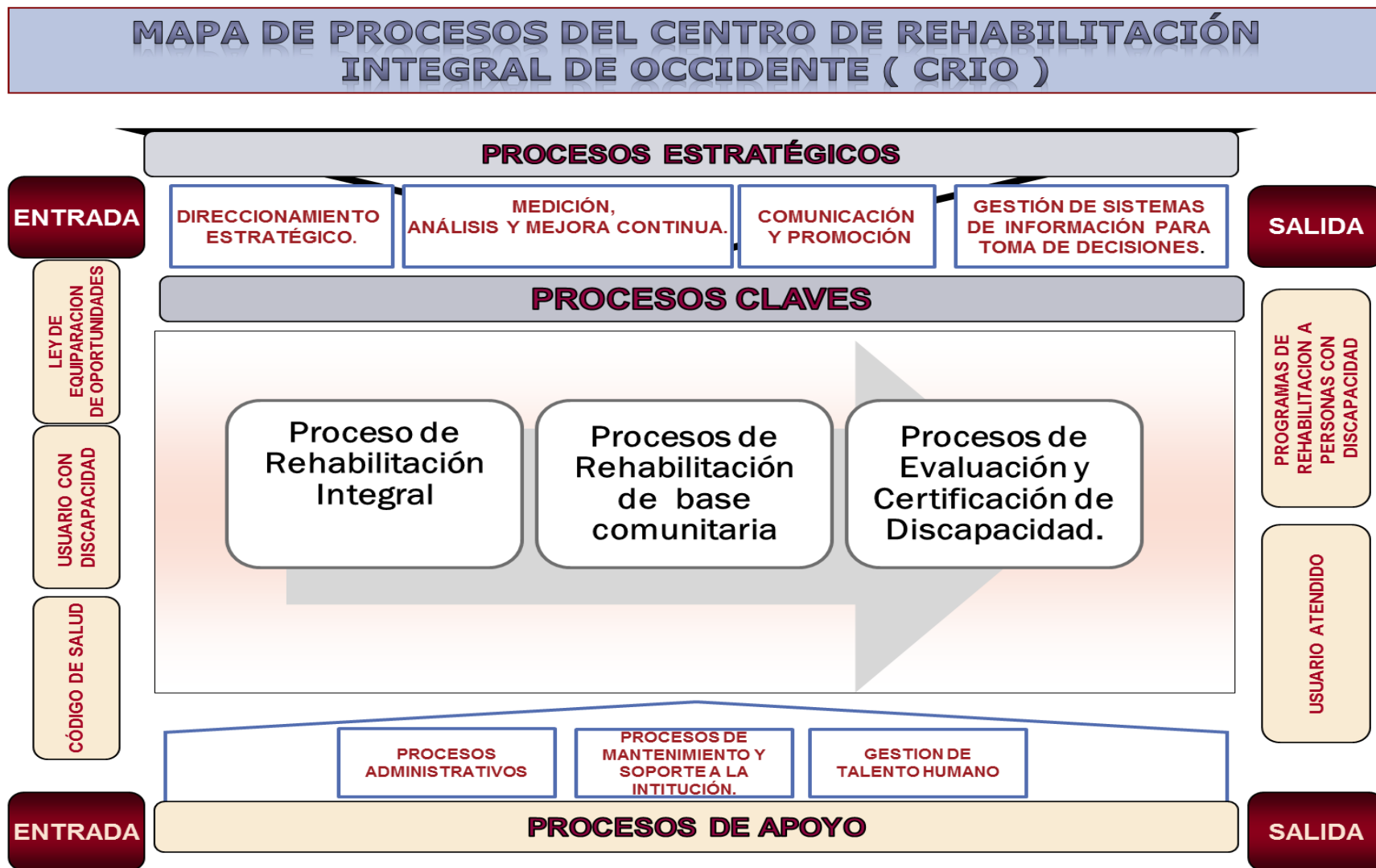


Figura 15 - Mapa de Procesos CRIO

2.2.7 Selección de Procesos Críticos:

No todos los procesos identificados pueden ser estudiados al mismo tiempo, por lo cual es necesario priorizar y concentrar esfuerzos en los más críticos para mejorarlos. Para ello la Selección de Procesos pretende identificar, entre todos los procesos relacionados en el Mapa de Procesos, cuáles son aquellos especialmente críticos para que el centro alcance sus objetivos.

Estos procesos llamados críticos pueden ser aquellos que:

- Tienen una significativa correlación con alguno de los objetivos o directrices definidas en la Visión del centro.
- Se encuentran en una situación desordenada o desestructurada, y es urgente Sistematizar su aplicación.
- Los resultados de su evaluación se encuentran por debajo de los límites de Control previamente definidos por el centro.

Conviene aclarar que, obviamente, la consideración de un proceso como CRÍTICO obedece a un factor temporal, puesto que su clasificación como tal irá siempre supeditada a los objetivos estratégicos del centro, y las directrices marcadas por su visión.

La siguiente figura pretende mostrar el esquema lógico seguido para el posicionamiento y selección de los procesos críticos a analizar y mejorar.



Figura 16 - Esquema Logico para el posicionamiento y seleccion de procesos

2.2.7.1 Metodología para la Selección de los Procesos Críticos

Luego de haber identificado y clasificado los procesos que se desarrollan en el CRIO, se procederá a realizar una priorización con el objetivo de determinar los procesos que tienen mayor incidencia en el desempeño del Centro, y por consiguiente realizar el análisis respectivo para la búsqueda de posibles puntos de mejora que permitan diseñar una solución enmarcada en la Gestión por Procesos y que contribuya a mejorar la operatividad del CRIO.

Para la selección de los procesos críticos del centro a analizar se siguió las siguientes fases descritas y desarrolladas a continuación:

◆ DEFINICIÓN DE CRITERIOS

Con la información recolectada durante las visitas realizadas al CRIO y entrevistas con la Dirección acerca del entorno y la gestión del centro, se procedió a formular una serie de preguntas, las cuales se tomaron como punto de partida para el establecimiento de criterios que ayudarían a la priorización de los procesos.

La formación de criterios fue fundamentada en preguntas simples acerca de la consecución y la Interrelación existente entre los procesos, servicios, usuarios (internos y externos). Estas preguntas fueron efectuadas entre el grupo de trabajo de tesis y la Dirección.

A continuación se presentan las interrogantes que se sirvieron de insumo para el establecimiento de los criterios:

- *¿Cuál es el propósito de la existencia del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente?*

El Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, CRIO como entidad del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, brinda servicios de rehabilitación de acuerdo a las necesidades individuales de la población con discapacidades físicas, intelectuales, sensoriales, mixtas y todas aquellas psicológicas derivadas de una discapacidad, en las áreas de Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje,



Terapia Educativa, Terapia Sensorial, Educación Física Adaptada, Consulta Médica Especializada y Psicología, así como otros servicios , Enfermería y Trabajo Social.

Lo anterior está implícito en la misión institucional la cual es la siguiente:

“Somos la Institución pública autónoma cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario y su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social”

Por lo cual es importante que los procesos que se llevan en el CRIO tengan un alto grado de relación a la misión de la institución

- ***¿Para qué tipos de personas trabaja el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente?***

El CRIO atiende a personas con discapacidad que requieren servicios de rehabilitación, son los usuarios del centro con sus experiencias al hacer uso de algún servicio que exponen directamente la imagen del CRIO y por lo tanto un buen desarrollo de estos es significativamente importante para contribuir a una favorable percepción por parte de los usuarios. Las experiencias que puede tener un usuario pueden llegar a afectar de forma positiva o negativa la imagen de la institución, tomando en cuenta que toda persona que trabaja dentro del Centro y entra en contacto directo con el usuario, aparece identificada como si fuera la Institución misma es por eso que brindar un buen servicio no alcanza, si el usuario no lo percibe.

Lo anterior está implícito en la Visión institucional la cual es la siguiente:

“Ser una institución en servicios de rehabilitación integral para personas con discapacidad, reconocida por su excelencia a nivel nacional e internacional”

Por lo cual se refleja la importancia de los procesos en los cuales existe una relación directa con el cliente o usuario ya que exponen directamente la imagen del CRIO.

- *¿Cuál es elemento o actividad principal con el que cuenta el CRIO a la cual están asignado la mayor parte de recursos con los que dispone?*

Ya que la naturaleza de ser del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente es ser una institución que ofrece servicios de rehabilitación a personas con discapacidad donde el usuario es el protagonista principal y el elemento más importante que interviene en la razón de ser son los servicios de rehabilitación, inclusión social y equiparación de oportunidades los que requieren mantener la mayor parte de recursos disponibles del centro: personal, instalaciones, financiación y documentación; estas actividades principalmente conllevan al cumplimiento de las expectativas del cliente.

¿Actualmente cuáles son los ejes estratégicos que rigen el accionar del centro y determinan su prioridad institucional?

Los ejes principales que rigen el accionar del centro están determinados por sus principales objetivos estratégicos:

- Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas físicas, intelectuales, sensoriales, psicológicas y mixtas.*
- Promover y desarrollar programas de orientación, capacitación vocacional e inserción productiva para personas con discapacidad.*
- Intervenir tempranamente las discapacidades en las diferentes áreas de atención del Instituto.*
- Promover la equiparación de oportunidades para la plena participación social de las personas con discapacidad.*

Lo anterior está implícito en la prioridad institucional la cual es la siguiente:

“Brindar servicios de consulta médica y de rehabilitación a personas con discapacidad: física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta”

Por lo cual se refleja la alta incidencia de algunos procesos que si se dejasen de hacerse pondrían en mayor medida poner en riesgo la realización de los objetivos y el cumplimiento de su prioridad institucional.

Las preguntas anteriores se realizaron con el objetivo de identificar los criterios idóneos que permitan priorizar de mejor manera. A partir de las respuestas a dichas preguntas se definieron los criterios a ser utilizados en la priorización de los procesos

Los criterios que se utilizaron para la selección de los procesos fueron definidos de la siguiente manera:

- | |
|---|
| 1. Alcance: <i>Procesos Institucionales directamente ligados al cumplimiento de la misión.</i> |
| 2. Participación: <i>Proceso que demanda mayor recurso humano</i> |
| 3. Impacto Institucional: <i>Procesos orientados a la atención de usuarios, mediante el cual se expone la imagen de la institución.</i> |
| 4. Impacto Estratégico: <i>Procesos que poseen una alta incidencia de poner en riesgo la realización de los objetivos y la razón de ser de la institución si dejasen de hacerse.</i> |

Los criterios definidos para la selección de los procesos, toman de base el impacto estratégico (la relación directa a la razón de ser de la institución), la participación del personal, la satisfacción del cliente y la incidencia en el riesgo institucional.

◆ PRIORIZACIÓN DE PROCESOS.

Para la priorización de los procesos se hizo uso de la aplicación del método de criterio analítico.

El método del criterio analítico será aplicado con el fin de obtener una evaluación de todos los Procesos para obtener los procesos medulares que se desarrollan en el Centro de Rehabilitación Integral de occidente, auxiliándose también de la técnica de Pareto.



Para lo cual se llevaron a cabo los siguientes pasos:

1. Determinar las opciones a evaluar.

Los grandes procesos (Macro - procesos) a evaluar son los siguientes:

Tabla 24 - Definición de Macro Procesos CRIO

| MACRO-PROCESOS | |
|----------------|---|
| A. | PROCESOS ADMINISTRATIVOS |
| B. | PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN. |
| C. | PROCESOS DE GESTION DE TALENTO HUMANO. |
| D. | PROCESOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL |
| E. | PROCESOS DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA. |
| F. | PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. |
| G. | PROCESOS DE GESTIÓN GERENCIAL (GESTION DE PLANEACION,CALIDAD Y DESARROLLLO INSTITUCIONAL) |
| H. | PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES. |

El desglose de estos procesos es el siguiente:

A. PROCESOS ADMINISTRATIVOS

- ◆ *Gestión de Activo Fijo*
- ◆ *Manejo de Caja Chica.*
- ◆ *Control y Seguimiento del PAA (Plan Anual de Adquisidores)*
- ◆ *Gestión y Control de Transporte*
- ◆ *Gestión de Donaciones*
- ◆ *Administración y Control de Presupuesto*
- ◆ *Control de Asistencia y Permanencia en los lugares de Trabajo.*



B. PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN.

- ◆ *Mantenimiento de Instalaciones y Equipo*
- ◆ *Mantenimiento Vehicular*
- ◆ *Soporte informático*
- ◆ *Seguridad y Vigilancia*

C. PROCESOS DE GESTION DE TALENTO HUMANO.

- ◆ *Contratación y Selección del personal*
- ◆ *Capacitación del personal*
- ◆ *Sistemas de Incentivos del personal*
- ◆ *Administración de Suelos y Salarios*

D. PROCESOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

- ◆ *Ingresar Usuarios*
- ◆ *Intervenir Usuarios*
- ◆ *Egresar Usuarios*

E. PROCESO DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA.

- ◆ *Establecimiento de Red de apoyo de la comunidad.*

F. PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

- ◆ *Servicio de certificación de Discapacidad*

G. PROCESOS DE GESTIÓN GERENCIAL (GESTION DE PLANEACION,CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL)

- ◆ *Direccionamiento Estratégico*
- ◆ *Garantía de la Medición, Análisis y Mejora Continua.*
- ◆ *Comunicación y Promoción*

H. PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES.

- ◆ *Gestión del UTEC*
- ◆ *Gestión del EPI*
- ◆ *Gestión del PERC*

2. **Detallar los criterios que se utilizaran para la selección.**

- **ALCANCE:**

Este criterio se refiere al grado de implicación que puede llegar a tener un proceso en el *Cumplimiento de la misión del CRIO, la cual es la siguiente:*

“Somos la Institución pública autónoma cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario y su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social”.

Es decir este criterio tiene como finalidad determinar cuánto contribuye a cumplir con la misión la realización de un proceso.

- **PARTICIPACIÓN:**

Este criterio se refiere al grado de involucramiento de personal que existe en determinados procesos, este criterio tiene por finalidad evaluar la participación de personal en la realización de un proceso en específico.

- **IMPACTO ESTRATEGICO:**

Este criterio se refiere a la implicación que conlleva un determinado proceso al cumplimiento de los objetivos estratégicos y al cumplimiento de su prioridad institucional:

“Brindar servicios de consulta médica y de rehabilitación a personas con discapacidad: física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta” cuando este es realizado, al igual también las implicaciones o riesgo de no cumplir con ellos si se dejara de hacer.

Consideraciones:

“PROCESO SIN OBJETIVO”:

Concluir que, si no hay alguna buena razón o causa de fuerza mayor, deberíamos plantearnos rebajar el nivel de atención que reciben o, incluso, prescindir de dicho proceso, con lo que estaríamos liberando recursos que podrían ser dedicados a los procesos que hayamos definido como críticos.

“ OBJETIVOS SIN PROCESO”:

Concluir que, o bien nos hemos olvidado de incluir algún proceso en la lista de procesos del Centro, o bien, realmente, nos proponemos conseguir un objetivo para el que la organización no ha desarrollado todavía ningún proceso. Por tanto, habremos de reflexionar sobre la situación y decidir, en función de la visión y objetivos globales del Centro, y de los recursos de todo tipo disponibles, si hemos de desarrollar dicho proceso o, por el contrario, aplazar la consecución del objetivo.

- **IMPACTO INSTITUCIONAL:**

Este criterio se refiere a los procesos en los cuales existe una relación directa con el cliente o Usuario del centro, por lo cual son los procesos que exponen directamente la imagen del CRIO y por lo tanto un buen desarrollo de estos es significativamente importante para contribuir a una favorable percepción por parte de los usuarios.

3. Matriz tipo L para calificar la importancia de cada uno de los criterios con relación a los otros.

La asignación de la puntuación a los criterios consistió en presentar los criterios y medir la apreciación de la Dirección del CRIO y de los ejecutantes del proyecto (Grupo de tesis) tenía sobre cada criterio mediante consultas dirigidas, con el propósito de conocer por parte los la importancia que los participantes establecían a cada criterio con respecto a los otros.

Para la calificación se utilizó la siguiente escala comparativa:

1= Menos importante.

3= Igualmente importante.

5= Más importante.

10= Mucho más importante.

Esto con el fin de brindarle un valor relativo o peso distintivo a cada criterio a utilizar.

Tabla 25 - Ponderacion de Criterios para la seleccion de procesos

1= Menos importante: Esta puntuación se le dará aquel criterio que su relevancia o importancia en la gestión del centro sea realmente inferior con respecto a otro criterio comparado.

3= Igualmente importante: Esta puntuación se le dará aquel criterio que su relevancia o importancia en la gestión del centro sea considerado igualmente importante con respecto a otro criterio comparado.

5= Más importante: Esta puntuación se le dará aquel criterio que su relevancia o importancia en la gestión del centro sea considerado de una mayor importancia, aunque la diferencia no sea muy significativa pero si mayor con respecto a otro criterio comparado.

10= Mucho más importante: Esta puntuación se le dará aquel criterio que su relevancia o importancia en la gestión del centro sea considerado de una mayor importancia, pero la diferencia debe ser muy significativa claramente identificable e indiscutible con respecto a otro criterio comparado.

Tabla 26 - Matriz Ponderacion Criterio para la seleccion de procesos

| CRITERIOS | Alcance | Participación | Impacto Estratégico | Impacto Institucional | Total | Valor Relativo |
|--------------------------|---------|---------------|------------------------|--------------------------|-------|----------------|
| Alcance | | 10.0 | 3.0 | 5.0 | 18.0 | 0.44 |
| Participación | 1.0 | | 1.0 | 1.0 | 3.0 | 0.07 |
| Impacto Estratégico | 3.0 | 5.0 | | 3.0 | 11.0 | 0.27 |
| Impacto Institucional | 1.0 | 5.0 | 3.0 | | 9.0 | 0.22 |
| Suma | | | | | 41.0 | 1.0 |

Cada uno de los participantes brindo su calificación a cada una de las comparaciones, partiendo de aquí se tomó la calificación con más frecuencia, la cual quedo como seleccionada para ser colocada en la matriz tipo L

4. Comparar cada uno de los macro procesos con cada uno de los criterios calificados.

La mecánica para la asignación de las calificaciones comparativas en las matrices siguientes fue la misma que se siguió para la elaboración de la matriz de criterios se compara la contribución de cada proceso a cada uno de los criterios.

Calificación:

1= Menos importante.

3= Igualmente importante.

5= Más importante.

10= Mucho más importante.

Esta evaluación se hará con la finalidad de comparar los macro-procesos a fin de identificar los más relevantes e importantes con mayor peso por criterio con respecto a otro macro-proceso comparados. Se utilizara la siguiente puntuación par la comparación de los macro-procesos por criterio:

Tabla 27 - Puntuacion de Criterios para la identificacion de procesos relevantes

1= Menos importante: Esta puntuación se le dará aquel macro-proceso que su relevancia en el criterio evaluado sea realmente inferior con respecto a otro macro-proceso comparado.

3= Igualmente importante: Esta puntuación se le dará aquel macro-proceso que su relevancia en el criterio evaluado sea considerado igualmente importante con respecto a otro criterio comparado.

5= Más importante: Esta puntuación se le dará aquel macro-proceso que su relevancia en el criterio evaluado sea considerado de una mayor importancia, aunque la diferencia no sea muy significativa pero si mayor con respecto a otro macro- comparado.

10= Mucho más importante: Esta puntuación se le dará aquel macro- proceso que su relevancia en el criterio evaluado sea considerado de una mayor importancia, pero la diferencia debe ser muy significativa claramente identificable e indiscutible con respecto a otro criterio comparado.

Tabla 28 - Matriz Ponderacion Alcance del Proceso

| ALCANCE | A. | B. | C. | D. | E. | F. | G. | H. | TOTAL | VALOR RELATIVO |
|---------------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|----------------|
| A. | | 5.0 | 3.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 13.0 | 0.07 |
| B. | 1.0 | | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 7.0 | 0.04 |
| C. | 3.0 | 5.0 | | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 13.0 | 0.07 |
| D. | 10.0 | 10.0 | 5.0 | | 3.0 | 3.0 | 5.0 | 5.0 | 41.0 | 0.21 |
| E. | 10.0 | 10.0 | 5.0 | 3.0 | | 3.0 | 5.0 | 5.0 | 41.0 | 0.21 |
| F. | 10.0 | 10.0 | 5.0 | 3.0 | 3.0 | | 5.0 | 5.0 | 41.0 | 0.21 |
| G. | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | | 3.0 | 21.0 | 0.11 |
| H. | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 3.0 | | 21.0 | 0.11 |
| TOTAL: | | | | | | | | | 198.0 | 1.0 |

| PARTICIPACIÓN | A. | B. | C. | D. | E. | F. | G. | H. | TOTAL | VALOR RELATIVO |
|---------------|-----|------|------|-----|-----|------|------|------|--------------|----------------|
| A. | | 5.0 | 5.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 5.0 | 5.0 | 23.0 | 0.15 |
| B. | 1.0 | | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 5.0 | 5.0 | 15.0 | 0.10 |
| C. | 1.0 | 1.0 | | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 3.0 | 3.0 | 11.0 | 0.07 |
| D. | 5.0 | 10.0 | 10.0 | | 5.0 | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 60.0 | 0.38 |
| E. | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 7.0 | 0.04 |
| F. | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 5.0 | | 5.0 | 5.0 | 19.0 | 0.12 |
| G. | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 3.0 | | 3.0 | 11.0 | 0.07 |
| H. | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 3.0 | 3.0 | | 11.0 | 0.07 |
| TOTAL: | | | | | | | | | 157.0 | 1.0 |

Tabla 29 - Matriz Ponderacion Impacto Estrategico

| IMPACTO ESTRATÉGICO | A. | B. | C. | D. | E. | F. | G. | H. | TOTAL | VALOR RELATIVO |
|---------------------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|----------------|
| A. | | 5.0 | 3.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 13.0 | 0.06 |
| B. | 1.0 | | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 7.0 | 0.03 |
| C. | 3.0 | 5.0 | | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 13.0 | 0.06 |
| D. | 10.0 | 10.0 | 10.0 | | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 50.0 | 0.23 |
| E. | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 1.0 | | 3.0 | 5.0 | 5.0 | 44.0 | 0.21 |
| F. | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 1.0 | 3.0 | | 5.0 | 5.0 | 44.0 | 0.21 |
| G. | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | | 3.0 | 21.0 | 0.10 |
| H. | 5.0 | 5.0 | 5.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 3.0 | | 21.0 | 0.10 |
| TOTAL: | | | | | | | | | 213.0 | 1.0 |

Tabla 30 - Matriz Ponderacion Impacto Institucional

| IMPACTO INSTITUCIONAL | A. | B. | C. | D. | E. | F. | G. | H. | TOTAL | VALOR RELATIVO |
|-----------------------|------|------|------|-----|-----|-----|------|------|-------|----------------|
| A. | | 3.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 3.0 | 3.0 | 13.0 | 0.06 |
| B. | 1.0 | | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 3.0 | 3.0 | 11.0 | 0.05 |
| C. | 5.0 | 5.0 | | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 15.0 | 0.06 |
| D. | 10.0 | 10.0 | 10.0 | | 3.0 | 3.0 | 10.0 | 10.0 | 56.0 | 0.24 |
| E. | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 3.0 | | 3.0 | 10.0 | 10.0 | 56.0 | 0.24 |
| F. | 10.0 | 10.0 | 10.0 | 3.0 | 3.0 | | 10.0 | 10.0 | 56.0 | 0.24 |
| G. | 3.0 | 3.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | | 3.0 | 13.0 | 0.06 |

| | | | | | | | | | | |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--------------|------------|
| H. | 3.0 | 3.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 3.0 | | 13.0 | 0.06 |
| TOTAL: | | | | | | | | | 233.0 | 1.0 |

5. Desarrollo de la matriz- L Resumen

Se multiplicara el valor de cada opción por el valor correspondiente a cada criterio

Tabla 31 - Desarrollo Matriz L-Resumen

| Macro-procesos | Alcance | Participación | Impacto Estratégico | Impacto Institucional |
|----------------|-----------|---------------|---------------------|-----------------------|
| A. | 0.07*0.44 | 0.15*0.07 | 0.06*0.27 | 0.06*0.22 |
| B. | 0.04*0.44 | 0.10*0.07 | 0.03*0.27 | 0.05*0.22 |
| C. | 0.07*0.44 | 0.07*0.07 | 0.06*0.27 | 0.06*0.22 |
| D. | 0.21*0.44 | 0.38*0.07 | 0.23*0.27 | 0.24*0.22 |
| E. | 0.21*0.44 | 0.04*0.07 | 0.21*0.27 | 0.24*0.22 |
| F. | 0.21*0.44 | 0.12*0.07 | 0.21*0.27 | 0.24*0.22 |
| G. | 0.11*0.44 | 0.07*0.07 | 0.10*0.27 | 0.06*0.22 |
| H. | 0.11*0.44 | 0.07*0.07 | 0.10*0.27 | 0.06*0.22 |

Resolviendo:

| Macro-procesos | Alcance | Participación | Impacto Estratégico | Impacto Institucional | Total Fila | Valor Relativo |
|----------------|---------|---------------|---------------------|-----------------------|------------|----------------|
| A. | 0.0308 | 0.0105 | 0.0162 | 0.0132 | 0.0707 | 0.07 |
| B. | 0.0176 | 0.007 | 0.0081 | 0.011 | 0.0437 | 0.04 |
| C. | 0.0308 | 0.0049 | 0.0162 | 0.0132 | 0.0651 | 0.06 |

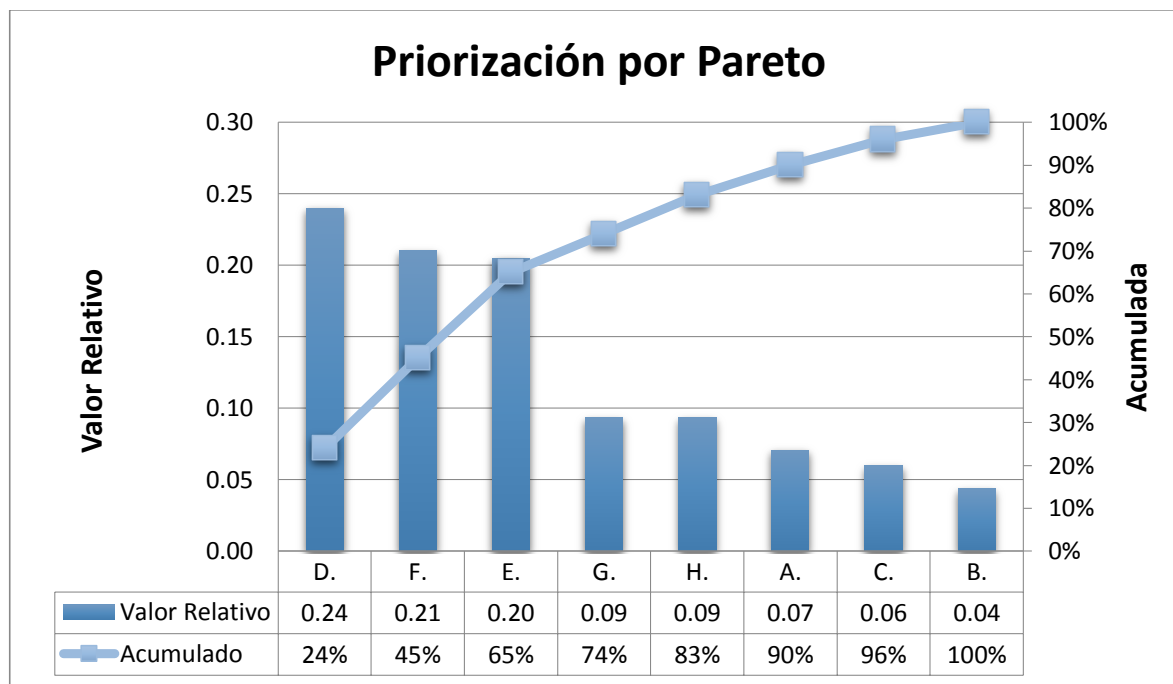
| | | | | | | |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|-------------|-------------|
| D. | 0.0924 | 0.0266 | 0.0621 | 0.0528 | 0.2339 | 0.24 |
| E. | 0.0924 | 0.0028 | 0.0567 | 0.0528 | 0.2047 | 0.20 |
| F. | 0.0924 | 0.0084 | 0.0567 | 0.0528 | 0.2103 | 0.21 |
| G. | 0.0484 | 0.0049 | 0.027 | 0.0132 | 0.0935 | 0.09 |
| H. | 0.0484 | 0.0049 | 0.027 | 0.0132 | 0.0935 | 0.09 |
| TOTALES: | | | | | 1.02 | 1.0 |

6. *Haciendo uso de la técnica de Pareto para priorizar*

Tabla 32 - priorización por Pareto

| Macro- Procesos | Valor Relativo | Acumulado |
|-----------------|----------------|-----------|
| D. | 0.24 | 0.24 |
| F. | 0.21 | 0.45 |
| E. | 0.20 | 0.65 |
| G. | 0.09 | 0.74 |
| H. | 0.09 | 0.83 |
| A. | 0.07 | 0.90 |
| C. | 0.06 | 0.96 |
| B. | 0.04 | 1.0 |

Graficando:



7. Análisis de los resultados:

Hay que recordar que frecuentemente una Gráfica Pareto es utilizada para separar gráficamente los aspectos significativos y triviales de una problemática de manera que un equipo sepa dónde dirigir sus esfuerzos para mejorar. Reducir los problemas más significativos (las barras más largas en una Gráfica Pareto) servirá más para una mejora general que reducir los más pequeños.

En nuestro caso en particular las barras representan los procesos a priorizar, las barras más grandes representan los procesos cuyo valor relativo de contribución hacia la realización de la misión de la institución, la satisfacción del cliente, la realización de los objetivos estratégicos y el mayor involucramiento del personal son mayores.

Pareto nos ha ayudado a visualizar este nivel de aporte reflejado en el valor relativo de cada uno de los procesos a analizar.

Se puede visualizar que hay 3 macro procesos los cuales su contribución se ve diferenciada en el gráfico, los cuales son:

D. PROCESOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

- ◆ *Ingresar Usuarios*
- ◆ *Intervenir Usuarios*
- ◆ *Egresar Usuarios*

F. PROCESO DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA.

- ◆ *Establecimiento de Red de apoyo de la comunidad.*

E. PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

- ◆ *Servicio de certificación de Discapacidad*

8. Conclusión de los procesos priorizados.

Como una forma de validar el resultado obtenido en la priorización de procesos de forma más Representativa se muestra a continuación una justificación por criterio de los grandes procesos Priorizados.

La priorización dio como resultado la selección de los procesos siguientes, para su posterior Análisis:

- *PROCESOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL*
- *PROCESO DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA.*
- *PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.*

Los procesos anteriores representan la parte medular de la actividad en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, y para corroborar esto se explicará por cada criterio la razón por la que se le asignó una determinada calificación a cada uno de los procesos en la etapa de priorización, todo esto basándose en información recolectada del CRIO.

Los criterios para la evaluación de los procesos utilizados en la priorización fueron los siguientes:

Tabla 33 - criterios de evaluación de los procesos

| |
|--|
| <i>1. Alcance: Procesos Institucionales directamente ligados al cumplimiento de la misión.</i> |
| <i>2. Participación: Proceso que demanda mayor recurso humano</i> |
| <i>3. Impacto Institucional: Procesos orientados a la atención de usuarios, mediante el cual se expone la imagen de la institución.</i> |
| <i>4. Impacto Estratégico: Procesos que poseen una alta incidencia de poner en riesgo la realización de los objetivos y la razón de ser de la institución si dejasen de hacerse.</i> |

9. Justificación de los procesos priorizados.

Se expondrá continuación las razones por las cuales quedaron seleccionados, esto se realizará por cada criterio.

CRITERIO: ALCANCE.

Este criterio hace referencia al nivel o grado de impacto que tienen los procesos en el Cumplimiento de la misión. Retomando nuevamente la misión del CRIO: “Ser la Institución pública autónoma cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario y su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social”, como puede identificarse en la misión, El CRIO es una institución que ofrece servicios de rehabilitación especializados a personas con discapacidad fomenta la independencia funcional y la inclusión social de sus usuarios; estos son los principales beneficiados con el buen desempeño de la institución, esto puede lograrse principalmente otorgando servicios de rehabilitación con eficiencia y calidad, mediante la buena coordinación entre el usuario, familiares e instituciones relacionadas para ofrecer el apoyo necesario con el fin de promover la independencia funcional de los pacientes (rehabilitación de Base comunitaria); y el fomento de la inclusión social de los mismos, mediante los servicios de certificación de discapacidad.

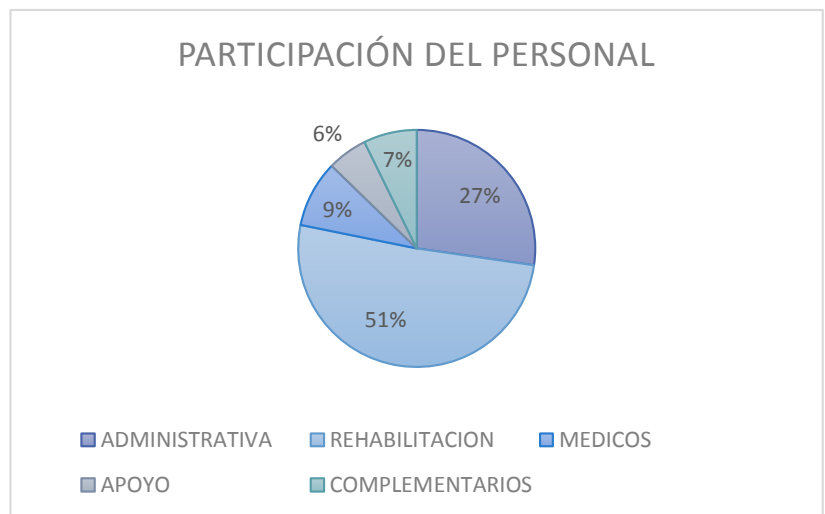
Todo esto lleva a la conclusión que los procesos de Rehabilitación, Base Comunitaria y certificación médica, conjuntamente conforman el brazo operativo de la institución que contribuye sustancialmente al cumplimiento de la misión.

CRITERIO: PARTICIPACIÓN

Este criterio se refiere al grado de involucramiento de personal que existe en determinados procesos. Puede parecer que este criterio no posee mucha relevancia con respecto al anterior, sin embargo el hecho que una considerable cantidad del total de personal empleado en el CRIO esté involucrado directamente en determinados procesos, plantea la necesidad de evaluar constantemente la eficiencia con que se aprovecha dicho recurso humano, ya que este recurso es un elemento importante para el desarrollo de actividades en una empresa o institución, y se vuelve mucho más trascendente cuando se trata de actividades de servicio.

Por lo tanto evaluar la participación de personal en el desarrollo de un proceso es importante desde el punto de vista de establecer la forma más eficiente para hacer uso adecuado del mismo. Lógicamente el área operativa es la que dispone de mayor recurso humano por ser el motor de la funcionalidad del CRIO, esta es el área de rehabilitación como se puede ver en el siguiente gráfico:

| AREA/PUESTO TIPO | CANTIDAD |
|------------------|-----------|
| ADMINISTRATIVA | 15 |
| REHABILITACION | 28 |
| MEDICOS | 5 |
| APOYO | 3 |
| COMPLEMENTARIOS | 4 |
| TOTAL | 55 |





El área encargada de los servicios de rehabilitación se encuentra compuesta por personal de Educación Física Adaptada, Terapia de Lenguaje, Audiometrías, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia Sensorial y Terapia Educativa.

Además del servicio de rehabilitación tenemos el proceso de certificación de evaluación y diagnóstico de discapacidad donde pueden estar involucrados según el caso principalmente el personal médico en las especialidades de: Fisiatría, Neurología, Ortopedia y Medicina Familiar. Para el proceso de base comunitaria se ven involucrados el personal de apoyo con los servicios de psicología y personal complementario con el servicio de trabajo social.

Esto nos da datos para concluir que por lo menos el 70% del personal del centro participan en por lo menos una actividad de dichos procesos. Lo anterior deja ver la importancia de estos procesos dentro de la institución en el contexto del criterio participación.

- **IMPACTO ESTRATEGICO:**

Este criterio se refiere a la implicación que conlleva un determinado proceso al cumplimiento de los objetivos estratégicos y al cumplimiento de su prioridad institucional:

“Brindar servicios de consulta médica y de rehabilitación a personas con discapacidad: física, intelectual, sensorial, psicológica y mixta”. El CRIO rige su accionar a través de los principales ejes estratégicos que se muestran en la tabla siguiente, al profundizar en ellos se observa que cada uno de ellos tiene una relación fuerte con los procesos seleccionados para analizar como se muestra a continuación:



Tabla 34 - relación objetivos estratégicos vs procesos

| OBJETIVOS ESTRATEGICOS | PROCESOS CON RELACIÓN FUERTE |
|---|---|
| Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas físicas, intelectuales, sensoriales, psicológicas y mixtas. Intervenir tempranamente las discapacidades en las diferentes áreas de atención del Instituto. | -PROCESOS DE REHABILITACIÓN |
| Promover y desarrollar programas de orientación, capacitación vocacional e inserción productiva para personas con discapacidad. | -PROCESOS DE REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA. -PROCESOS DE CERTIFICACION DE EVALUACION Y DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD |
| Promover la equiparación de oportunidades para la plena participación social de las personas con discapacidad. | -PROCESOS DE REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA. - PROCESOS DE CERTIFICACION DE EVALUACION Y DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD |

Lo anterior nos justifica el involucramiento de estos procesos con los objetivos estratégicos que rigen actualmente el accionar del centro así como para la realización de su prioridad institucional.

CRITERIO: IMPACTO INSTITUCIONAL

Este criterio se refiere a los procesos que están relacionados directamente con la exposición de la imagen de la institución. Por el hecho de ser una institución que ofrece servicios médicos y de rehabilitación tiene un impacto trascendental el elemento buena atención al público, Lo anterior indica la importancia de desarrollar un buen servicio de calidad desde una correcta atención al público en los procesos en los que esté involucrado el riesgo de daño a la imagen por un mal procedimiento, estos procesos donde existe una



relación directa con el usuario son los de rehabilitación, Base comunitaria y Certificación médica, igualmente lo anterior deja ver la importancia de estos procesos dentro de la institución en el contexto del criterio de Impacto Institucional.

Completamente justificada la selección de estos procesos como procesos críticos se procederá a realizar su análisis y mejora al fin de garantizar la calidad en la prestación del servicio del Centro.

2.3 Investigación de Campo

2.3.1 Metodología para la Caracterización de Procesos Claves o Críticos.

La caracterización de procesos y servicios, es una metodología que describe las características generales de un proceso, es decir, los rasgos diferenciadores del mismo. Para lograr una caracterización de procesos es necesario identificar y documentar los diferentes procesos que existen en la organización que permiten lograr sus objetivos.

La caracterización de procesos, no es más que establecer los rasgos distintivos de los procesos, lo cual permite establecer la relación con los demás procesos internos o externos, los insumos y las salidas del proceso, permitiendo así a los usuarios del proceso o sistema clarificar de manera sencilla el accionar de la organización y la gestión de sus procesos; para este estudio se procederá a utilizar la siguiente metodología para la caracterización del procesos:

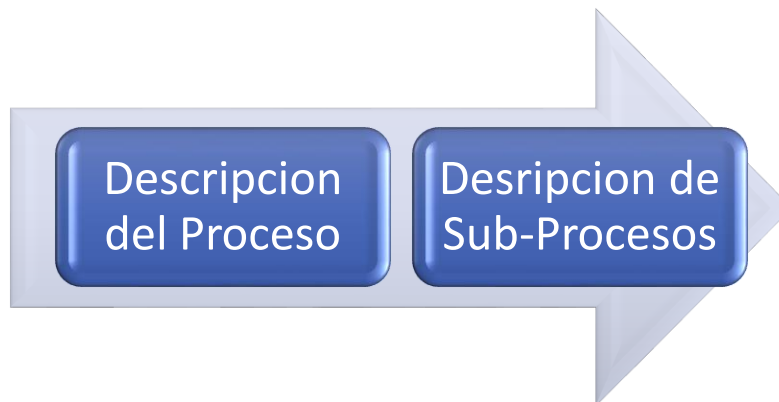


Figura 17 - metodología para caracterización de procesos claves

2.3.1.1 Descripción del Proceso

En esta etapa se presentara una ficha identificando elementos claves, que caracterizan el proceso, dicha ficha o descripción contendrá los siguientes apartados.

- **Misión del proceso:** Indicara la razón de ser del proceso, explicara el ¿Por qué? de la ejecución del proceso.
- **Responsable del proceso:** Indicara quien es el actor o líder que deberá llevar a cabo o ejecutar la acción del proceso.

- **Límites del proceso:** Establece cuando inicia y finaliza el proceso.
- **Entradas del proceso:** Son todos aquellos insumos que ingresaran al proceso, los cuales sufrirán transformación.
- **Salidas del proceso:** Indicara todos aquellos productos o resultados del proceso.
- **Controles del proceso:** Indicara aquellos requisitos, controles, documentos o registros que se necesiten.
- **Interrelación de los procesos:** Establece la relación proveedores-usuarios del proceso, y la cadena de valor de los mismos.
- **Indicadores:** Son medidores que deben establecerse en determinadas etapas del proceso.

2.3.1.2 Descripción del Sub-Proceso

Para la caracterización de procesos, existen una gran cantidad de metodologías para lograr este fin, en este estudio se utilizara la metodología IDEF0, el cual permitirá el modelamiento funcional de actividades de los procesos.

IDEF0, permitirá mediante una manera genérica y conceptual, obtener una caracterización precisa, flexible y concisa, ya que haciendo uso de un lenguaje gráfico, permite responder:

- ¿Qué hace el proceso?
- ¿Quién lo trabaja?
- ¿Qué ingresa?
- ¿Qué sale?
- ¿Qué controles tiene?
- ¿Cómo ejecuta sus funciones?

En IDEF0 las actividades o procesos son representados por medio de una caja en donde las entradas son representadas por las flechas fluyendo hacia el lado izquierdo de la caja, y las **salidas** son representadas por flechas desde el lado derecho de la caja. Las flechas que fluyen hacia la parte superior de la caja representan restricciones o controles, y las flechas fluyendo hacia el lado inferior de la caja son mecanismos, como se presenta en la figura siguiente:

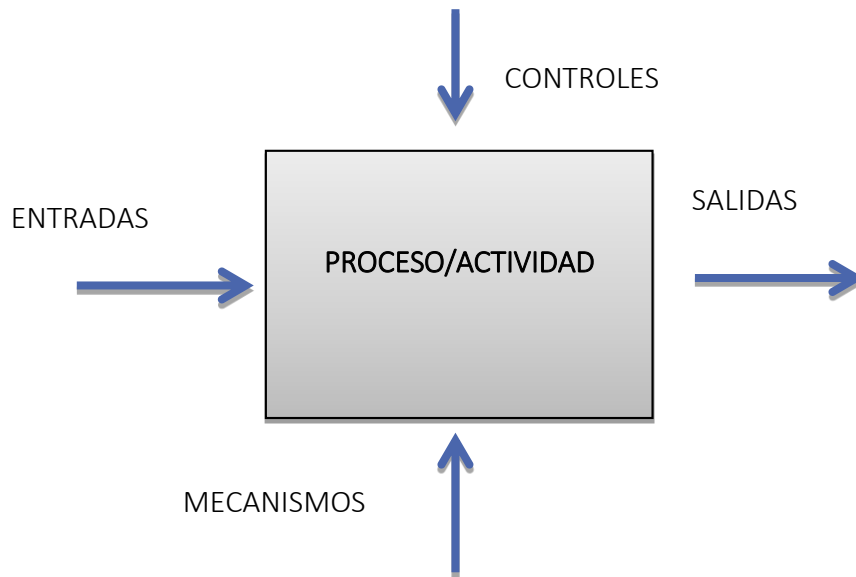


Figura 18 - Metodología IDEF0



2.3.2 Caracterización de Procesos Claves

2.3.2.1 Proceso de Rehabilitación Integral

2.3.2.1.1 Ingresar Usuarios a los Servicios de Rehabilitación Integral

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| MISION | | | | |
| Determinar el tipo de discapacidad, complejidad y pronóstico de acuerdo a los criterios de priorización de discapacidad, estableciendo el plan de tratamiento y pronóstico de rehabilitación | | | | |
| RESPONSABLE | | | | |
| No se ha establecido líder del proceso | | | | |
| LIMITES | | | | |
| Inicia con el contacto inicial, en el cual el usuario referido por otra institución o medico particular es informado sobre los servicios que el Centro brinda; | | | | |
| Finaliza, con la evaluación en terapia, en la cual al usuario se le establece su plan de tratamiento y pronóstico de rehabilitación. | | | | |
| PROVEEDORES | ENTRADAS | SUB-PROCESOS | SALIDAS | USUARIOS |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Usuarios ✓ Comunidad ✓ Sociedad | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Discapacidad del Usuario. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Obtener Información del Usuario ✓ Ingresar Usuario en Servicios Médicos y Apoyo ✓ Ingresar Usuario en Terapias | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan de Tratamiento ✓ Asignación de Horario de Tratamiento ✓ Referencia hacia otro Servicio | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médicos ✓ Terapistas ✓ Usuario |
| DOCUMENTOS | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Modelo de Atención y Provisión CRIO – CRIOR ✓ Normas Técnicas del Expediente Clínico (ESDOMED) ✓ Lineamientos del Programa de Epidemiología | | | | |
| INDICADORES | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cantidad de usuarios atendidos por unidad de producción. ✓ Cantidad de Usuarios Ingresados | | | | |



| |
|---|
| ✓ <i>Procedencia de Usuarios</i> |
| CARGOS |
| ✓ <i>Médico Especialista</i> |
| ✓ <i>Enfermería</i> |
| ✓ <i>Auxiliar de Estadística</i> |
| ✓ <i>Auxiliares de Terapia</i> |
| ✓ <i>Terapistas</i> |
| RECURSOS |
| ✓ <i>Instalaciones del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente</i> |
| ✓ <i>Formularios</i> |
| ✓ |

A continuación se presenta como se interrelacionan los diferentes sub-procesos, para la ejecución del proceso de ingreso.



| | | | | | | |
|--|---|------------------|---|--------|---------|------------------------|
| USED AT: | AUTHOR: | DATE: 06/05/2013 | WORKING | READER | DATE | CONTEXT: TOP |
| | PROJECT: REHABILITACION 2 | REV: 26/11/2013 | <input checked="" type="checkbox"/> DRAFT | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> RECOMMENDED | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> PUBLICATION | | | |
| NOTES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | | |
| <div data-bbox="793 695 1331 1013" data-label="Text"><p>BRINDAR SERVICIOS DE REHABILITACION INTEGRAL</p><p>CRIO0</p></div> | | | | | | |
| NODE: | TITLE: | | | | NUMBER: | |
| CRIO-0 | BRINDAR SERVICIOS DE REHABILITACION INTEGRAL | | | | | |



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

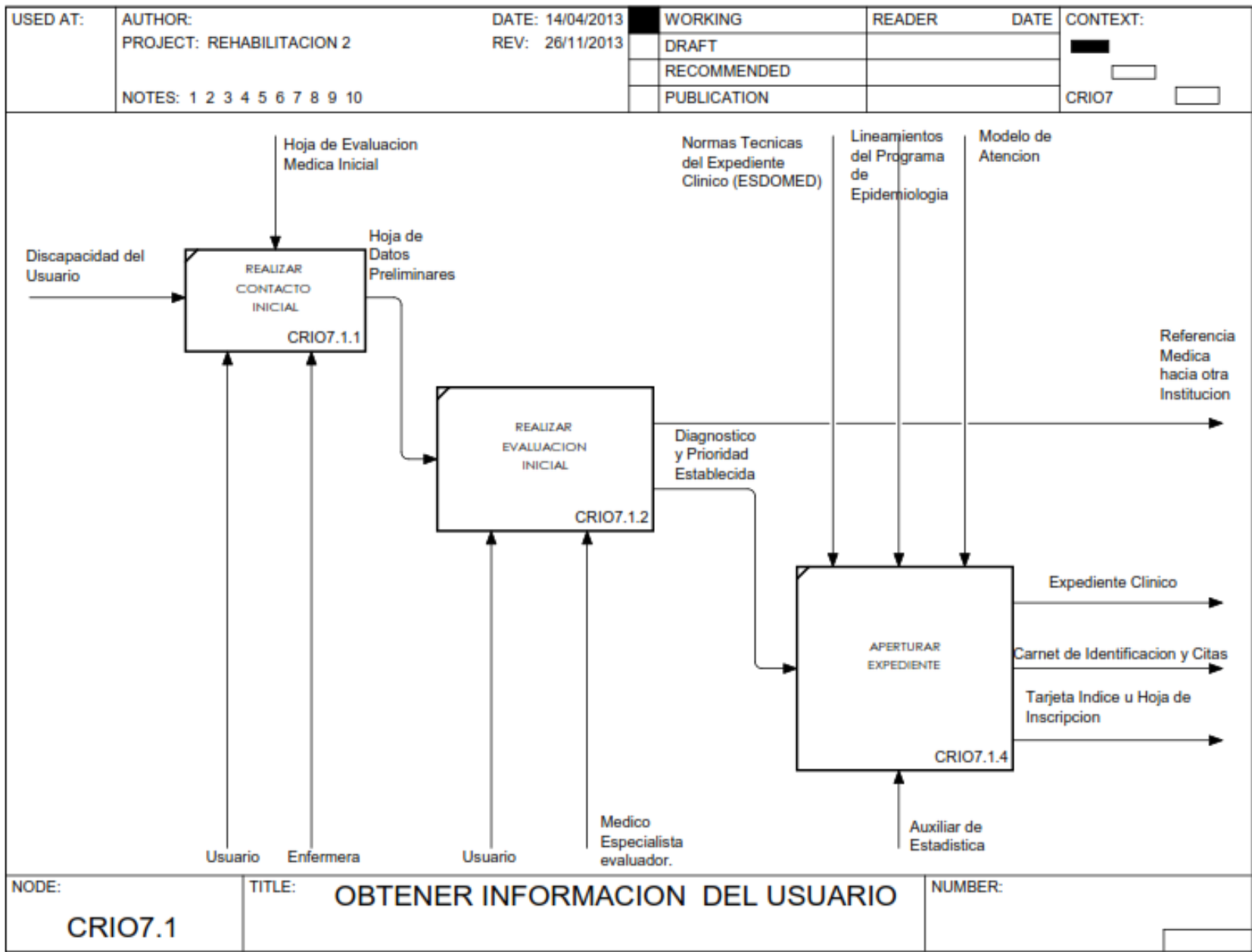
| | | | | | | |
|--|---|-------------------------------------|--|--------|---------|----------------------------------|
| USED AT: | AUTHOR: PROJECT: REHABILITACION 2 NOTES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | DATE: 06/05/2013 REV: 05/04/2014 | WORKING DRAFT RECOMMENDED PUBLICATION | READER | DATE | CONTEXT: [REDACTED] CRIO-0 |
| <p>INGRESAR USUARIOS A SERVICIOS DE REHABILITACION CRIO7</p> <p>INTERVENIR USUARIOS EN SERVICIOS DE REHABILITACION CRIO3</p> <p>EGRESAR USUARIO EN SERVICIOS DE REHABILITACION CRIO8</p> | | | | | | |
| NODE: CRIO0 | TITLE: BRINDAR SERVICIOS DE REHABILITACION INTEGRAL | | | | NUMBER: | |



| | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|--------|---------------------------------|---|
| USED AT: | AUTHOR: | DATE: 14/04/2013 | WORKING | READER | DATE | CONTEXT: <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CRIO0 <input type="checkbox"/> |
| | PROJECT: REHABILITACION 2 | REV: 15/12/2013 | DRAFT | | | |
| | NOTES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | RECOMMENDED | | | |
| | | | PUBLICATION | | | |
| <div data-bbox="367 475 695 634" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 20px auto; width: 150px;">OBTENER INFORMACION DEL USUARIO CRIO7.1</div> <div data-bbox="722 797 1087 972" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 20px auto; width: 150px;">INGRESAR USUARIO A SERVICIOS MEDICOS Y DE APOYO CRIO7.6</div> <div data-bbox="1257 1089 1640 1304" style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 20px auto; width: 150px;">INGRESAR USUARIO A SERVICIOS TERAPEUTICOS CRIO7.3</div> | | | | | | |
| NODE: CRIO7 | TITLE: INGRESAR USUARIOS A SERVICIOS DE REHABILITACION | | | | NUMBER: <input type="text"/> | |



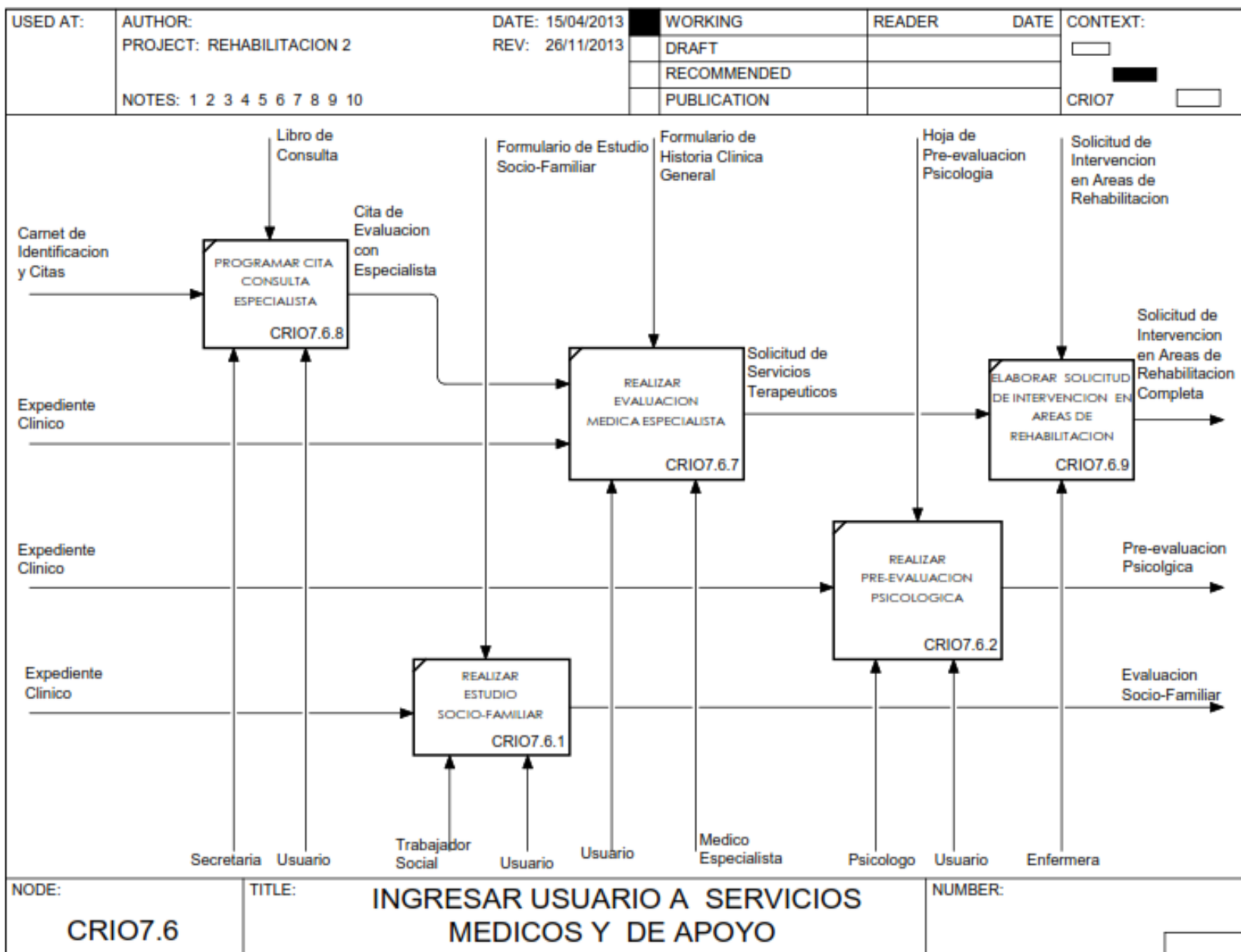
Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)



| | | |
|-------------------------|--|-------------------------------------|
| NODE: CRIO7.1 | TITLE: OBTENER INFORMACION DEL USUARIO | NUMBER: <input type="checkbox"/> |
|-------------------------|--|-------------------------------------|

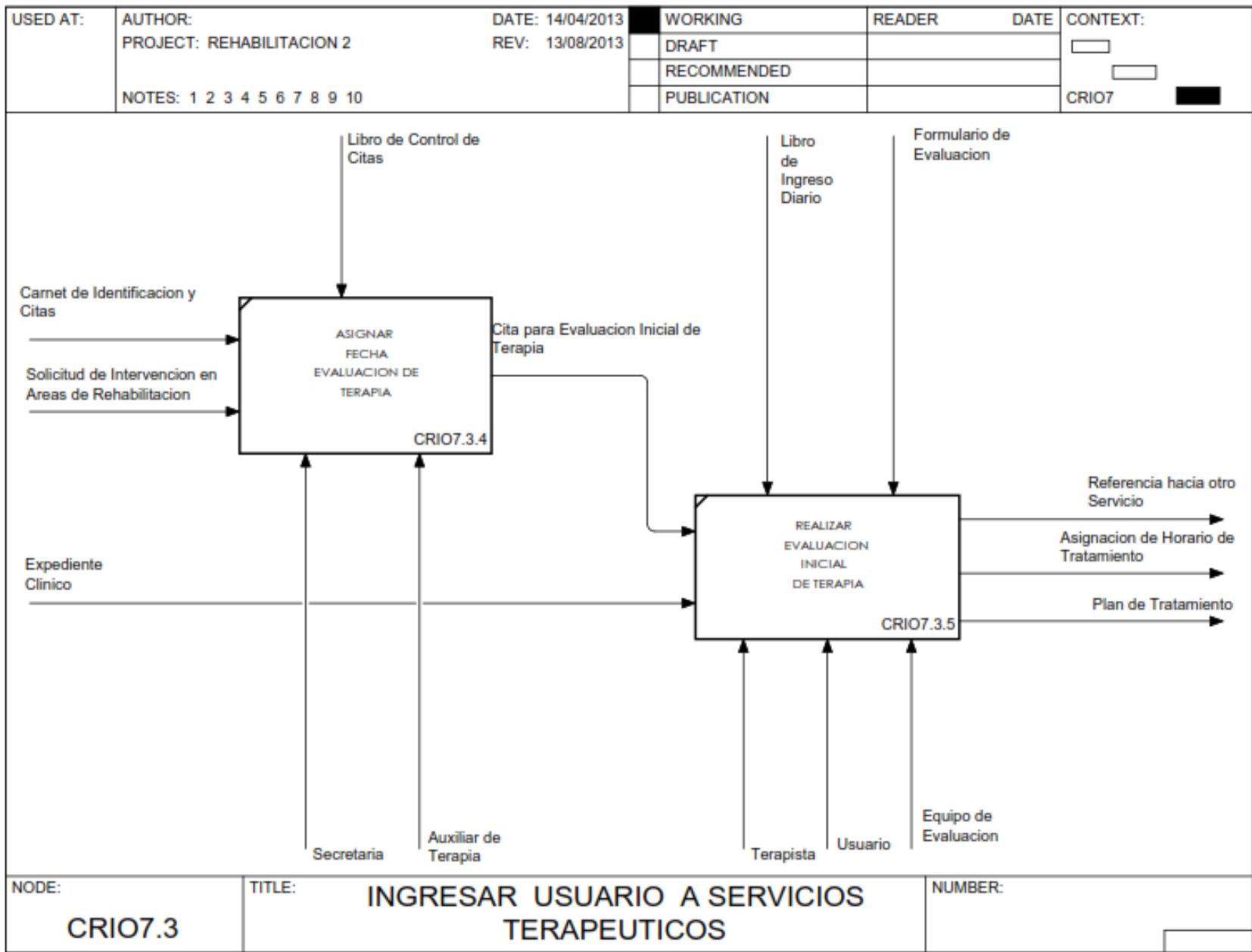


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)





Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)



| | | |
|-------------------------|--|---------------------------------|
| NODE: CRI07.3 | TITLE: INGRESAR USUARIO A SERVICIOS TERAPEUTICOS | NUMBER: <input type="text"/> |
|-------------------------|--|---------------------------------|



Análisis de Actividades

| |
|--|
| <p>Nombre Realizar Contacto Inicial</p> |
| <p>Misión Identificación del usuario que requiere la atención de los servicios de rehabilitación, así también el conocer el motivo de solicitar nuestros servicios, y darle orientación sobre los requisitos administrativos y del proceso de evaluación.</p> |
| <p>Proveedores Usuarios con discapacidad Comunidad Sociedad</p> |
| <p>Entradas Discapacidad del Usuario: la ausencia, restricción o pérdida de la habilidad, para desarrollar una actividad en la forma o dentro del margen, considerado como normal para un ser humano.</p> |
| <p>Proceso</p> <pre> graph TD A[Hoja de Evaluación Médica Inicial] --> B[REALIZAR CONTACTO INICIAL] C[Discapacidad del Usuario] --> B D[Usuario] --> B E[Enfermera] --> B B --> F[Hoja de Datos Preliminares] </pre> |
| <p>Controles Documentación Hoja de Evaluación Médica Inicial: Formato utilizado para la recopilación de información del usuario, plasmando en ella</p> <p>Indicadores Ninguno</p> |
| <p>Mecanismos Usuario: Asiste presentando su discapacidad, y brinda información para ser ingresado al centro. Enfermera: Brinda el primer acercamiento con el usuario, proporcionando información sobre los servicios que el centro presta, y orientación para aclarar dudas respecto al proceso de ingreso, así también recopila información del usuario para su posterior evaluación.</p> |
| <p>Salidas Hoja de Datos Preliminares: <i>Hoja de Evaluación Médica Inicial</i>, que contiene datos del usuario asistente tal como, nombre, edad, domicilio.</p> |
| <p>Usuarios Evaluación Inicial</p> |



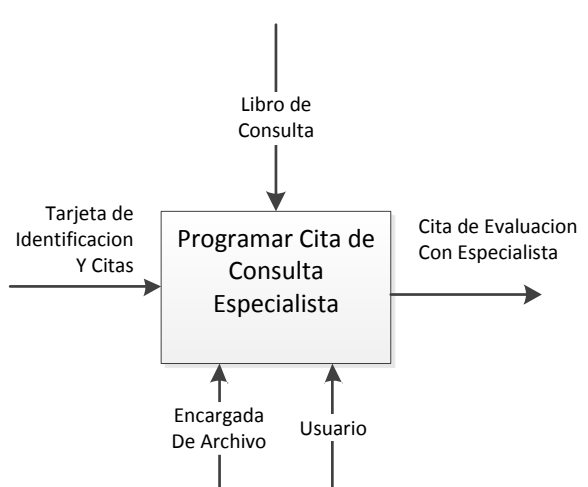
Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| |
|--|
| Nombre Realizar Evaluación Inicial |
| Misión Determinar el ingreso del usuario al centro mediante el establecimiento del diagnóstico presuntivo y brindar priorización para la referencia hacia médico especialista, trabajo social y/o psicología. |
| Proveedores Contacto Inicial |
| Entradas Hoja de Datos Preliminares: <i>Hoja de Evaluación Médica Inicial</i> , que contiene datos del usuario asistente tal como, nombre, edad, domicilio. |
| Proceso <pre>graph LR; A[Hoja de Datos Preliminares] --> B[Realizar Evaluación Inicial]; C[Usuario] --> B; D[Medico Especialista] --> B; B --> E[Referencia Medica hacia otra Institucion]; B --> F[Diagnostico y Prioridad Establecida];</pre> |
| Controles Documentación Ninguna Indicadores - <i>Se lleva un registro de la cantidad de usuarios atendidos por el médico evaluador, este varía entre 3 y 9 usuarios atendidos por día⁷, los cuales visitan al centro con el fin de poder ingresar.</i> |
| Mecanismos Médico Especialista: Evalúa la complejidad de la discapacidad presentada en el usuario, estableciendo un diagnóstico presuntivo, para decidir si el usuario amerita el ingreso al centro o referirlo hacia otra institución. |
| Salidas Referencia medica hacia otra institución: Referencia del usuario hacia otra institución debido a que la complejidad presentada en el usuario, no puede o no corresponde al centro tratarla, generalmente se refiere al Hospital Nacional de Santa Ana, o hacia otro centro del ISRI. Diagnóstico y Prioridad Establecida: En la <i>Hoja de Evaluación Inicial</i> se establece el diagnóstico de discapacidad del usuario, y dependiendo de este se establece la prioridad de atención de la consulta con el médico especialista. |
| Usuarios Apertura de Expediente |

⁷ Según registro de atenciones brindadas UTEC comprendido entre Marzo - Mayo 2013.

| |
|---|
| <p>Nombre Realizar Evaluación Inicial</p> |
| <p>Misión Registrar y recopilar información del usuario con el fin de crear y aperturar el expediente clínico.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Inicial</p> |
| <p>Entradas Diagnóstico y Prioridad: En la <i>Hoja de Evaluación Inicial</i> se establece el diagnostico de discapacidad del usuario, y dependiendo de este se establece la prioridad de atención de la consulta con el médico especialista.</p> |
| <p>Proceso</p> |
| <p>Controles</p> <p>Documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoja de Apertura - Normas Técnicas del Expediente Clínico - Lineamientos del Programa Epidemiológico - Modelo de Atención <p>Indicadores</p> <p>Expedientes Aperturados: Como medida de control interno, se registra por medio del programa EPI, la cantidad de expedientes aperturados de manera diaria, pero el programa tabula de manera conglomerada de forma mensual o anual.</p> |
| <p>Mecanismos</p> <p>Auxiliar de Estadística: Recolecta información mediante una entrevista del usuario, datos personales, diagnóstico y prioridad que se estableció en evaluación inicial, para luego ingresarlos al programa EPI, y aperturar el expediente.</p> |
| <p>Salidas</p> <p>Expediente Clínico: Conjunto de formularios en los que está contenida toda la información obtenida en todos los procesos de atención al usuario.</p> <p>Carnet de Identificación y Citas: Es el documento donde se registran las fechas de las atenciones programadas para los usuarios del ISRI</p> <p>Tarjeta Índice u Hoja de Inscripción: Es un archivo o fichas que facilita la identificación del número asignado del expediente clínico de los usuarios que han sido atendidos en el Centro.</p> |
| <p>Usuarios</p> <ul style="list-style-type: none"> Programar Cita Consulta Especialista Realizar Estudio Socio-Familiar Realizar Pre-evaluación Psicológica |



| |
|---|
| Nombre Programar Cita Consulta Especialista |
| Misión Registrar y recopilar información del usuario con el fin de crear y aperturar el expediente clínico. |
| Proveedores Aperturar Expediente Clínico |
| Entradas Carnet de Identificación y Citas: Es el documento donde se registran las fechas de las atenciones programadas para los usuarios del ISRI |
| Proceso  <pre>graph TD; LC[Libro de Consulta] --> PC[Programar Cita de Consulta Especialista]; TI[Tarjeta de Identificación Y Citas] --> PC; EA[Encargada De Archivo] --> PC; U[Usuario] --> PC; PC --> CE[Cita de Evaluacion Con Especialista]</pre> |
| Controles Documentación - Libro de Consulta (Agenda Medica) Indicadores - Citas Programadas: Se registra la cantidad de citas programadas por medico en el libro de citas. |
| Mecanismos Encargada de Archivo: Procede a preguntar al usuario el día y hora más próximos disponibles de la agenda médica para programar la consulta. Usuario: Presenta su tarjeta de identificación y citas, y opina la fecha y hora que más le conviene a presentarse (si existe oportunidad). |
| Salidas Cita de Evaluación Especialista: En la tarjeta de identificación y citas, la secretaria escribe el día y la hora pactados para que el usuario se evalúe con el médico especialista asignado. |
| Usuarios Realizar Evaluación Médica Especialista |



| |
|--|
| <p>Nombre Realizar Estudio Socio-Familiar</p> |
| <p>Misión Registrar la situación familiar, vivienda, situación de salud del usuario y grupo familiar, situación laboral y económica, y trabajo social tendrá que acotar su opinión sobre situación encontrada.</p> |
| <p>Proveedores Aperturar Expediente Clínico</p> |
| <p>Entradas Expediente Clínico: Conjunto de formularios en los que está contenida toda la información obtenida en todos los procesos de atención al usuario; el trabajador social anexa el formulario de estudio socio familiar al expediente clínico, si existiese información contenida en el mismo, para obtener una mejor noción del contexto del usuario.</p> |
| <p>Proceso</p> <pre> graph TD A[Formulario de Estudio Socio-Familiar] --> B[Realizar Estudio Socio-Familiar] C[Expediente Clínico] --> B D[Trabajador Social] --> B E[Usuario] --> B B --> F[Evaluación Socio-Familiar] </pre> |
| <p>Controles Documentación - Formulario de Estudio Socio-Familiar</p> <p>Indicadores - Ninguno</p> |
| <p>Mecanismos Trabajador Social: Efectúa estudios socio familiares de casos, mediante entrevista y/o visitas domiciliarias para identificar los apoyos necesarios en el proceso de rehabilitación según necesidades establecidas y dar seguimiento según la naturaleza del caso. Usuario: Brindar información social, familiar, económica, y de su entorno o comunidad, para el estudio socio-familiar.</p> |
| <p>Salidas Evaluación Socio-Familiar: Documento que contiene información socio-demográfica del usuario, mediante la cual se realiza seguimiento y búsqueda de apoyo de la comunidad y familiar y lograr la rehabilitación integral.</p> |
| <p>Usuarios Trabajo Social</p> |



| |
|---|
| <p>Nombre Realizar Pre-evaluación Psicológica</p> |
| <p>Misión Establecer si el usuario amerita el ingreso a la atención psicológica.</p> |
| <p>Proveedores Apertura Expediente Clínico</p> |
| <p>Entradas Expediente Clínico: Conjunto de formularios en los que está contenida toda la información obtenida en todos los procesos de atención al usuario.</p> |
| <p style="text-align: center;">Proceso</p> <pre> graph TD Hoja[Hoja de Pre-evaluación Psicológica] --> Realizar[Realizar Pre-Evaluación Psicológica] Expediente[Expediente Clínico] --> Realizar Psicologo[Psicologo] --> Realizar Usuario[Usuario] --> Realizar Realizar --> Salida[Pre-evaluación Psicológica] </pre> |
| <p>Controles</p> <p>Documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoja de Pre-evaluación Psicológica - Tabulador de Registro Diario <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Cantidad de usuarios atendidos: En el tabulador de registro diario, se establecen la cantidad de personas atendidas, más no la cantidad de usuarios pre-evaluados.</i> |
| <p>Mecanismos</p> <p>Psicólogo: Proporcionar servicios psicológicos a usuarios, familia o responsables durante el proceso de rehabilitación, de acuerdo a lo establecido en los planes de tratamiento referidos por el médico especialista, mediante el diagnóstico y manejo psicoterapéutico individual o grupal.</p> <p>Usuario: Realiza una serie de evaluaciones o test psicológicos, para el diagnóstico psicológico.</p> |
| <p>Salidas</p> <p>Pre-evaluación Psicológica: Documento que contiene información que determina la salud mental del usuario, y las posibles recomendaciones de tratamiento a seguir mientras dure su rehabilitación.</p> |
| <p>Usuarios Realizar Evaluación Psicológica</p> |

| |
|--|
| <p>Nombre Realizar Evaluación Medico-Especialista</p> |
| <p>Misión Establecer la situación diagnóstica de la discapacidad del usuario, así también la referencia a las diferentes áreas de terapia especialista y de apoyo si necesitase.</p> |
| <p>Proveedores Programar Cita Consulta Especialista</p> |
| <p>Entradas Cita de Evaluación Especialista: En la tarjeta de identificación y citas, la secretaria escribe el día y la hora pactados para que el usuario se evalúe con el médico especialista asignado. Expediente Clínico: Conjunto de formularios en los que está contenida toda la información obtenida en todos los procesos de atención al usuario.</p> |
| <p>Proceso</p> <pre> graph TD FHC[Formulario Historia Clínica General] --> RE[Realizar Evaluación Medico Especialista] CE[Cita de Evaluación] --> RE EC[Expediente Clínico] --> RE ME[Medico Especialista] --> RE U[Usuario] --> RE RE --> SST[Solicitud de Servicios Terapeuticos] </pre> |
| <p>Controles</p> <p>Documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulario de Historia Clínica General - Tabulador de Registro Diario <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Cantidad de usuarios atendidos: En el tabulador de registro diario, se establecen la cantidad de personas atendidas, más no la cantidad de usuarios evaluados.</i> |
| <p>Mecanismos</p> <p>Médico Especialista: Realiza la evaluación logrando establecer del diagnóstico presuntivo, el diagnóstico definitivo, para poder indicar recomendaciones de terapia.</p> <p>Usuario: Realiza una serie de evaluaciones o test físicos, para establecer el nivel de discapacidad.</p> |
| <p>Salidas Solicitud de Servicios Terapéuticos: Según la complejidad y tipo de discapacidad detectada en el diagnóstico médico, se refiere al usuario a las unidades de terapia.</p> |
| <p>Usuarios Realizar Evaluación Psicológica</p> |



| |
|--|
| <p>Nombre Elaborar Solicitud de Intervención en Áreas de Terapia</p> |
| <p>Misión Referir al usuario hacia las diferentes áreas de terapia asignadas por el médico.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Medico-Especialista</p> |
| <p>Entradas Solicitud de Servicios Terapéuticos: Según la complejidad y tipo de discapacidad detectada en el diagnóstico médico, se refiere al usuario a las unidades de terapia.</p> |
| <p>Proceso</p> <pre> graph TD A[Solicitud de Intervencion en Areas de Rehabilitacion] --> B[Elaborar Solicitud de Intervención en Terapias] C[Solicitud de Servicios Terapeuticos] --> B D[Enfermera] --> B B --> E[Solicitud de Intervencion En Areas de Rehabilitacion Completa] </pre> |
| <p>Controles Documentación - Solicitud de Intervención en Áreas de rehabilitación Indicadores - <i>Ninguno</i></p> |
| <p>Mecanismos Enfermera: Identifica las áreas a las cuales el usuario ha sido referido, y elabora la solicitud de intervención en áreas de rehabilitación.</p> |
| <p>Salidas Solicitud de Intervención en Áreas de Rehabilitación Completa: Documento entregado al usuario que contiene información que determina las diferentes áreas a las cuales el usuario ha sido referido.</p> |
| <p>Usuarios Asignar Fecha Evaluación en Terapia</p> |



| |
|--|
| <p>Nombre Asignar Fecha de Evaluación en Terapia</p> |
| <p>Misión Programar la fecha y hora para la evaluación inicial en el área de terapia</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Medico-Especialista</p> |
| <p>Entradas Carnet de Identificación y Citas: Es el documento donde se registran las fechas de las atenciones programadas para los usuarios del ISRI. Solicitud de Intervención en Áreas de rehabilitación Completa: Documento entregado al usuario que contiene información que determina las diferentes áreas a las cuales el usuario ha sido referido</p> |
| <p>Proceso</p> <pre> graph TD LCC[Libro de Control De Citas] --> AFE[Asignar Fecha de Evaluación en Terapia] CIC[Carnet de Identificación Y Citas] --> AFE SIRA[Solicitud de Intervención - En Areas de Rehabilitación Completa] --> AFE AT[Auxiliar De Terapia] --> AFE U[Usuario] --> AFE AFE --> CETA[Cita para Evaluación De Terapia] S[Secretaria] --> AT T[Terapista] --> AT </pre> |
| <p>Controles Documentación - Libro de Control de Citas Indicadores - Ninguno</p> |
| <p>Mecanismos Auxiliar de Terapia: Personal encargado de programar las citas para el área de adultos. Secretaria: Personal encargado de programar las citas para el área de niñez y adolescencia. Terapista: Personal encargado de programar las citas para el área de terapia de lenguaje niños. Usuario: Decide y opina el horario que más le convenga a asistir para la terapia (si existiese la posibilidad).</p> |
| <p>Salidas Cita para Evaluación en Terapia: Especificaciones contenidas en la tarjeta de identificación y citas, para la evaluación inicial con el especialista de terapia.</p> |
| <p>Usuarios Realizar Evaluación Inicial en Terapia</p> |



| |
|--|
| <p>Nombre Realizar Evaluación Inicial en Terapia</p> |
| <p>Misión Realizar evaluación de motricidad, neurológica o de lenguaje, según el caso, para establecer el plan de tratamiento del usuario.</p> |
| <p>Proveedores Asignar Fecha de Evaluación en Terapia</p> |
| <p>Entradas Cita para Evaluación en Terapia: Especificaciones contenidas en la tarjeta de identificación y citas, para la evaluación inicial con el especialista de terapia. Expediente Clínico: Conjunto de formularios en los que está contenida toda la información obtenida en todos los procesos de atención al usuario.</p> |
| <p style="text-align: center;">Proceso</p> <pre> graph TD subgraph Entradas Cita[Cita de Evaluación en Terapia] --> Proceso Expediente[Expediente Clínico] --> Proceso Libro[Libro De Ingreso Diario] --> Proceso Formulario[Formulario De Evaluación] --> Proceso Equipo[Equipo De Evaluación] --> Proceso Usuario[Usuario] --> Proceso end subgraph Proceso Realizar[Realizar Evaluación Inicial en Terapia] end subgraph Salidas Referencia[Referencia hacia otro Servicio] --> Salidas Horario[Horario de Tratamiento] --> Salidas Plan[Plan de Tratamiento] --> Salidas end Terapeuta[Terapeuta] --- Proceso </pre> |
| <p>Controles Documentación - Libro de Ingreso Diario - Formulario de Evaluación Indicadores - <i>Cantidad de Usuarios Evaluador, en el tabulador diario, el terapeuta registra la cantidad de usuarios evaluados.</i></p> |
| <p>Mecanismos Terapeuta: Personal encargado de evaluar el nivel de discapacidad. Equipo de Evaluación: Cuando el usuario presenta múltiples complejidades, se llama a un equipo multidisciplinario para la evaluación y dar ingreso al usuario. Usuario: Este se presenta en disposición para ser evaluado.</p> |
| <p>Salidas Referencia hacia otro servicio: Debido a la complejidad de la discapacidad del usuario este es referido a otras modalidades para lograr el nivel de rehabilitación. Horario de Tratamiento: Hora en que el usuario se presentara de manera diaria o semanal a la terapia asignada. Plan de Tratamiento: Especificaciones técnicas, mediante las cuales se aplicara la terapia, establece la intensidad, tipo de ejercicios que se aplicaran.</p> |
| <p>Usuarios Proceso de Intervención</p> |



| CARTA DE PROCESO | | | | |
|----------------------|------------------|------------------|--------|--|
| UBICACIÓN: | | RESUMEN | | |
| PROCESO: INGRESO | | Actividad | Actual | Propuesto |
| FECHA: | | Operación | | |
| ELABORADO POR: | | Transporte | | |
| DIAGRAMA PIEZA EN: | | Demora | | |
| DIAGRAMA TERMINA EN: | | Inspección | | |
| METODO: | | Almacenaje | | |
| HOJA 1 DE 2 | | Tiempo (seg.) | | |
| DIBUJO No | | Distancia (pies) | | |
| | | Costo | | |
| Unidad de Distancia | Unidad de Tiempo | SIMBOLO | | DESCRIPCIÓN DEL PROCESO |
| | | ○ → ◐ ◑ ▼ | | Inicio |
| 18.09 | 0.25 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario se dirige hacia la estacion de enfermeria |
| | 2.36 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario espera para ser atendido en la estacion de enfermeria |
| | 6.04 | ● → ◐ ◑ ▽ | | Usuario Recibe Contacto Inicial |
| 6.89 | 0.09 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario se dirige hacia el consultorio para la Evaluacion Inicial |
| | 8.61 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario espera a ser evaluado por primera vez con medico |
| | 10.49 | ● → ◐ ◑ ▽ | | Usuario recibe evaluacion inicial |
| 9.89 | 0.14 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario se dirige hacia el area de apertura de expediente |
| | 30.28 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario espera a ser atendido para la apertura de expediente |
| | 15.43 | ● → ◐ ◑ ▽ | | Usuario atendido en apertura de expediente |
| 17.64 | 0.25 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario se dirige hacia el area de archivo para programar cita especialista |
| | 0 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario espera a ser atendido en archivo |
| | 3.05 | ● → ◐ ◑ ▽ | | Usuario es atendo en archivo |
| 29.08 | 0.40 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario se dirige a la salida |
| | | ○ → ◐ ◑ ▼ | | |
| 18.70 | 0.26 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario se dirige hacia evaluacion medica especialista inicial. |
| | 12.36 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario espera a ser atendido para la evaluacion medica especialista inicial |
| | 56.30 | ● → ◐ ◑ ▽ | | Usuario es evaluado por medico especialista |



| CARTA DE PROCESO | | | | |
|--|------------------|------------------|--------|--|
| UBICACIÓN: | | RESUMEN | | |
| PROCESO: INGRESO | | Actividad | Actual | Propuesto |
| FECHA: | | Operación | | |
| ELABORADO POR: | | Transporte | | |
| DIAGRAMA PIEZA EN: DIAGRAMA TERMINA EN: | | Demora | | |
| | | Inspección | | |
| | | Almacenaje | | |
| METODO: | | Tiempo (seg.) | | |
| HOJA 2 DE 2 | | Distancia (pies) | | |
| | | Costo | | |
| Unidad de Distancia | Unidad de Tiempo | SIMBOLO | | DESCRIPCIÓN DEL PROCESO |
| 6.89 | 0.10 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario se dirige hacia la estacion de enfermeria |
| | 6.35 | ● → ◐ ◑ ▽ | | Se elabora solicitud de intervencion en terapias |
| 39.26 | 0.63 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario se traslada para programar cita para evaluacion inicial en terapia |
| | 5.36 | ● → ◐ ◑ ▽ | | Usuario es atendido para programar cita |
| 45.40 | 0.63 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario se dirige a la salida |
| | | ○ → ◐ ◑ ▽ | ▼ | |
| 50.37 | 0.70 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario se dirige hacia el area de terapia correspondiente |
| | 6.32 | ○ → ◐ ◑ ▽ | ● | Usuario espera a ser atendido por terapeuta |
| | 35.56 | ● → ◐ ◑ ▽ | | Usuario es evaluado en terapia |
| 50.37 | 0.70 | ○ → ◐ ◑ ▽ | | Usuario se dirige a salida |
| | | ○ → ◐ ◑ ▽ | ▼ | FIN |
| | | ○ → ◐ ◑ ▽ | | |
| | | ○ → ◐ ◑ ▽ | | |
| | | ○ → ◐ ◑ ▽ | | |
| | | ○ → ◐ ◑ ▽ | | |
| | | ○ → ◐ ◑ ▽ | | |
| | | ○ → ◐ ◑ ▽ | | |
| | | ○ → ◐ ◑ ▽ | | |
| | | ○ → ◐ ◑ ▽ | | |
| | | ○ → ◐ ◑ ▽ | | |

Diagramando las actividades anteriores se obtiene un tiempo total de 202.70 minutos corridos, cabe destacar que el proceso no es de tipo lineal por lo cual el usuario tiene que recurrir hasta 3 veces para ponerlo a completar.

- *Tramo 1: Contacto Inicial – Programar cita médico especialista*
- *Tramo 2: Realizar evaluación médico especialista – Programar cita para evaluación en terapia.*
- *Tramo 3: Realizar evaluación inicial en terapia.*

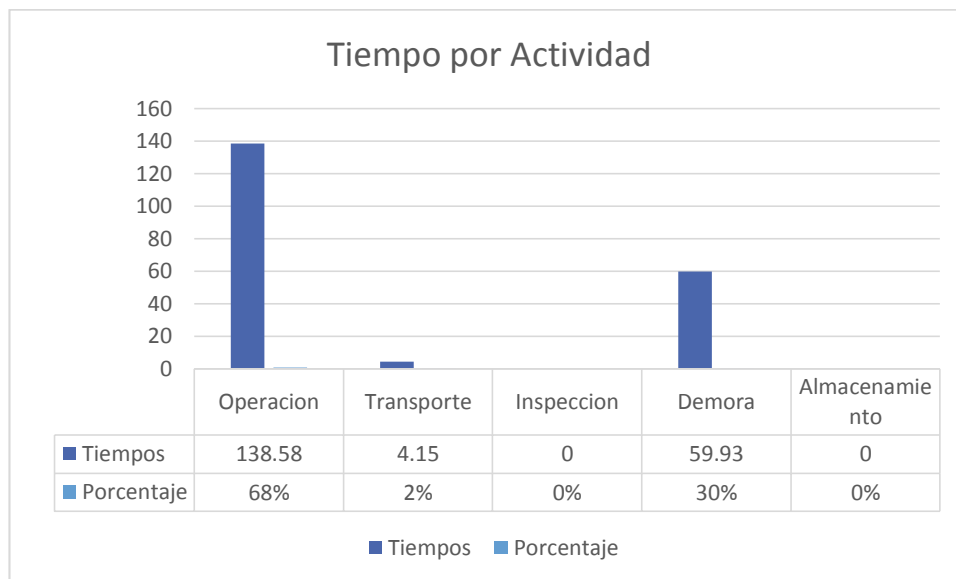


Figura 19 - Tiempos por Actividad - Carta de Procesos

En el gráfico anterior se observa que la eficiencia del proceso es del 68%, esto refleja que el usuario solamente es atendido 138.58 minutos de manera operativa y eficiente, el resto 59.93 minutos, este lo emplea esperando a que sea atendido en las diferentes áreas de consulta, siendo este el 30% del tiempo total, y el 2% lo emplea trasladándose entre las diferentes áreas.



2.3.2.1.2 *Intervenir Usuarios en los Servicios de Rehabilitación*

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| MISION | | | | |
| Intervenir al usuario en las diferentes disciplinas o modalidades, aplicando técnicas, ejercicios, y brindándoles atención mediante los programas musculo esquelético, neurológico, comunicación humana y educativo. | | | | |
| RESPONSABLE | | | | |
| Lic. Sandra de Sandoval | | | | |
| LIMITES | | | | |
| Inicia cuando el usuario es atendido en su primera terapia, y finaliza cuando el usuario es dado de alta, sea esta voluntaria, por cumplimiento o por ausencia. | | | | |
| PROVEEDORES | ENTRADAS | SUB-PROCESOS | SALIDAS | USUARIOS |
| Ingresar Usuarios a los Servicios de rehabilitación | <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Discapacidad del Usuario.</i> ✓ <i>Plan de Tratamiento</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Intervenir Usuarios en Servicios Médicos.</i> ✓ <i>Intervenir Usuarios en Servicios Terapéuticos</i> ✓ <i>Intervenir en Servicios Psicológicos</i> ✓ <i>Intervenir Usuarios en Servicios de Trabajo Social.</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Alta del Usuario.</i> ✓ <i>Usuario Atendido</i> ✓ <i>Usuario Rehabilitado</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Egresar Usuarios de los Servicios de rehabilitación.</i> |
| DOCUMENTOS | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Modelo de Atención y Provisión CRIO – CRIOR</i> ✓ <i>Normas Técnicas del Expediente Clínico (ESDOMED)</i> ✓ <i>Lineamientos del Programa de Epidemiología</i> ✓ <i>Lineamientos de Atención en la rehabilitación</i> | | | | |
| INDICADORES | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Cantidad de usuarios atendidos por unidad de producción.</i> ✓ <i>Usuarios dados de alta</i> | | | | |



CARGOS

- ✓ *Médico Especialista*
- ✓ *Enfermería*
- ✓ *Terapistas*

RECURSOS

- ✓ *Instalaciones del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente*
- ✓ *Formularios*
- ✓ *Equipos*



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

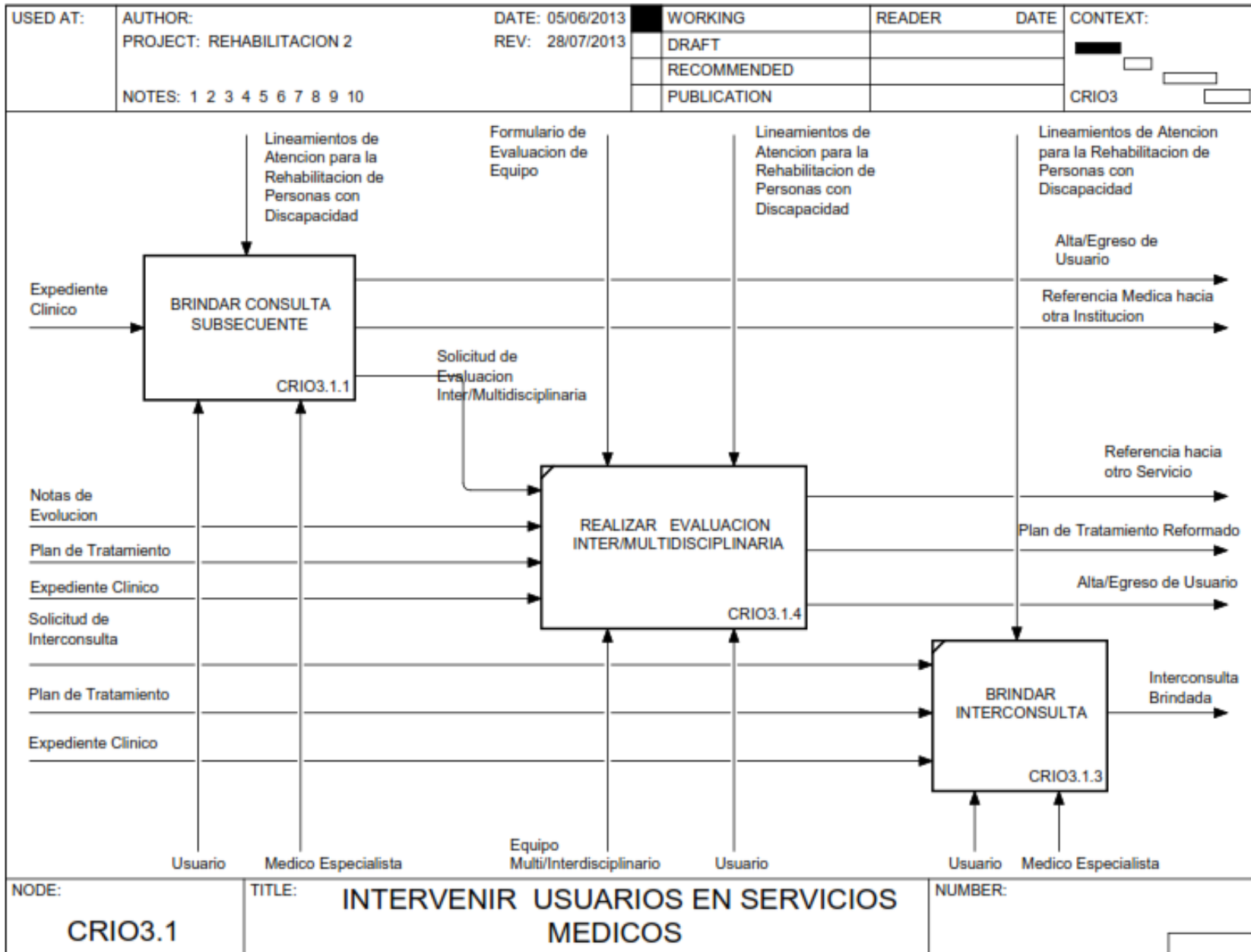
| | | | | | | | |
|----------|-----------------------------|------------------|-------------------------------------|-------------|--------|------|-------------------------------------|
| USED AT: | AUTHOR: | DATE: 22/05/2013 | <input checked="" type="checkbox"/> | WORKING | READER | DATE | CONTEXT: |
| | PROJECT: REHABILITACION 2 | REV: 27/11/2013 | <input type="checkbox"/> | DRAFT | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | RECOMMENDED | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | NOTES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | <input type="checkbox"/> | PUBLICATION | | | CRI00 <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| INTERVENIR USUARIOS EN SERVICIOS MEDICOS CRI03.1 | INTERVENIR USUARIO EN TERAPIA CRI03.5 | INTERVENIR USUARIOS EN SERVICIOS PSICOLOGICOS CRI03.3 | INTERVENIR USUARIOS EN SERVICIOS DE TRABAJO SOCIAL CRI03.4 |
|---|--|--|---|

| | | |
|----------------|--|---------------------------------|
| NODE: CRI03 | TITLE: INTERVENIR USUARIOS EN SERVICIOS DE REHABILITACION | NUMBER: <input type="text"/> |
|----------------|--|---------------------------------|

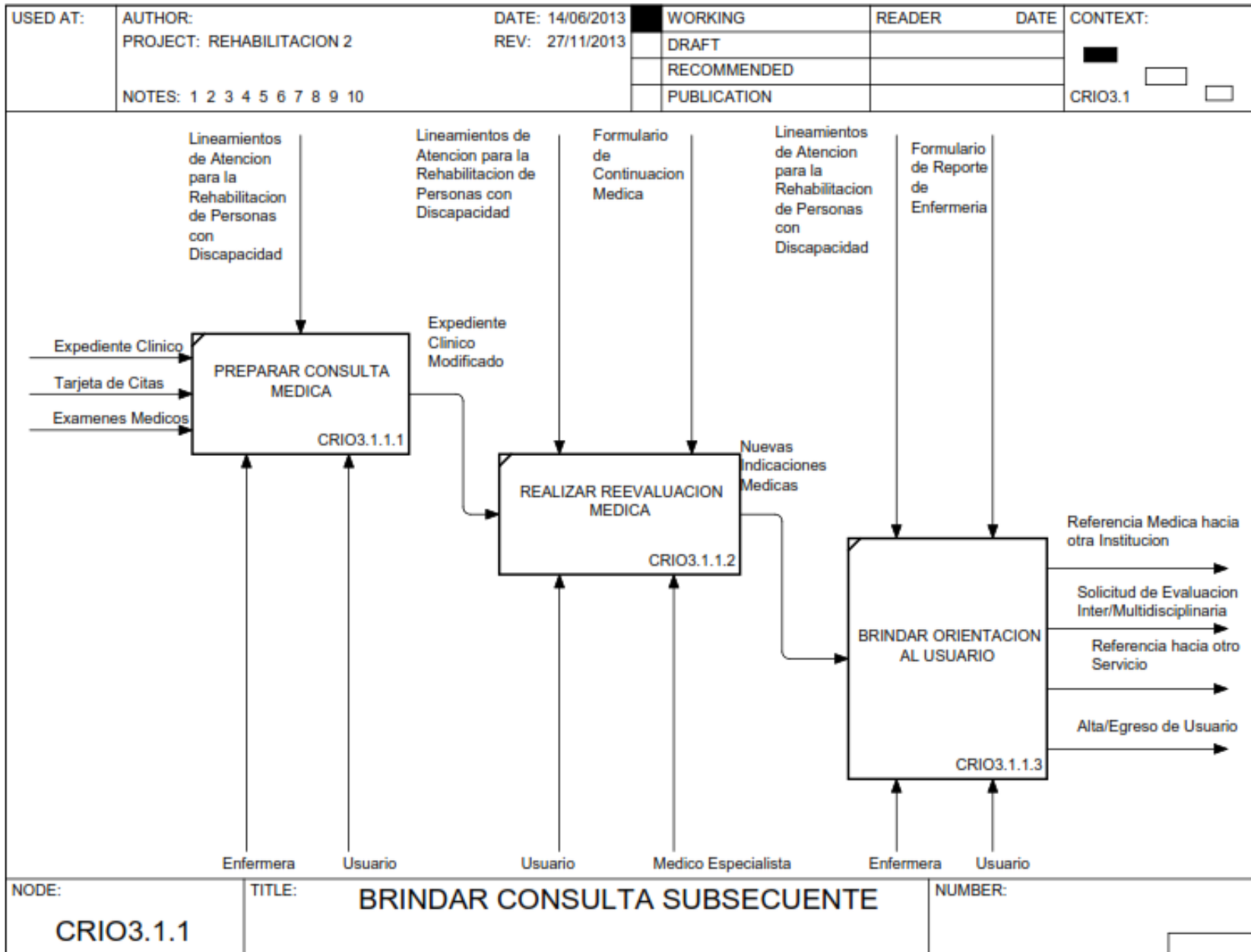


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)





Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)





Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|--------|----------------------|--|
| USED AT: | AUTHOR: | DATE: 05/06/2013 | WORKING | READER | DATE | CONTEXT: <input type="text"/> <input type="text"/> CRIO3 <input type="text"/> |
| | PROJECT: REHABILITACION 2 | REV: 05/04/2014 | DRAFT | | | |
| | NOTES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | RECOMMENDED | | | |
| | | | PUBLICATION | | | |
| <div data-bbox="485 500 812 683" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 150px;">REHABILITAR DISCAPACIDADES NEURO MUSCULOESQUELETICO CRIO3.5.6</div> <div data-bbox="865 768 1173 982" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 150px;">REHABILITAR DISCAPACIDADES DE COMUNICACION HUMANA CRIO3.5.8</div> <div data-bbox="1283 1083 1537 1252" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 150px;">REHABILITAR DISCAPACIDADES DE HABILIDADES ADAPTATIVAS CRIO3.5.9</div> | | | | | | |
| NODE: CRIO3.5 | TITLE: INTERVENIR USUARIO EN TERAPIA | NUMBER: | | | <input type="text"/> | |

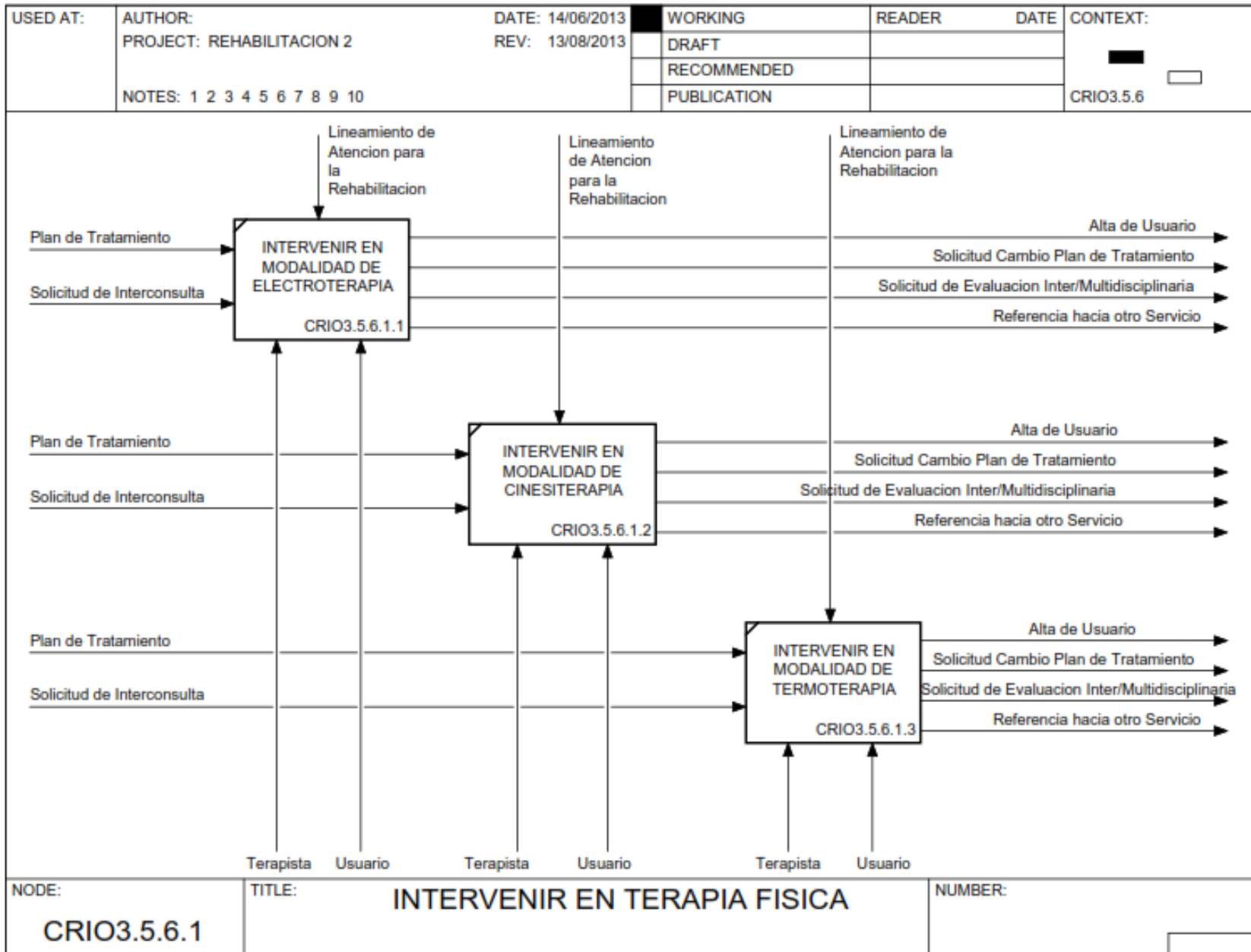


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| | | | | | | | |
|---|--|------------------|-------------------------------------|-------------|--------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| USED AT: | AUTHOR: | DATE: 14/06/2013 | <input checked="" type="checkbox"/> | WORKING | READER | DATE | CONTEXT: |
| | PROJECT: REHABILITACION 2 | REV: 05/04/2014 | <input type="checkbox"/> | DRAFT | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | NOTES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | <input type="checkbox"/> | RECOMMENDED | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | PUBLICATION | | | CRIO3.5 <input type="checkbox"/> |
| <div data-bbox="590 626 875 784" data-label="Text"><p>INTERVENIR EN TERAPIA FISICA CRIO3.5.6.1</p></div> <div data-bbox="1085 886 1371 1044" data-label="Text"><p>INTERVENIR EN TERAPIA OCUPACIONAL CRIO3.5.6.2</p></div> | | | | | | | |
| NODE: CRIO3.5.6 | TITLE: REHABILITAR DISCAPACIDADES NEURO MUSCULOESQUELETICO | | | | | NUMBER: <input type="checkbox"/> | |

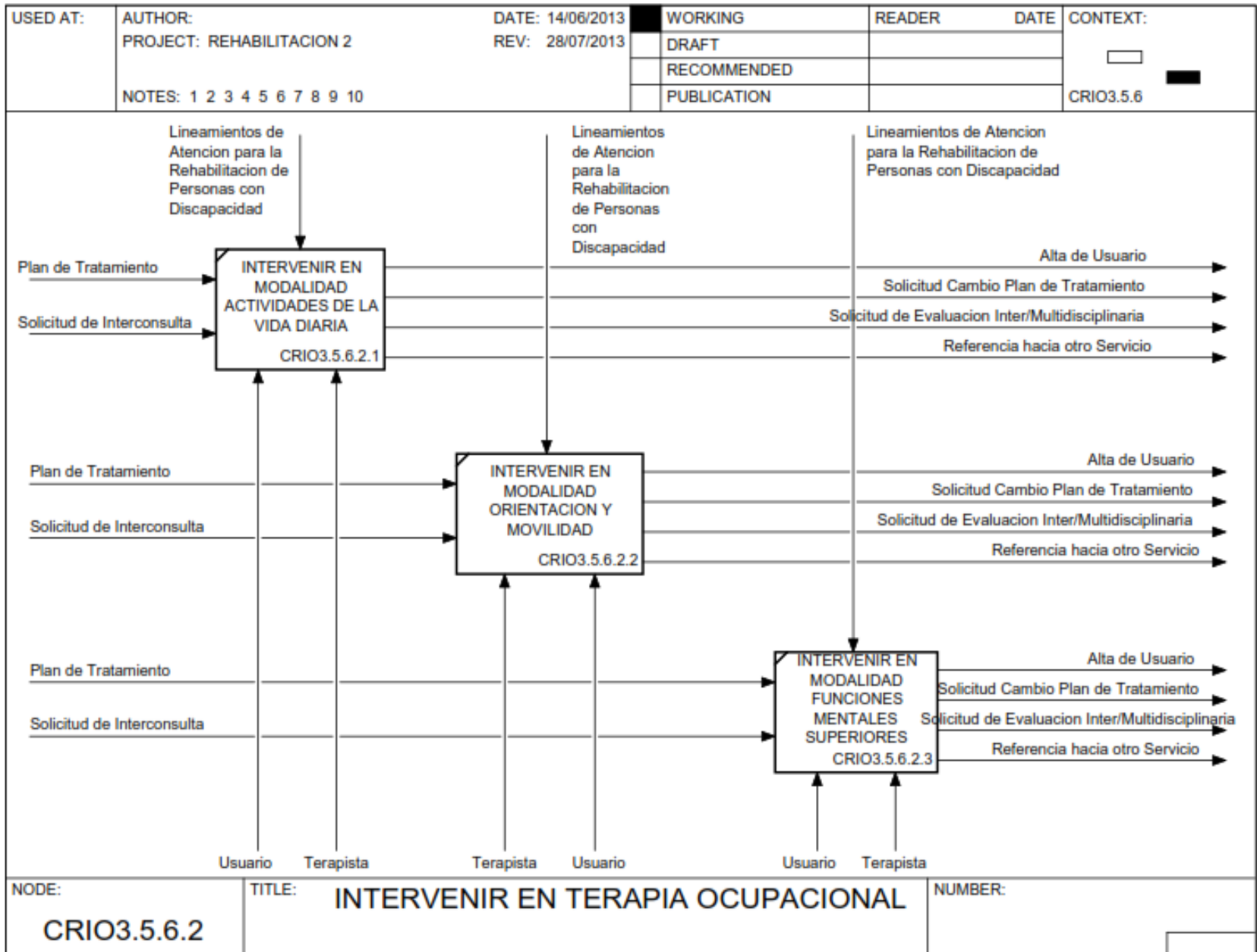


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)



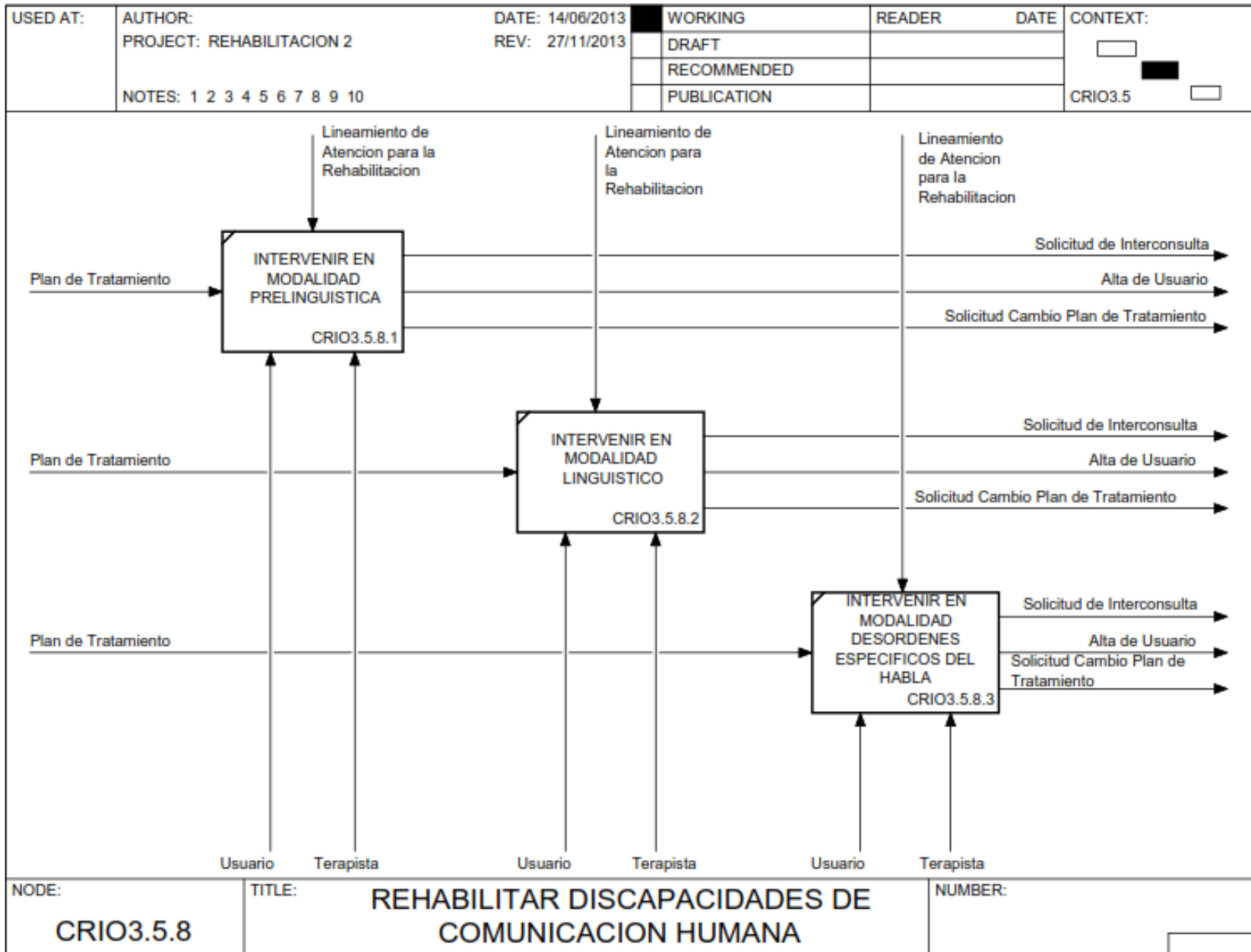


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)



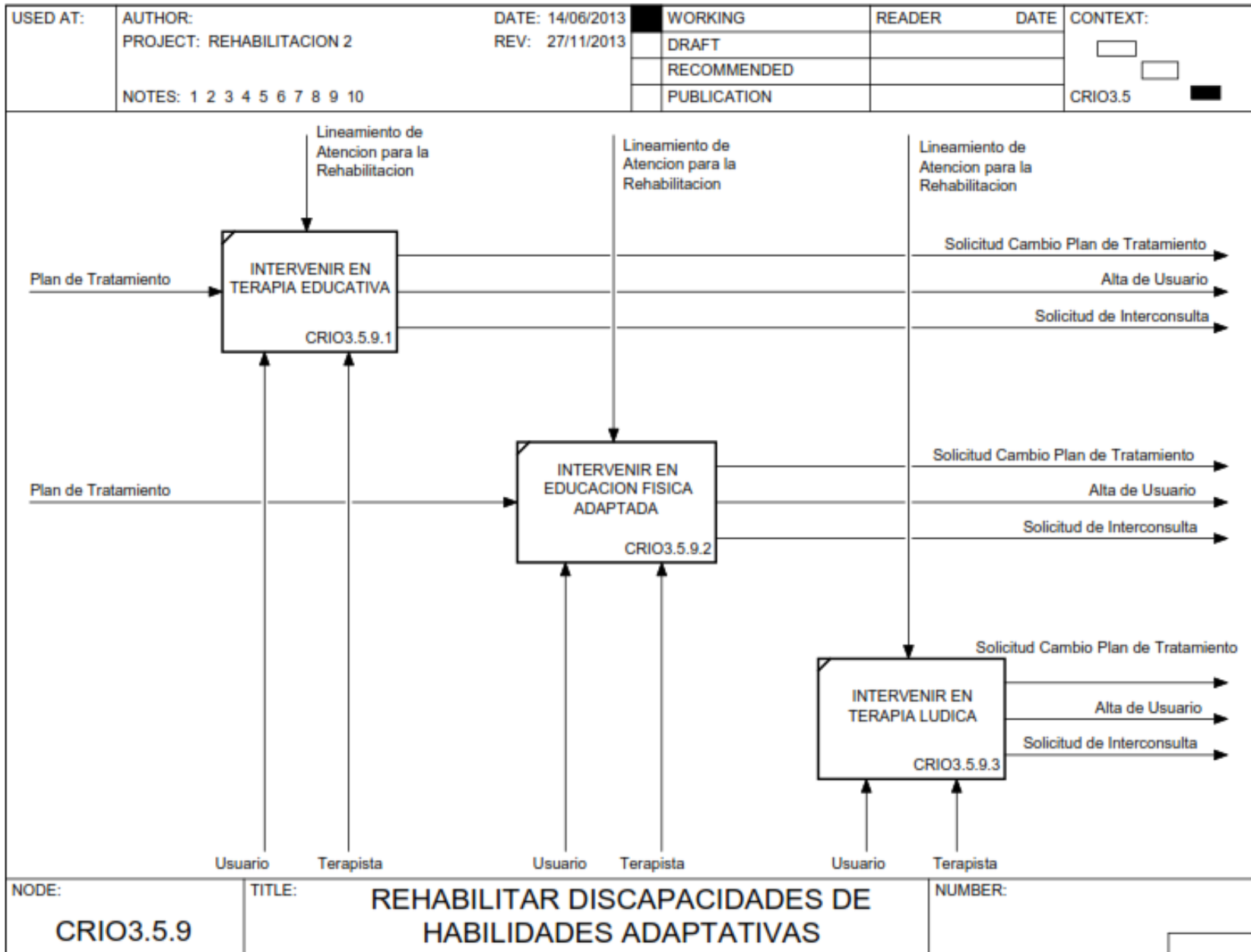


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)



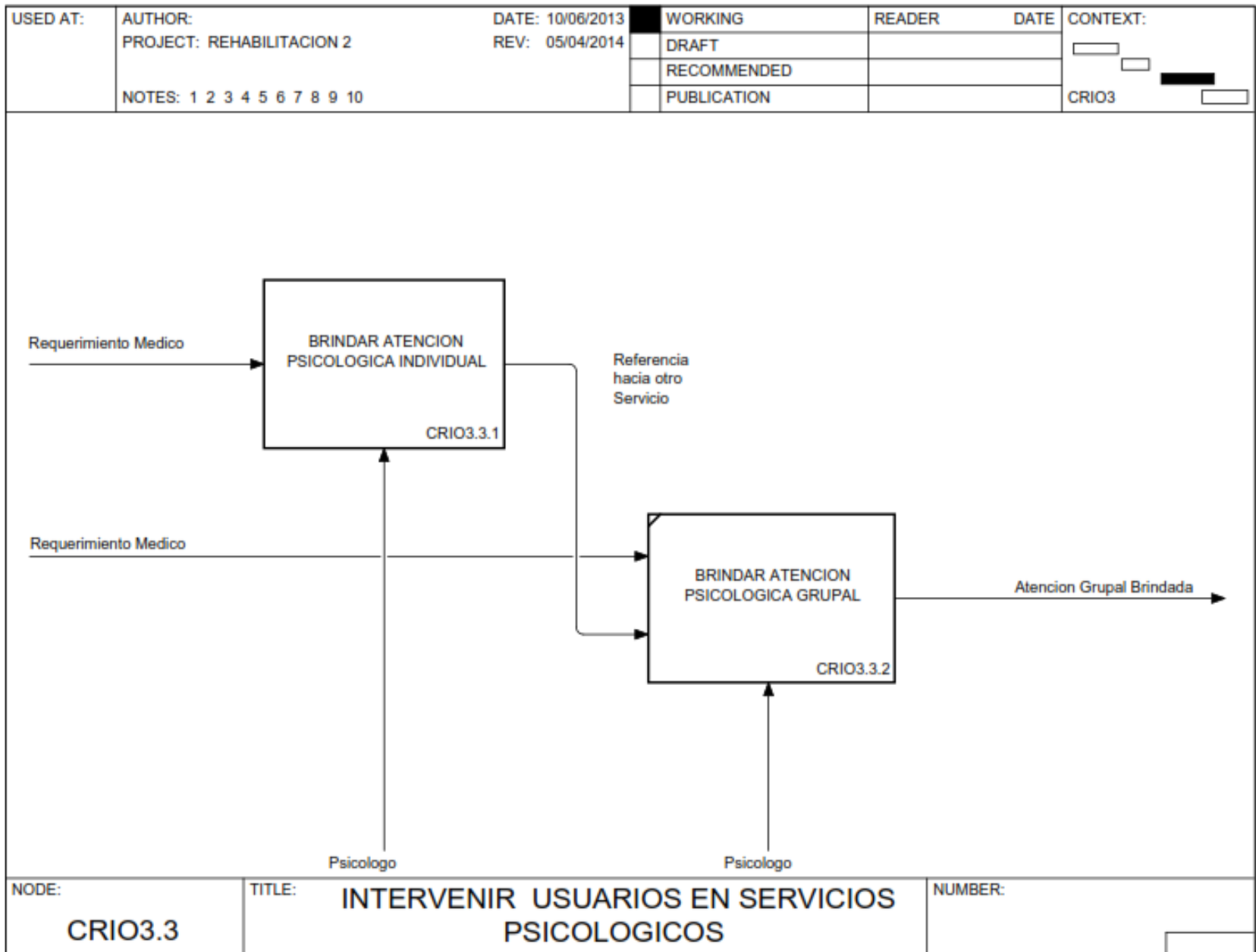


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)



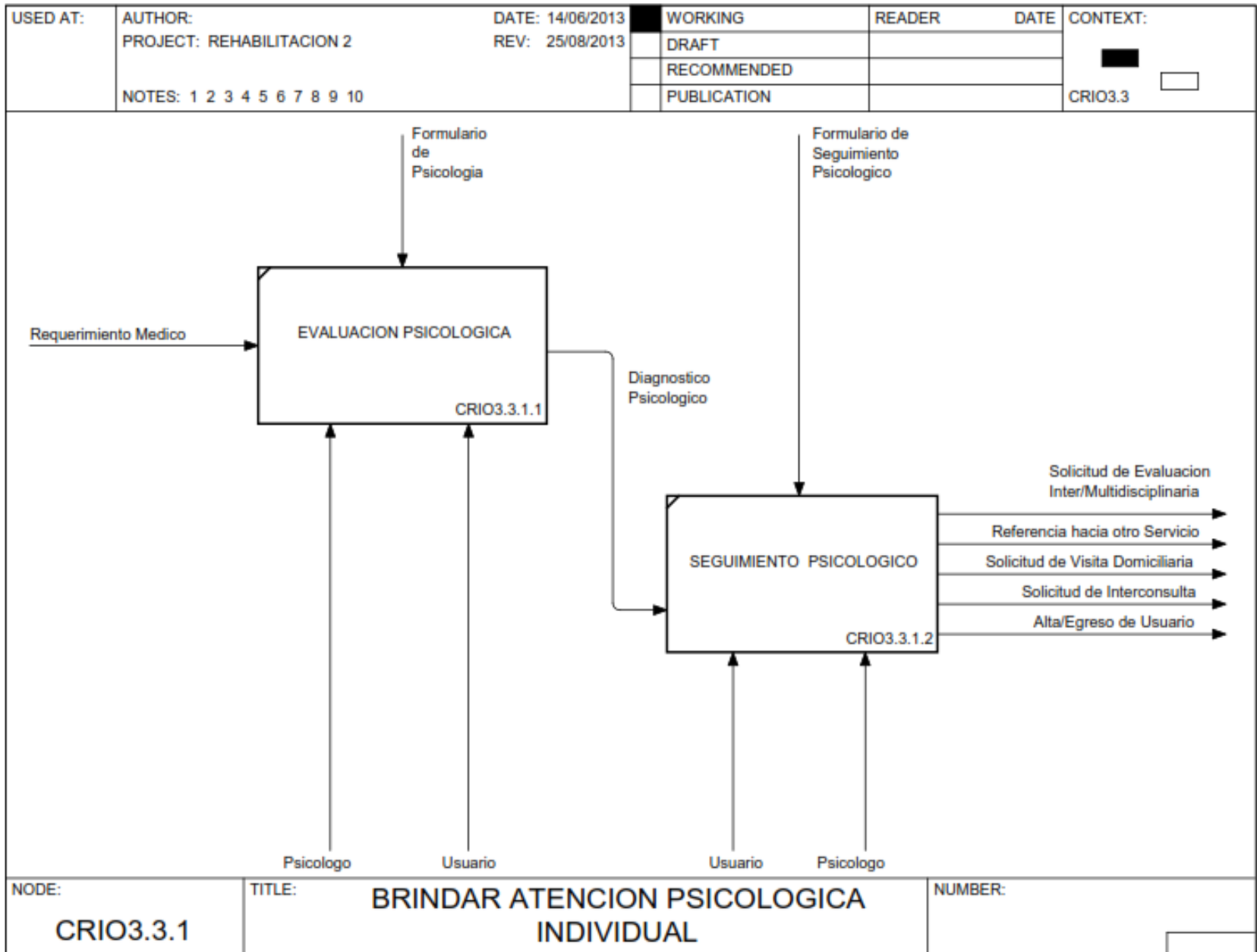


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)



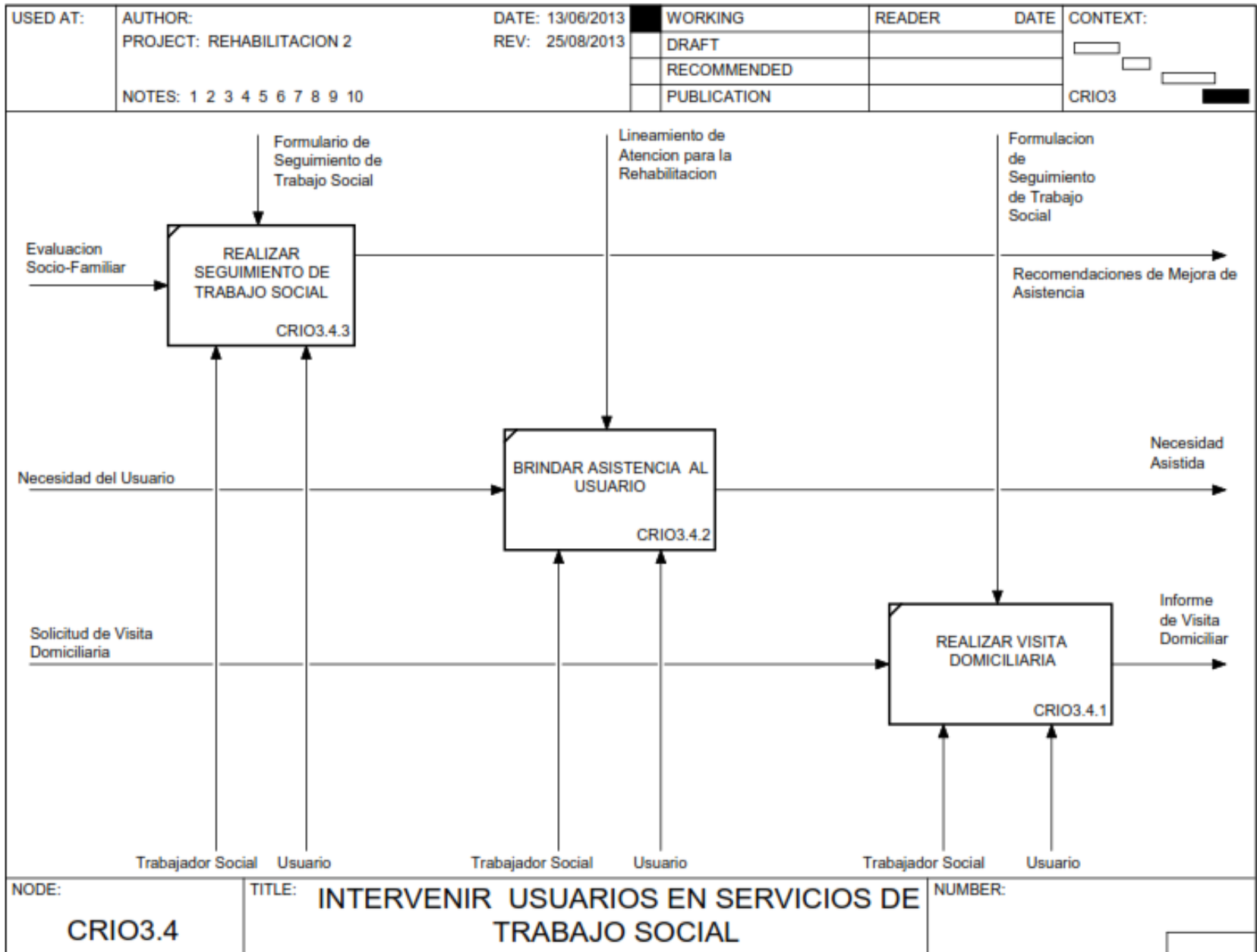


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)





Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)



Análisis de Actividades

| |
|--|
| <p>Nombre Brindar Consulta Subsecuente</p> |
| <p>Misión Evaluar el nivel de evolución que el usuario tiene mediante la aplicación de técnicas de terapias.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Inicial en Terapias</p> |
| <p>Entradas Expediente Clínico: Conjunto de formularios en los que está contenida toda la información obtenida en todos los procesos de atención al usuario.</p> |
| <p>Proceso</p> <pre> graph TD A[Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad] --> B[Brindar Consulta Subsecuente] C[Expediente Clínico] --> B D[Medico Especialista] --> B E[Usuario] --> B B --> F[Alta/Egreso del Usuario] B --> G[Referencia hacia otra institucion] B --> H[Solicitud Evaluacion Inter/Multidisciplinaria] </pre> |
| <p>Controles</p> <p>Documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoja de Continuación Medica - Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i> |
| <p>Mecanismos</p> <p>Médico Especialista: Realiza una evaluación de seguimiento, para identificar el nivel de evolución y respuesta del usuario a las terapias.</p> <p>Usuario: Se presenta y realiza una serie de test propuestos por el médico para evaluar el nivel de avance en su rehabilitación.</p> |
| <p>Salidas</p> <p>Alta/Egreso del Usuario: Cuando el usuario completa la meta propuesta en el plan de tratamiento, el medico procede a realizar la alta del servicio, o el egreso definitivo en caso de que fuese este el último servicio que se presta.</p> <p>Referencia hacia otra institución: Cuando la complejidad del usuario lo amerite, el medico dispondrá de referirlo hacia otra institución o dependencia del ISRI, para practicas especialistas.</p> <p>Solicitud de evaluación Inter/Multidisciplinaria: Cuando la complejidad de la discapacidad del usuario, no puede ser comprendida por el medico asignado, o no se tienen los resultados esperados, se procede a solicitar una evaluación en equipo.</p> |
| <p>Usuarios</p> <p>Realizar Evaluación Inter/Multidisciplinaria</p> <p>Intervenir Usuario en Servicios de Terapia</p> |



| |
|--|
| <p>Nombre Realizar Evaluación Multi/Interdisciplinaria</p> |
| <p>Misión Evaluar el nivel de evolución que el usuario tiene mediante la aplicación de técnicas de terapias.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Inicial en Terapias</p> |
| <p>Entradas Solicitud de Evaluación: Se procederá a realizar la solicitud de evaluación en equipo, cuando el usuario presenta múltiple discapacidades, gravedad de la discapacidad o evolución no satisfactoria, para determinar la conducta a seguir. Expediente Clínico: Conjunto de formularios en los que está contenida toda la información obtenida en todos los procesos de atención al usuario. Plan de Tratamiento: Especificaciones técnicas, mediante las cuales se aplicara la terapia, establece la intensidad, tipo de ejercicios que se aplicaran. Notas de evolución: Bitácora que registra la evolución del tratamiento y la discapacidad del usuario.</p> |
| <p>9*+-Proceso</p> <pre> graph TD FE[Formulario de Evaluación en Equipo] --> P[Realizar Evaluación Inter/Multidisciplinaria] LA[Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad] --> P SE[Solicitud de Evaluación Evolución] --> P EC[Expediente Clínico] --> P PT[Plan de Tratamiento] --> P EMI[Equipo Multi Interdisciplinari] --> P U[Usuario] --> P P --> RS[Referencia hacia otro Servicio] P --> PTR[Plan de Tratamiento Reformado] P --> AE[Alto/Egreso del Usuario] </pre> |
| <p>Controles</p> <p>Documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulario de Evaluación en equipo - Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i> |
| <p>Mecanismos</p> <p>Equipo Inter/Multidisciplinario: Equipo de trabajo conformado por técnicos de las diferentes áreas y disciplinas de terapias del centro, liderado por el medico fisiatra u otra especialidad.</p> <p>Usuario: Se presentara para la evaluación, en el caso que sea multidisciplinario, y se ausentara en el caso que sea interdisciplinario.</p> |
| <p>Salidas</p> <p>Alta/Egreso del Usuario: Cuando el usuario completa la meta propuesta en el plan de tratamiento, el medico procede a realizar la alta del servicio, o el egreso definitivo en caso de que fuese este el último servicio que se presta.</p> <p>Referencia hacia otro servicio: Cuando la complejidad del usuario lo amerite, el medico dispondrá de referirlo hacia otra área dentro del Centro.</p> <p>Plan de Tratamiento Reformado: Cambios en la manera, forma e intensidad con la cual se tratara la discapacidad del usuario.</p> |
| <p>Usuarios Intervenir Usuario en Servicios de Terapia</p> |



| |
|--|
| <p>Nombre Brindar Interconsulta</p> |
| <p>Misión Realizar una evaluación extraordinaria, para evaluar el nivel de evolución de la discapacidad del usuario.</p> |
| <p>Proveedores Intervenir Usuarios en Servicios de Terapia</p> |
| <p>Entradas Solicitud de Interconsulta: Cuando la complejidad de la discapacidad del usuario, no evoluciona de la manera planificada, el terapeuta refiere y solicita la interconsulta, con el fin de poder analizar y proponer acciones para la rehabilitación. Expediente Clínico: Conjunto de formularios en los que está contenida toda la información obtenida en todos los procesos de atención al usuario. Plan de Tratamiento: Especificaciones técnicas, mediante las cuales se aplicara la terapia, establece la intensidad, tipo de ejercicios que se aplicaran.</p> |
| <p>Proceso</p> |
| <p>Controles Documentación - Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad Indicadores - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i></p> |
| <p>Mecanismos Médico Especialista: Reevaluara al usuario, investigando las causas que generan que la evolución y respuesta del tratamiento no es efectivo como el planificado. Usuario: Se presentara para la evaluación, para la búsqueda de soluciones y alternativas para lograr la meta de la rehabilitación.</p> |
| <p>Salidas Plan de Tratamiento Reformado: Cambios en la manera, forma e intensidad con la cual se tratara la discapacidad del usuario.</p> |
| <p>Usuarios Intervenir Usuario en Servicios de Terapia</p> |

| |
|---------------|
| Nombre |
|---------------|



| |
|---|
| Intervenir en Modalidad de Electroterapia |
| <p>Misión Lograr la funcionalidad y rehabilitación física mediante la aplicación de estimulación eléctrica muscular.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Inicial en Terapia</p> |
| <p>Entradas Solicitud de Interconsulta: Cuando la complejidad de la discapacidad del usuario, no evoluciona de la manera planificada, el terapeuta refiere y solicita la interconsulta, con el fin de poder analizar y proponer acciones para la rehabilitación. Plan de Tratamiento: Especificaciones técnicas, mediante las cuales se aplicara la terapia, establece la intensidad, tipo de ejercicios que se aplicaran.</p> |
| <p>Proceso</p> |
| <p>Controles Documentación - Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad</p> <p>Indicadores - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i></p> |
| <p>Mecanismos Terapeuta: Aplicara la modalidad de electroterapia sea tipo TENS o ultrasónica. Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento.</p> |
| <p>Salidas Alta de Usuario: Se le brinda el alta al usuario cuando este ha cumplido el plan de tratamiento, o tiene un nivel de inasistencia de 3 faltas. Solicitud Cambio Plan de Tratamiento: Cuando la evolución del tratamiento no es la esperada, el terapeuta puede solicitar un cambio de plan de tratamiento por medio de la interconsulta. Solicitud de Equipo Inter/Multidisciplinario: Cuando la complejidad de la discapacidad es múltiple, se procede a solicitar la conformación de un equipo de las diferentes áreas de intervención del centro. Referencia hacia otro Servicio: El terapeuta refiere hacia otro servicio complementario para lograr la rehabilitación.</p> |
| <p>Usuarios Intervenir Usuario en Servicios de Terapia Egresar Usuarios</p> |
| Nombre |



| |
|---|
| Intervenir en Modalidad de Electroterapia |
| <p>Misión Lograr la funcionalidad y rehabilitación física mediante la aplicación de movimientos musculares.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Inicial en Terapia</p> |
| <p>Entradas Solicitud de Interconsulta: Cuando la complejidad de la discapacidad del usuario, no evoluciona de la manera planificada, el terapeuta refiere y solicita la interconsulta, con el fin de poder analizar y proponer acciones para la rehabilitación. Plan de Tratamiento: Especificaciones técnicas, mediante las cuales se aplicara la terapia, establece la intensidad, tipo de ejercicios que se aplicaran.</p> |
| <p>Proceso</p> <pre> graph TD A[Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad] --> B[Intervenir en Modalidad de Cinesiterapia] C[Solicitud de Interconsulta] --> B D[Plan de Tratamiento] --> B E[Terapeuta] --> B F[Usuario] --> B B --> G[Alta de Usuario] B --> H[Solicitud Cambio Plan de Tratamiento] B --> I[Solicitud Equipo] B --> J[Referencia hacia otro servicio] </pre> |
| <p>Controles</p> <p>Documentación - Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad</p> <p>Indicadores - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i></p> |
| <p>Mecanismos Terapeuta: Aplicara una serie de ejercicios de movimientos para lograr respuesta muscular. Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento.</p> |
| <p>Salidas Alta de Usuario: Se le brinda el alta al usuario cuando este ha cumplido el plan de tratamiento, o tiene un nivel de inasistencia de 3 faltas. Solicitud Cambio Plan de Tratamiento: Cuando la evolución del tratamiento no es la esperada, el terapeuta puede solicitar un cambio de plan de tratamiento por medio de la interconsulta. Solicitud de Equipo Inter/Multidisciplinario: Cuando la complejidad de la discapacidad es múltiple, se procede a solicitar la conformación de un equipo de las diferentes áreas de intervención del centro. Referencia hacia otro Servicio: El terapeuta refiere hacia otro servicio complementario para lograr la rehabilitación.</p> |
| <p>Usuarios Intervenir Usuario en Servicios de Terapia Egresar Usuarios</p> |
| Nombre |



| |
|---|
| Intervenir en Modalidad de Termoterapia |
| <p>Misión Lograr la funcionalidad y rehabilitación física muscular, mediante la aplicación de temperatura.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Inicial en Terapia</p> |
| <p>Entradas Solicitud de Interconsulta: Cuando la complejidad de la discapacidad del usuario, no evoluciona de la manera planificada, el terapeuta refiere y solicita la interconsulta, con el fin de poder analizar y proponer acciones para la rehabilitación. Plan de Tratamiento: Especificaciones técnicas, mediante las cuales se aplicara la terapia, establece la intensidad, tipo de ejercicios que se aplicaran.</p> |
| <p>Proceso</p> |
| <p>Controles</p> <p>Documentación - Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad</p> <p>Indicadores - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i></p> |
| <p>Mecanismos</p> <p>Terapeuta: Aplicara una serie de ejercicios de movimientos combinados con la aplicación de compresas a diferentes temperaturas y por periodos diferentes.</p> <p>Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento.</p> |
| <p>Salidas</p> <p>Alta de Usuario: Se le brinda el alta al usuario cuando este ha cumplido el plan de tratamiento, o tiene un nivel de inasistencia de 3 faltas.</p> <p>Solicitud Cambio Plan de Tratamiento: Cuando la evolución del tratamiento no es la esperada, el terapeuta puede solicitar un cambio de plan de tratamiento por medio de la interconsulta.</p> <p>Solicitud de Equipo Inter/Multidisciplinario: Cuando la complejidad de la discapacidad es múltiple, se procede a solicitar la conformación de un equipo de las diferentes áreas de intervención del centro.</p> <p>Referencia hacia otro Servicio: El terapeuta refiere hacia otro servicio complementario para lograr la rehabilitación.</p> |
| <p>Usuarios Intervenir Usuario en Servicios de Terapia Egresar Usuarios</p> |
| Nombre |



| |
|---|
| <p>Intervenir en Modalidad de Actividades de la Vida Diaria</p> |
| <p>Misión Lograr la funcionabilidad y rehabilitación mediante la inserción de componentes de la actividad cotidiana comprendiendo el auto cuidado, trabajo y juegos.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Inicial en Terapia</p> |
| <p>Entradas Solicitud de Interconsulta: Cuando la complejidad de la discapacidad del usuario, no evoluciona de la manera planificada, el terapeuta refiere y solicita la interconsulta, con el fin de poder analizar y proponer acciones para la rehabilitación. Plan de Tratamiento: Especificaciones técnicas, mediante las cuales se aplicara la terapia, establece la intensidad, tipo de ejercicios que se aplicaran.</p> |
| <p>Proceso</p> <pre> graph TD A[Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad] --> B[Intervenir en Modalidad de Actividades de la Vida Diaria] C[Solicitud de Interconsulta] --> B D[Plan de Tratamiento] --> B E[Terapeuta] --> B F[Usuario] --> B B --> G[Alta de Usuario] B --> H[Solicitud Cambio Plan de Tratamiento] B --> I[Solicitud Equipo] B --> J[Referencia hacia otro servicio] </pre> |
| <p>Controles Documentación - Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad Indicadores - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i></p> |
| <p>Mecanismos Terapeuta: Aplicara una serie de ejercicios para lograr que el usuario se pueda valer en su vida cotidiana, logrando el autocuidado, movilidad, reconocimiento de entorno, trabajo. Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento.</p> |
| <p>Salidas Alta de Usuario: Se le brinda el alta al usuario cuando este ha cumplido el plan de tratamiento, o tiene un nivel de inasistencia de 3 faltas. Solicitud Cambio Plan de Tratamiento: Cuando la evolución del tratamiento no es la esperada, el terapeuta puede solicitar un cambio de plan de tratamiento por medio de la interconsulta. Solicitud de Equipo Inter/Multidisciplinario: Cuando la complejidad de la discapacidad es múltiple, se procede a solicitar la conformación de un equipo de las diferentes áreas de intervención del centro. Referencia hacia otro Servicio: El terapeuta refiere hacia otro servicio complementario para lograr la rehabilitación.</p> |
| <p>Usuarios Intervenir Usuario en Servicios de Terapia Egresar Usuarios</p> |
| <p>Nombre</p> |



| |
|---|
| <p>Intervenir en Modalidad de Orientación y Movilidad</p> |
| <p>Misión Lograr la funcionabilidad y rehabilitación mediante programación y concientización de los sentidos, concepción de espacios y fomentar habilidades de búsqueda y movimiento independiente.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Inicial en Terapia</p> |
| <p>Entradas Solicitud de Interconsulta: Cuando la complejidad de la discapacidad del usuario, no evoluciona de la manera planificada, el terapeuta refiere y solicita la interconsulta, con el fin de poder analizar y proponer acciones para la rehabilitación. Plan de Tratamiento: Especificaciones técnicas, mediante las cuales se aplicara la terapia, establece la intensidad, tipo de ejercicios que se aplicaran.</p> |
| <p>Proceso</p> |
| <p>Controles</p> <p>Documentación - Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad</p> <p>Indicadores - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i></p> |
| <p>Mecanismos Terapeuta: Aplicara una serie de ejercicios para lograr que el usuario se pueda valer en su vida cotidiana, logrando el autocuidado, movilidad, reconocimiento de entorno, trabajo. Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento.</p> |
| <p>Salidas Alta de Usuario: Se le brinda el alta al usuario cuando este ha cumplido el plan de tratamiento, o tiene un nivel de inasistencia de 3 faltas. Solicitud Cambio Plan de Tratamiento: Cuando la evolución del tratamiento no es la esperada, el terapeuta puede solicitar un cambio de plan de tratamiento por medio de la interconsulta. Solicitud de Equipo Inter/Multidisciplinario: Cuando la complejidad de la discapacidad es múltiple, se procede a solicitar la conformación de un equipo de las diferentes áreas de intervención del centro. Referencia hacia otro Servicio: El terapeuta refiere hacia otro servicio complementario para lograr la rehabilitación.</p> |
| <p>Usuarios Intervenir Usuario en Servicios de Terapia Egresar Usuarios</p> |
| <p>Nombre</p> |

| |
|---|
| <p>Intervenir en Modalidad de Funciones Mentales Superiores</p> |
| <p>Misión Lograr la funcionabilidad y rehabilitación mediante programación de la memoria, atención, práctica de ejercicios complejos mediante estímulos, materialización de la lengua y sonidos.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Inicial en Terapia</p> |
| <p>Entradas Solicitud de Interconsulta: Cuando la complejidad de la discapacidad del usuario, no evoluciona de la manera planificada, el terapeuta refiere y solicita la interconsulta, con el fin de poder analizar y proponer acciones para la rehabilitación. Plan de Tratamiento: Especificaciones técnicas, mediante las cuales se aplicara la terapia, establece la intensidad, tipo de ejercicios que se aplicaran.</p> |
| <p>Proceso</p> <pre> graph TD A[Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad] --> B[Intervenir en Modalidad de Funciones Mentales Superiores] C[Solicitud de Interconsulta] --> B D[Plan de Tratamiento] --> B E[Terapeuta] --> B F[Usuario] --> B B --> G[Alta de Usuario] B --> H[Solicitud Cambio Plan de Tratamiento] B --> I[Solicitud Equipo] B --> J[Referencia hacia otro servicio] </pre> |
| <p>Controles Documentación - Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad</p> <p>Indicadores - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i></p> |
| <p>Mecanismos Terapeuta: Aplicara una serie de ejercicios para lograr que el usuario se pueda valer en su vida cotidiana, logrando el autocuidado, movilidad, reconocimiento de entorno, trabajo. Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento.</p> |
| <p>Salidas Alta de Usuario: Se le brinda el alta al usuario cuando este ha cumplido el plan de tratamiento, o tiene un nivel de inasistencia de 3 faltas. Solicitud Cambio Plan de Tratamiento: Cuando la evolución del tratamiento no es la esperada, el terapeuta puede solicitar un cambio de plan de tratamiento por medio de la interconsulta. Solicitud de Equipo Inter/Multidisciplinario: Cuando la complejidad de la discapacidad es múltiple, se procede a solicitar la conformación de un equipo de las diferentes áreas de intervención del centro. Referencia hacia otro Servicio: El terapeuta refiere hacia otro servicio complementario para lograr la rehabilitación.</p> |
| <p>Usuarios Intervenir Usuario en Servicios de Terapia Egresar Usuarios</p> |
| <p>Nombre</p> |



Intervenir en Modalidad Pre lingüística

Misión

Lograr el desarrollo del lenguaje en niños menores de 2 años, producción de sonidos fonéticos estables, vocalizaciones, respuesta a estímulos sonoros

Proveedores

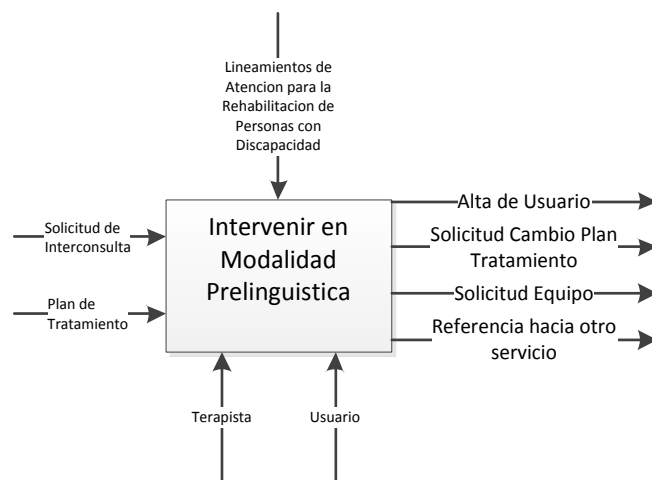
Realizar Evaluación Inicial en Terapia

Entradas

Solicitud de Interconsulta: Cuando la complejidad de la discapacidad del usuario, no evoluciona de la manera planificada, el terapeuta refiere y solicita la interconsulta, con el fin de poder analizar y proponer acciones para la rehabilitación.

Plan de Tratamiento: Especificaciones técnicas, mediante las cuales se aplicara la terapia, establece la intensidad, tipo de ejercicios que se aplicaran.

Proceso



Controles

Documentación

- Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad

Indicadores

- *Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.*

Mecanismos

Terapeuta: Aplicara una serie de ejercicios y metodologías didácticas, para lograr el desarrollo fonético y de lenguaje.

Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento.

Salidas

Alta de Usuario: Se le brinda el alta al usuario cuando este ha cumplido el plan de tratamiento, o tiene un nivel de inasistencia de 3 faltas.

Solicitud Cambio Plan de Tratamiento: Cuando la evolución del tratamiento no es la esperada, el terapeuta puede solicitar un cambio de plan de tratamiento por medio de la interconsulta.

Solicitud de Equipo Inter/Multidisciplinario: Cuando la complejidad de la discapacidad es múltiple, se procede a solicitar la conformación de un equipo de las diferentes áreas de intervención del centro.

Referencia hacia otro Servicio: El terapeuta refiere hacia otro servicio complementario para lograr la rehabilitación.

Usuarios

Intervenir Usuario en Servicios de Terapia

Egresar Usuarios



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| |
|---|
| <p>Nombre Intervenir en Modalidad Lingüística</p> |
| <p>Misión Establecer la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida en los niños, logrando la rehabilitación de alteraciones del habla, audición, voz, comunicación.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Inicial en Terapia</p> |
| <p>Entradas Solicitud de Interconsulta: Cuando la complejidad de la discapacidad del usuario, no evoluciona de la manera planificada, el terapeuta refiere y solicita la interconsulta, con el fin de poder analizar y proponer acciones para la rehabilitación. Plan de Tratamiento: Especificaciones técnicas, mediante las cuales se aplicara la terapia, establece la intensidad, tipo de ejercicios que se aplicaran.</p> |
| <p>Proceso</p> |
| <p>Controles</p> <p>Documentación - Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad</p> <p>Indicadores - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i></p> |
| <p>Mecanismos Terapeuta: Evaluara las diferentes dimensiones del lenguaje a nivel semántica, pragmática, morfo-sintaxis, y fonología. Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento.</p> |
| <p>Salidas Alta de Usuario: Se le brinda el alta al usuario cuando este ha cumplido el plan de tratamiento, o tiene un nivel de inasistencia de 3 faltas. Solicitud Cambio Plan de Tratamiento: Cuando la evolución del tratamiento no es la esperada, el terapeuta puede solicitar un cambio de plan de tratamiento por medio de la interconsulta. Solicitud de Equipo Inter/Multidisciplinario: Cuando la complejidad de la discapacidad es múltiple, se procede a solicitar la conformación de un equipo de las diferentes áreas de intervención del centro. Referencia hacia otro Servicio: El terapeuta refiere hacia otro servicio complementario para lograr la rehabilitación.</p> |
| <p>Usuarios Intervenir Usuario en Servicios de Terapia Egresar Usuarios</p> |



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| |
|---|
| <p>Nombre Intervenir en Modalidad Desordenes Específicos del Habla</p> |
| <p>Misión Establecer la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida en los niños, logrando la rehabilitación de alteraciones del habla, audición, voz, comunicación.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Inicial en Terapia</p> |
| <p>Entradas Solicitud de Interconsulta: Cuando la complejidad de la discapacidad del usuario, no evoluciona de la manera planificada, el terapeuta refiere y solicita la interconsulta, con el fin de poder analizar y proponer acciones para la rehabilitación. Plan de Tratamiento: Especificaciones técnicas, mediante las cuales se aplicara la terapia, establece la intensidad, tipo de ejercicios que se aplicaran.</p> |
| <p>Proceso</p> <pre> graph TD A[Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad] --> B[Intervenir en Modalidad Trastornos Específicos del Habla] C[Solicitud de Interconsulta] --> B D[Plan de Tratamiento] --> B E[Terapeuta] --> B F[Usuario] --> B B --> G[Alta de Usuario] B --> H[Solicitud Cambio Plan Tratamiento] B --> I[Solicitud Equipo] B --> J[Referencia hacia otro servicio] </pre> |
| <p>Controles</p> <p>Documentación - Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad</p> <p>Indicadores - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i></p> |
| <p>Mecanismos</p> <p>Terapeuta: Evaluara las diferentes dimensiones del lenguaje a nivel semántica, pragmática, morfo-sintaxis, y fonología. Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento.</p> |
| <p>Salidas</p> <p>Alta de Usuario: Se le brinda el alta al usuario cuando este ha cumplido el plan de tratamiento, o tiene un nivel de inasistencia de 3 faltas. Solicitud Cambio Plan de Tratamiento: Cuando la evolución del tratamiento no es la esperada, el terapeuta puede solicitar un cambio de plan de tratamiento por medio de la interconsulta. Solicitud de Equipo Inter/Multidisciplinario: Cuando la complejidad de la discapacidad es múltiple, se procede a solicitar la conformación de un equipo de las diferentes áreas de intervención del centro. Referencia hacia otro Servicio: El terapeuta refiere hacia otro servicio complementario para lograr la rehabilitación.</p> |
| <p>Usuarios Intervenir Usuario en Servicios de Terapia Egresar Usuarios</p> |



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

Nombre

Evaluación Psicológica

Misión

Establecer la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida en los niños, logrando la rehabilitación de alteraciones del habla, audición, voz, comunicación.

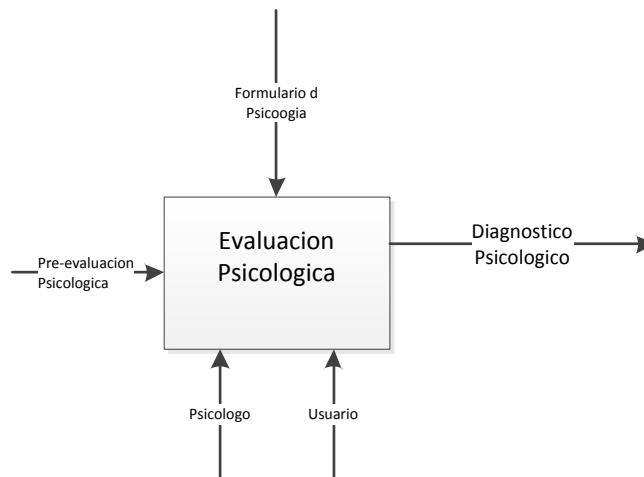
Proveedores

Pre-evaluación Psicológica

Entradas

Pre-evaluación Psicológica: Documento que contiene información que determina la salud mental del usuario, y las posibles recomendaciones de tratamiento a seguir mientras dure su rehabilitación.

Proceso



Controles

Documentación

- Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad
- Formulario de Psicología

Indicadores

- *Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.*

Mecanismos

Psicólogo: Evaluara el desarrollo mental del usuario, con el fin de poder establecer el patrón psicológico y recomendaciones para el plan de tratamiento psicológico.

Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento.

Salidas

Diagnostico Psicológico: Se detalla la interpretación de le evaluación, impresiones y el plan de tratamiento psicológico a seguir.

Usuarios

Intervenir Usuario en Servicios de Terapia
Egresar Usuarios



| |
|--|
| <p>Nombre Seguimiento Psicológico</p> |
| <p>Misión Establecer la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida en los niños, logrando la rehabilitación de alteraciones del habla, audición, voz, comunicación.</p> |
| <p>Proveedores Evaluación Psicológica</p> |
| <p>Entradas Pre-evaluación Psicológica: Documento que contiene información que determina la salud mental del usuario, y las posibles recomendaciones de tratamiento a seguir mientras dure su rehabilitación.</p> |
| <p>Proceso</p> |
| <p>Controles</p> <p>Documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lineamientos de Atención para la Rehabilitación de Personas con Discapacidad - Formulario de Seguimiento Psicológico <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i> |
| <p>Mecanismos</p> <p>Terapeuta: Brindara atenciones psicológicas previamente programadas con el usuario, identificando factores influyentes de tipo mental y físico que impiden la rehabilitación integral.</p> <p>Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento.</p> |
| <p>Salidas</p> <p>Solicitud Evaluación Inter/Multidisciplinaria: Cuando la complejidad de la discapacidad es múltiple, se procede a solicitar la conformación de un equipo de las diferentes áreas de intervención del centro.</p> <p>Referencia hacia otro servicio: Debido a la complejidad de la discapacidad del usuario este es referido a otras modalidades para lograr el nivel de rehabilitación.</p> <p>Solicitud de Visita Domiciliaria: Debido a complejidades socio-familiares que afectan al usuario, se remite a inspeccionar el entorno donde se desenvuelve, para poder identificar problemáticas que no le permiten el desarrollo pleno de la rehabilitación.</p> <p>Solicitud de Interconsulta: Se solicita una reevaluación con el médico especialista, para tratar acciones de mejora en la rehabilitación.</p> <p>Alta/Egreso del Usuario: Se realiza el alta cuando el usuario cumple con el plan de tratamiento asignado, y en caso que el servicio psicológico sea el último que se está brindando se realiza el egreso.</p> |
| <p>Usuarios</p> <p>Intervenir Usuario en Servicios de Terapia</p> <p>Egresar Usuarios</p> |



| |
|---|
| <p>Nombre Realizar seguimiento de trabajo social</p> |
| <p>Misión Establecer y monitorear el conjunto de acciones para lograr el desarrollo del usuario en su núcleo familiar, entorno y comunidad.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Socio-Familiar</p> |
| <p>Entradas Evaluación Socio-Familiar: Documento que contiene información socio-demográfica del usuario, mediante la cual se realiza seguimiento y búsqueda de apoyo de la comunidad y familiar y lograr la rehabilitación integral.</p> |
| <p>Proceso</p> <pre> graph TD A[Formulario de Seguimiento de Trabajo Social] --> B[Brindar Seguimiento de Trabajo Social] C[Evaluación Socio-Familiar] --> B D[Trabajador Social] --> B E[Usuario] --> B B --> F[Recomendaciones de Asistencia] </pre> |
| <p>Controles</p> <p>Documentación - Formulario de Seguimiento de Trabajo Social</p> <p>Indicadores - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i></p> |
| <p>Mecanismos</p> <p>Trabajador Social: Identificar, orientar, gestionar y dar seguimiento a las necesidades de los usuarios, propiciando con ello una rehabilitación integral con la participación activa del usuario, familia y/o responsables, así como apoyar la gestión intra e interinstitucional para su inclusión</p> <p>Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento.</p> |
| <p>Salidas Recomendaciones de Asistencia: Se establecerán medidas para lograr la inclusión, inserción y participación del usuario, familia y comunidad, en el tratamiento, como grupos de interés, para lograr la rehabilitación integral.</p> |
| <p>Usuarios Intervenir Usuario en Servicios de Terapia Egresar Usuarios</p> |



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| |
|--|
| Nombre Brindar Asistencia al Usuario |
| Misión Establecer y monitorear el conjunto de acciones para lograr el desarrollo del usuario en su núcleo familiar, entorno y comunidad. |
| Proveedores Realizar Evaluación Socio-Familiar |
| Entradas Necesidad del Usuario: Planteamiento, requerimiento, insatisfacciones presentadas por el usuario. |
| Proceso <pre>graph TD; A[Lineamiento de Atención para la Rehabilitación] --> B[Brindar Asistencia al Usuario]; C[Necesidad del Usuario] --> B; B --> D[Necesidad Asistida]; E[Trabajador Social] --> B; F[Usuario] --> B;</pre> |
| Controles Documentación <ul style="list-style-type: none">- Lineamiento de Atención para la rehabilitación Indicadores <ul style="list-style-type: none">- <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i> |
| Mecanismos Trabajador Social: Realizara labor educativa e informativa mediante charlas a grupos y realizar entrevistas individuales, para incidir en la prevención y rehabilitación de usuarios con discapacidad y uso adecuado de los servicios de la institución. Atenderá y gestionara solicitudes de préstamos/donaciones de aditamentos y de ayudas técnicas; gestionará donativos para el apoyo de las diferentes actividades institucionales Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento. |
| Salidas Necesidad Asistida: El usuario recibirá una respuesta integral a sus planteamientos, mediante la intervención de acciones del trabajador social. |
| Usuarios Intervenir Usuario en Servicios de Terapia Egresar Usuarios |



| |
|---|
| <p>Nombre Realizar Visita Domiciliar</p> |
| <p>Misión Verificar el cumplimiento del plan de hogar, y los apoyos existentes en la familia y comunidad hacia el usuario.</p> |
| <p>Proveedores Realizar Evaluación Socio-Familiar</p> |
| <p>Entradas Solicitud de Visita Domiciliar: Esta surge cuando el usuario es inasistente y se busca poner a investigar las diferentes causas del abandono al tratamiento, así también cuando el personal técnico percibe poca participación e inclusión de parte de la familia.</p> |
| <p>Proceso</p> <pre> graph TD A[Hoja de Seguimiento de Trabajo Social] --> B[Realizar Visita Domiciliar] C[Solicitud de Visita Domiciliar] --> B D[Trabajador Social] --> B E[Usuario] --> B B --> F[Inform de Visita Domiciliar] </pre> |
| <p>Controles Documentación - Hoja de Seguimiento de Trabajo Social Indicadores - <i>Indicador de Producción: Indica la cantidad de usuarios atendidos sobre la meta planificada.</i></p> |
| <p>Mecanismos Trabajador Social: Visitará el domicilio del usuario, para determinar y conocer el nivel de vida, vivienda, entorno familiar, y redes de apoyo si existen. Usuario: Se presentara para recibir la atención terapéutica, para lograr el cumplimiento del plan de tratamiento.</p> |
| <p>Salidas Informe de Visita Domiciliar: Documento que recopila la información sobre la situación de vivienda, socio-familiar encontrada en el domicilio del usuario, así también el diagnostico social que este representa, y buscar redes de apoyo, para el soporte de la rehabilitación.</p> |
| <p>Usuarios Intervenir Usuario en Servicios de Terapia Egresar Usuarios</p> |

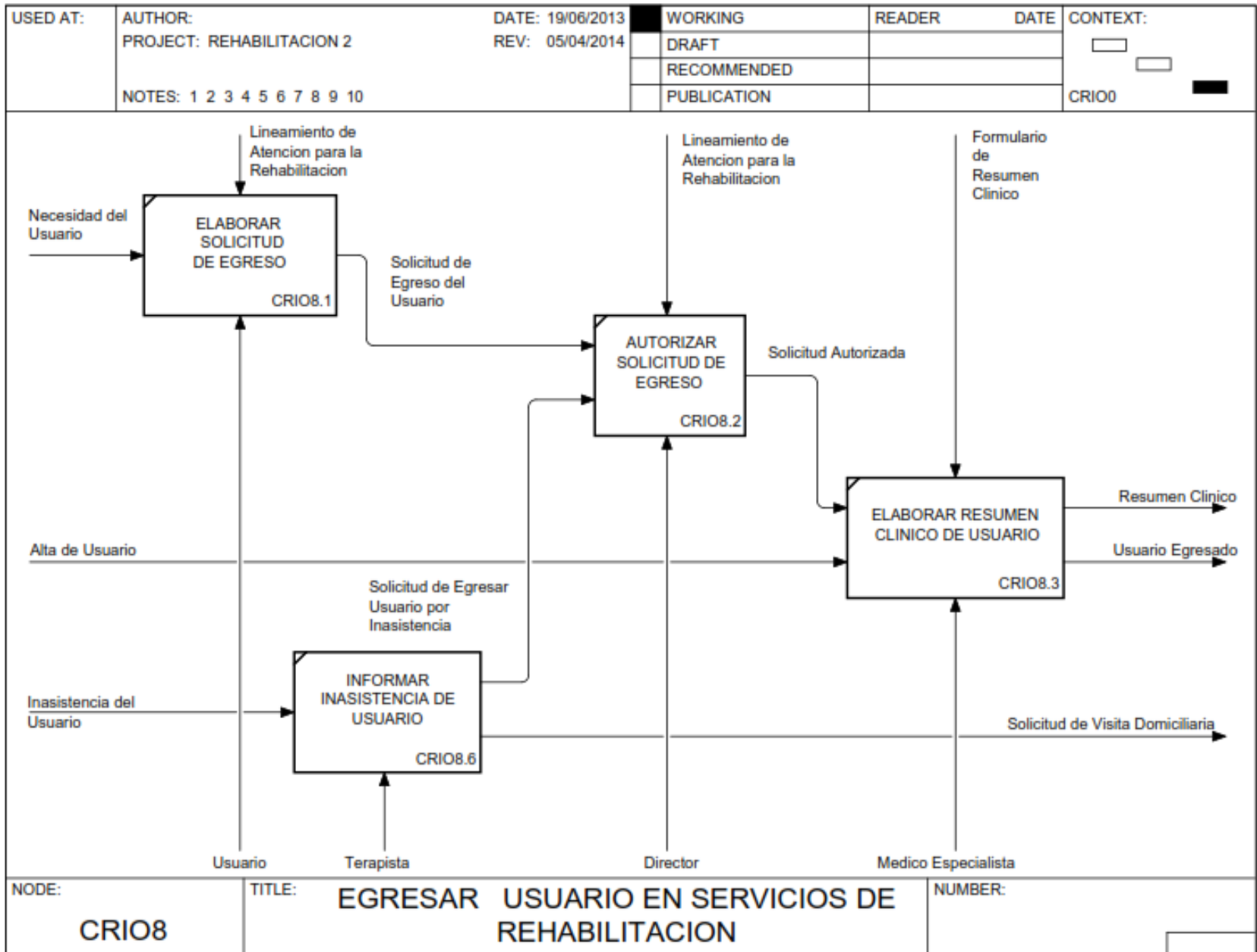


2.3.2.1.3 *Egresar Usuarios de los Servicios de rehabilitación Integral*

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| MISION | | | | |
| Egresar al Usuario de los servicios de Rehabilitación prestados por el centro | | | | |
| RESPONSABLE | | | | |
| Médico Especialista | | | | |
| LIMITES | | | | |
| Inicia cuando el usuario finaliza de manera esperada su plan de tratamiento y es dado de alta de todas las modalidades a las cual asiste, o cuando el usuario es reportado como inasistente; y finaliza cuando se le entrega al usuario el historial clínico de su rehabilitación. | | | | |
| PROVEEDORES | ENTRADAS | SUB-PROCESOS | SALIDAS | USUARIOS |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Intervenir Usuarios en Servicios de rehabilitación</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Alta de Usuario</i> ✓ <i>Solicitud de Egreso Voluntario</i> ✓ <i>Solicitud de Egreso por Inasistencia</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Egreso por Cumplimiento de Metas</i> ✓ <i>Egreso por inasistencia</i> ✓ <i>Egreso voluntario</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Resumen Clínico</i> | <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Usuario</i> |
| DOCUMENTOS | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Modelo de Atención y Provisión CRIO – CRIOR</i> ✓ <i>Lineamientos para la Atención en la rehabilitación del ISRI</i> | | | | |
| INDICADORES | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Usuarios Egresados</i> | | | | |
| CARGOS | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Médico Especialista</i> ✓ <i>Terapista</i> ✓ <i>Director del Centro</i> | | | | |
| RECURSOS | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Instalaciones del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente</i> ✓ <i>Formularios</i> | | | | |



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)



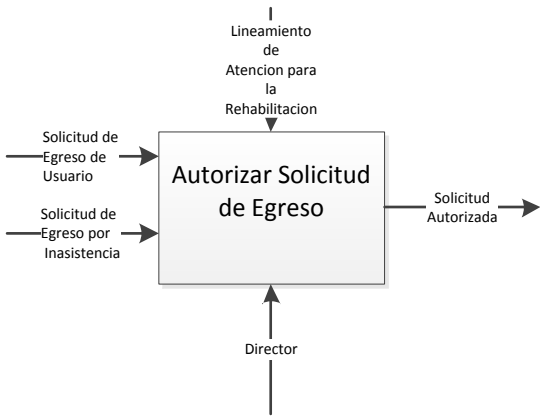


| |
|--|
| Nombre Elaborar Solicitud de Egreso |
| Misión Manifiestar la causa o razón por la cual de dejar de asistir a los servicios que ofrece el centro. |
| Proveedores Intervenir Usuarios en los Servicios de Rehabilitación |
| Entradas Necesidad del Usuario: Exposición o agente causante, por la cual el usuario dejara de recibir servicios de forma voluntaria. |
| Proceso |
| Controles Documentación - Lineamiento para la Atención en la Rehabilitación del ISRI Indicadores - <i>Ninguna</i> |
| Mecanismos Usuario: Expresa la necesidad o situación de manera oral o escrita, por la cual, ya no continuara el tratamiento y egresara de los servicios de rehabilitación que el centro ofrece. |
| Salidas Solicitud de Egreso del Usuario: Documento o petición que contiene las razones por la cual el usuario no continuara el tratamiento, y egresara de manera voluntaria. |
| Usuarios Autorizar solicitud de egreso |



| |
|---|
| Nombre Informar Inasistencia del Usuario |
| Misión Informar a la Dirección del Centro, el número de terapias a las que el usuario ha faltado sin brindar explicación alguna. |
| Proveedores Intervenir Usuarios en los Servicios de Rehabilitación |
| Entradas Inasistencia del Usuario: Numero de faltas del usuario a su programación de terapia, descontinuando su proceso de rehabilitación. |
| Proceso <pre>graph LR; A[Inasistencia Del Usuario] --> B[Informar Inasistencia de Usuario]; C[Terapeuta] --> B; B --> D[Solicitud de egreso Por inasistencia]; B --> E[Solicitud Visita Domiciliaria];</pre> |
| Controles Documentación Indicadores - Ninguno |
| Mecanismos Terapeuta: Realiza el reporte de usuarios inexistentes a su consulta, y solicita una visita domiciliar para conocer la razón por la cual el usuario ha faltado a su programación, o procede a realizar la solicitud de egreso a la dirección en caso de que el usuario sea recurrente en sus faltas. |
| Salidas Solicitud de Egreso por inasistencia: Cuando el usuario tiene más de 3 faltas a su terapia de manera consecutiva, se le da egreso por inasistencia. Solicitud de Visita Domiciliaria: Con el fin de buscar la causa por la cual el usuario es falto de manera inusual a la terapia, se procede a visitar su domicilio. |
| Usuarios Autorizar solicitud de egreso |



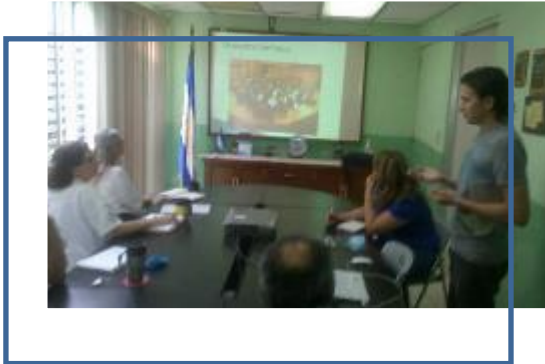
| |
|--|
| Nombre Autorizar Solicitud de Egreso |
| Misión Analizar la razón por la cual se establece las solicitudes de egreso, para la búsqueda de soluciones. |
| Proveedores Elaborar Solicitud de Egreso Informar Inasistencia de Usuario |
| Entradas Solicitud de Egreso del Usuario: Documento o petición que contiene las razones por la cual el usuario no continuara el tratamiento, y egresara de manera voluntaria. Solicitud de Egreso por inasistencia: Cuando el usuario tiene más de 3 faltas a su terapia de manera consecutiva, se le da egreso por inasistencia. |
| Proceso  <pre>graph TD; A[Lineamiento de Atención para la Rehabilitación] --> B[Autorizar Solicitud de Egreso]; C[Solicitud de Egreso de Usuario] --> B; D[Solicitud de Egreso por Inasistencia] --> B; E[Director] --> B; B --> F[Solicitud Autorizada]</pre> |
| Controles Documentación Indicadores - Ninguno |
| Mecanismos Director: Analiza las causas por las cuales son presentadas las solicitudes de egreso, para su aprobación u observación. |
| Salidas Solicitud Autorizada: El Director hace el visto bueno a las peticiones o solicitudes de egreso de parte del usuario o terapeuta. |
| Usuarios Elaborar Resumen Clínico de Usuario |



| |
|--|
| <p>Nombre Elaborar Resumen Clínico del Usuario</p> |
| <p>Misión Presentar el historial del usuario de los servicios recibidos en el centro, estableciendo un historial de la situación de ingreso del usuario, y los diferentes servicios que el usuario ha recibido, y estableciendo la situación final a la fecha.</p> |
| <p>Proveedores Autorizar Solicitud de Egreso Intervención en los Servicios de rehabilitación</p> |
| <p>Entradas Solicitud Autorizada: Documento que autoriza el egreso del usuario de los servicios de rehabilitación Alta de Usuario: Informe de que el usuario ha cumplido con todos los servicios que ha recibido y se ha alcanzado la meta.</p> |
| <p>Proceso</p> <pre> graph TD A[Formulario de Resumen Clínico] --> B[Elaborar Resumen Clínico del Usuario] C[Solicitud de Egreso de Usuario] --> B D[Solicitud de Egreso por Inasistencia] --> B E[Medico Especialista] --> B B --> F[Solicitud Autorizada] </pre> |
| <p>Controles Documentación Indicadores - Ninguno</p> |
| <p>Mecanismos Médico Especialista: Elabora el resumen del historial clínico del usuario, estableciendo la situación de ingreso, evolución, y situación final.</p> |
| <p>Salidas Resumen Clínico: Documento que contiene el historial clínico, actividad medico terapéutica, diagnostico, discapacidad presentada en ingreso, gravedad, y situación de discapacidad con la que el usuario egresa.</p> |
| <p>Usuarios: Usuario</p> |



RESEÑA FOTOGRAFICA:





2.3.3 Resultado de la Caracterización de Procesos Críticos

El objetivo principal de este estudio es determinar la situación actual del CRIO, para ello se procedió al análisis de los procesos críticos a fin de identificar los posibles problemas que no permiten ofrecer un servicio de calidad (tiempos de atención adecuados, atención al usuario, Buen manejo de información, etc.) resulta de suma importancia para el CRIO ya que se convierten en los principales puntos de mejora a tratar.

Se realizó la caracterización de los procesos críticos como paso inicial para la Identificación de elementos esenciales necesarios para llevar a cabo cada proceso y la definición de sus principales características facilitando su entendimiento, gestión y el control de sus interrelaciones como parte del sistema; adquiriendo una visión Integral para la adopción de un enfoque basado en procesos.

Otra de las razones para la utilización de la caracterización es que nos permitió ser interlocutores válidos en el proceso de autodiagnóstico, a partir de la caracterización de los procesos, observación directa, múltiples entrevistas con personal del centro, y el desarrollo de un panel de expertos dentro del marco de la caracterización se lograron identificar posibles problemas que afectan la calidad en la prestación del servicio las cuales se considerarán hipótesis hasta no profundizar en ellos, estos se detallan a continuación:

Deficiencia de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio

Deficiente gestión de calidad, indicadores de calidad u otras herramientas que puedan ayudar a garantizar la calidad demandada, lo que causa usuarios insatisfechos, desinterés, y procesos que no fluyen hacia los objetivos estratégicos.

Procesos no identificados.

No se posee una identificación clara de los procesos y sus niveles en la institución, lo que dificulta el entendimiento del funcionamiento de la organización al mismo tiempo que se desconocen las actividades



que generan más valor al cumplimiento de sus metas y objetivos e impide enfocar mejoras y recursos a estos.

Procesos no alineados a los requerimientos de los usuarios

Los procesos no poseen una retroalimentación en base a las necesidades de los usuarios y sugerencias de los mismos para su mejora continua.

Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos.

No están definidos los dueños de los procesos, lo que propicia que los trabajadores no se sientan comprometidos con estos. El personal en terapia rota en los diferentes puestos, muchas veces esto causa que no se identifiquen con un puesto en general, esto con fines que el personal sea integral en cuanto a la atención, aunque muchas veces provoca molestias de los usuarios porque los terapeutas no les dan la atención debida o el trato no es el adecuado.

Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad minimas del servicio.

No se llenan las expectativas de atención por parte de los usuarios, muchas veces por los tiempos largos en espera, malos tratos u otros requisitos necesarios en los que se tienen falencias. Esto conlleva a usuarios insatisfechos que no llegan a obtener una rehabilitación integral, estos usuarios se vuelven crónicos y consumen recursos que otros usuarios podrían aprovechar.

Actividades que no agregan valor al proceso

Reprocesos, requisitos innecesarios, actividades repetitivas u otras partes del proceso que no genera valor, esto conlleva a insatisfacción en los usuarios por tiempos de espera en trámites que se podrían realizar en el instante, tramites que son innecesarios y que se podrían eliminar. Los sistemas informáticos que se utilizan piden información repetida pudiéndose ocupar ese tiempo en controlar otras variables de mayor interés para brindar un servicio de mejor calidad.

No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones.

Indicadores no adecuados o no alineados a intereses para toma de decisiones adecuadas, se tienen indicadores de desempeño en las actividades, pero estos no reflejan la satisfacción de los usuarios por esta



razón no es posible tomar decisiones con respecto a la calidad en los servicios, las decisiones van enfocadas en otra dirección. Los trabajadores no buscan brindar un servicio de calidad, buscan cumplir con las metas que vienen de la alta gerencia, en muchos casos esto hace que se atienda al usuario en corto tiempo y no se le brinde los servicios con una calidad aceptable.

Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.

Deficiencia en métodos para evaluar la satisfacción del usuario, como encuestas, atención ciudadana, buzón de sugerencia, etc. Sin estos parámetros no se puede determinar el sentir de los usuarios y no se tiene mejora continua en los productos ofrecidos, esto causa acomodamiento del personal, posturas erróneas acerca de lo que los usuarios perciben de los servicios.

Poca amabilidad de algunas parte del personal.

No se le brinda al usuario el servicio con amabilidad y profesionalismo, muchas veces se discrimina a los usuarios o se tienen preferencias para brindar la atención. Esto causa malestar que a su vez se manifiesta en desinterés en los usuarios, altas tasas de inasistencia, y usuarios que ya no llegan a recibir servicios.

Tiempo de espera para evaluación en terapia alta

Tiempo entre la referencia del médico especialista y la evaluación en terapia muy alto, principalmente en terapia de lenguaje, las personas se quejan del largo tiempo que tienen que esperar para ser evaluados, esto genera usuarios crónicos, con rehabilitación debajo de expectativas o usuarios que no vuelven a asistir a recibir servicios.

Elevados usuarios cronicos.

Muchos usuarios a los cuales ya no se les puede rehabilitar, o que su rehabilitación es lenta ocupando cupos que usuarios que necesitan atención inmediata, esto se da debido a vínculos sentimentales con los usuarios. Tanto usuario en estas condiciones satura la agenda médica, provoca tiempos elevados de espera para recibir evaluación en terapia y las diferentes modalidades de terapia. Estos usuarios ocupan cupos que otros usuarios que atendidos a tiempo se pudieran rehabilitar de una manera mayor.



Falta de disponibilidad en interconsulta

Cupos limitados para usuarios que necesitan consultas para reevaluar su plan de tratamiento llamadas interconsultas sugeridas por el terapeuta, esto es consecuencia de agenda médica saturada, muchos usuarios se quedan recibiendo su terapia inicial más de lo necesario porque no son reevaluados hasta encontrar cupo y esto afecta su recuperación.

Elevados usuarios en condiciones

Mucho usuario que pasa consulta médica esperando si el médico tendrá cupo en su turno, debido a las inasistencias recurrentes de los usuarios a las citas médicas, se brinda opción a los usuarios de poder pasar si hay cupo en consulta médica sin cita.

Falta de recurso humano

Recurso humano insuficiente para cubrir la demanda de usuarios actual del CRIO, se evidencia en la agenda médica y en la saturación de usuarios en terapias de niños. En estas partes del proceso estos problemas se vuelven críticos, generando cuellos de botella que son el principal dolor de cabeza.

Inasistencia del personal

Muchas inasistencias de los empleados ya sea por incapacidades o inasistencias injustificadas, esto mezclado con la saturación de usuarios, esto causa insatisfacción en los usuarios que tienen cita para un día, llegan y no se les brinda la atención. También afecta en las metas de productividad del personal, saturando a su vez la agenda médica y la lista de espera para recibir terapias.

Evolución de usuario no es la esperada

Muchos usuarios que no alcanzan su rehabilitación en el tiempo esperado, esto se debe a que no se les brinda atención en el momento adecuado, a que los terapeutas no les explican terapias para hacer en casa, o a que se le brinda diagnóstico no adecuado a su discapacidad. Esto provoca saturación de agenda médica y en terapias, debido a que son usuarios que podrían ceder su puesto a otros usuarios que necesitan en realidad el servicio.

Inasistencia del usuario



Faltas reiteradas de los usuarios a las consultas médicas y terapias, esto se da por desinterés en los usuarios, falta de recursos para movilizarse, horarios de consulta médica no adecuadas a sus necesidades, lo que afecta las metas de productividad del centro, afectando las metas del personal, influye a nuevas reprogramaciones de citas lo cual ocasiona saturación en la agenda médica, genera usuarios crónicos debido a que no reciben la atención adecuada en su momento.

Agenda medica saturada

Médicos con citas programadas en muchos meses, lo que no permite programar citas en corto tiempo desatendiendo las prioridades y generando insatisfacción en los usuarios, se debe también a las inasistencias de los médicos en especial en fisioterapia, esto causa muchos usuarios crónicos al no poder ser atendidos en el momento adecuado. Causa que no se cumplan las metas de los médicos, que no se respeten las prioridades de atención definidas.

Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia.

Tiempos elevados entre la evaluación de terapia y las terapias debido a saturación en ellas, principalmente en terapia de lenguaje. Causa insatisfacción en los usuarios que tienen que esperar mucho tiempo para asignar su primera terapia, a su vez genera usuarios crónicos por no recibir una atención en el momento adecuado.

Horarios médicos inadecuados

Los horarios médicos no se adecuan a las necesidades de las personas, debido a que muchas personas trabajan a esas horas y no les dan permiso en sus lugares de trabajo, otra causa es que muchas personas viven en zonas rurales o viven en lugares lejanos, lo que les dificulta movilizarse hasta el CRIO. Esto causa inasistencia que genera saturación en las consultas médicas con especialistas.

Desinterés del usuario a recomendaciones técnicas del personal

Usuarios que no hacen ejercicios en sus casas, y no acatan indicaciones del personal que ayude a la rehabilitación integral, es una causa de tanto usuario crónico o que su rehabilitación no es la esperada. Se debe a que los usuarios no tienen conciencia de la ayuda que da el hacer ejercicios en casa.



Obteniendo esta lluvia de ideas de nuestro panel de expertos y del grupo del proyecto con la realización de entrevistas y observación directa del servicio que se otorga, se tiene un conglomerado de posibles problemas que afectan la calidad del servicio del centro. Con el fin de tener una visión más organizada de estas problemáticas se hará uso de la técnica llamada diagrama de afinidad la cual nos ayudara a organizar la información reunida por nuestro panel de expertos y ayudarnos a agrupar aquellos elementos que están relacionados de forma natural y poder determinar los temas claves de un gran número de problemas.

Para la realización de esta técnica el grupo del proyecto analizo y clasifico los problemas encontrados en 2 grandes áreas que se detallan a continuación:

- **PROBLEMAS DE AGENDA MÉDICA Y TERAPIA.**

Son todos los relacionados al proceso de atención del centro y la intervención de sus distintas áreas que se detallan a continuación:

MÉDICA:

- *Evaluación de seguimiento de los avances en el proceso de rehabilitación de acuerdo al tipo de discapacidad y complejidad.*
- *Integrar los equipos interdisciplinarios para la atención de problemas complejos que se presentan en el proceso de rehabilitación.*
- *Identificación y prescripción de las ayudas técnicas necesarias para su rehabilitación.*
- *Manejo farmacológico y referencias de acuerdo a cada caso.*

PSICOLOGÍA:

- *Psicoterapia para casos especiales en los cuales se determine que el usuario y/o familia lo requieren.*
- *Dinámica Familiar, para evaluar el tipo de comunicación o relación afectiva que existe entre ellos, la aceptación o adaptación a la discapacidad de forma individual o grupal.*
- *Elaborar y Conducir el Programas para Familiares o Responsables de primera vez*
- *Atención en crisis*
- *Conducir el Programa Educativo a usuarios, padres y/o responsables de acuerdo a temas de interés con la intención de conocer sobre discapacidad y el rol de la familia en el proceso de rehabilitación.*



- *Desarrollar el Programa de Educación Sexual*
- Programas de Acompañamiento, Orientación, Motivación de manera individual en los casos que estos sea requeridos con el fin de prepararlos en el proceso de egreso orientando a los planes de hogar.

TRABAJO SOCIAL:

- Promoción de los servicios Institucionales.
- Estudio socio familiar
- Actualización del inventario de apoyo social al usuario y su familia.
- Establecer los contactos para la red de apoyo social
- Acciones de Inclusión a nivel: Educativa, Laboral y social según el caso.

TERAPIAS

- *Evaluación y aplicación de los planes de rehabilitación definido al ingreso, con el equipo conformado de acuerdo a las necesidades individuales y con la participación activa del usuario, familia/responsables. En las diferentes áreas como Terapia de Lenguaje, Terapia Educativa, Terapia Física y Ocupacional. Así como cumplir con el objetivo propuestos a través de los siguientes programas Musculo esquelético, Neurológico, Reumatológico de manera individual y grupal.*

- **PROBLEMAS DE PROCESO.**

Estos problemas están íntimamente relacionados con un inadecuado modelo de gestión que garantice un servicio de calidad con: eficiencia, eficacia, flexibilidad y un Enfoque al cliente entendiendo estos conceptos como:

Eficiencia: consiste en la producción en el caso específico del CRIO se identificara como la productividad de su personal; que equivale a la relación entre la relación usuarios atendidos y el tiempo consumido.

Eficacia: es el nivel de contribución al cumplimiento de los objetivos de la institución. Una acción es eficaz cuando consigue los objetivos correspondientes.

Flexibilidad: se asocia con la capacidad de adaptación a una situación específica, normalmente diferente (no normalizada) o imprevista. Una institución es flexible si lo son sus personas y lo permite su organización: procedimientos, descripción de los puestos de trabajo, estilos de dirección y estructura organizativa.

Enfoque al cliente: es la capacidad de la Institución para suministrar servicios con la calidad deseada y exigida por sus usuarios.

Además de problemas relacionados a un inadecuado sistema de control que posea una serie de elementos interrelacionados entre sí con un objetivo común: La de aumentar la eficacia de su gestión al tiempo que satisface más y mejor al usuario a través del control de las variables que en ella influyen (calidad, servicio y tiempo), como también la de facilitar la toma de decisiones (preventivas, correctivas y de mejora) en la institución.

Estas dos clasificaciones de problemas intervienen en su totalidad con los siguientes servicios que ofrece el CRIO:

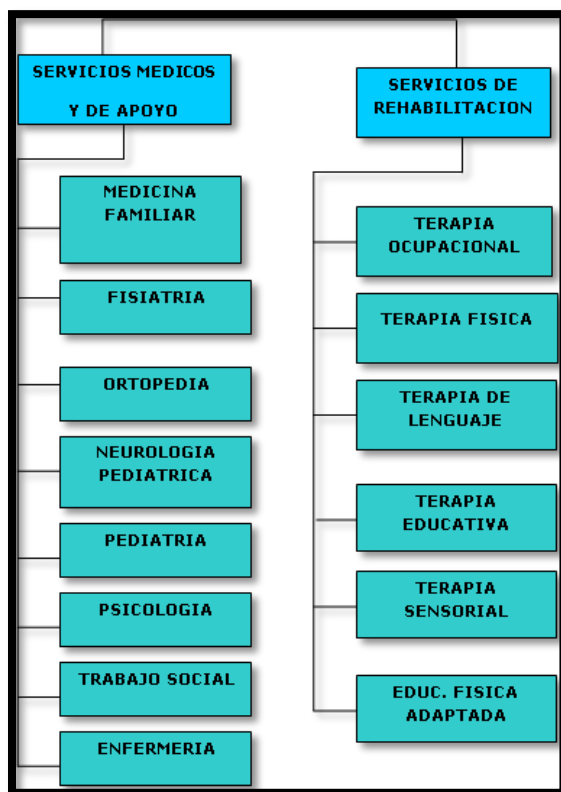


Figura 20 - Servicios que ofrece el CRIO

La clasificación de los problemas entre estas dos categorías identificadas nos dio como resultado el Diagrama de Afinidad que se muestra a continuación:

PROBLEMAS DE AGENDA MEDICA Y DE TERAPIA

PROBLEMAS DE PROCESO



Figura 21 - Problemas encontrados



Después de realizar un inventario de todas aquellas situaciones consideradas problemas o situaciones desfavorables y clasificarlos a dos principales categorías a los cuales están relacionados a través del diagrama de afinidad, pasaremos a su priorización sabiendo que no todos los problemas tienen la misma importancia y que no siempre se cuenta con los recursos suficientes para intervenir todos los problemas encontrados y profundizar en ellos. Con el objetivo de identificar aquellos puntos clave o problemas que requieran mayor investigación y profundización para analizar su mejora; se hará uso de diagramas de interrelación: “herramientas apropiadas para representar gráficamente los vínculos efectivos entre diversos factores asociados a un asunto específico”, en nuestro caso específico nos servirán para analizar y representar las causas o situaciones problemáticas y la estructura compleja de éstas, que originan nuestra situación indeseada, considerándola prioritaria de análisis. Con el diagrama de interrelaciones analizaremos y representaremos las causas o situaciones problemáticas más significativas que afectan a nuestra determinada situación y descubrir las relaciones lógicas existentes entre ellas.

Para la aplicación de esta técnica se seguirán los siguientes pasos:

- *Se Buscarán relaciones entre cada una y todas las situaciones problemáticas determinando qué otras situaciones están influenciadas por otra situación dibujando flechas que salgan de la problemática que influencia a otra situación hacia las situaciones que estén influenciando se deben evitar las flechas de doble vía realizar una determinación en cuanto a que situación posee mayor influencia.*
- *Debajo de cada situación totalizar las flechas que entran como las que salen de cada situación. Las que poseen mayor número de salidas, son aquellas que tienen mayor influencia sobre las demás, siempre y cuando tenga el menor número de flechas que la afectan lo que significa que al realizar algún tipo de actividad sobre esta idea puede modificar a las demás, solucionando el problema.*
- *Por consenso se identifican las situaciones (si existieran) que solo tiene pocas flechas hacia adentro o hacia afuera pero que todavía pueden ser una causa clave.*

PROBLEMAS DE AGENDA MÉDICA Y TERAPIAS

A continuación se muestra la utilización del diagrama de interrelaciones y el análisis de las diferentes situaciones problemáticas de la agenda médica y de los servicios de terapia.

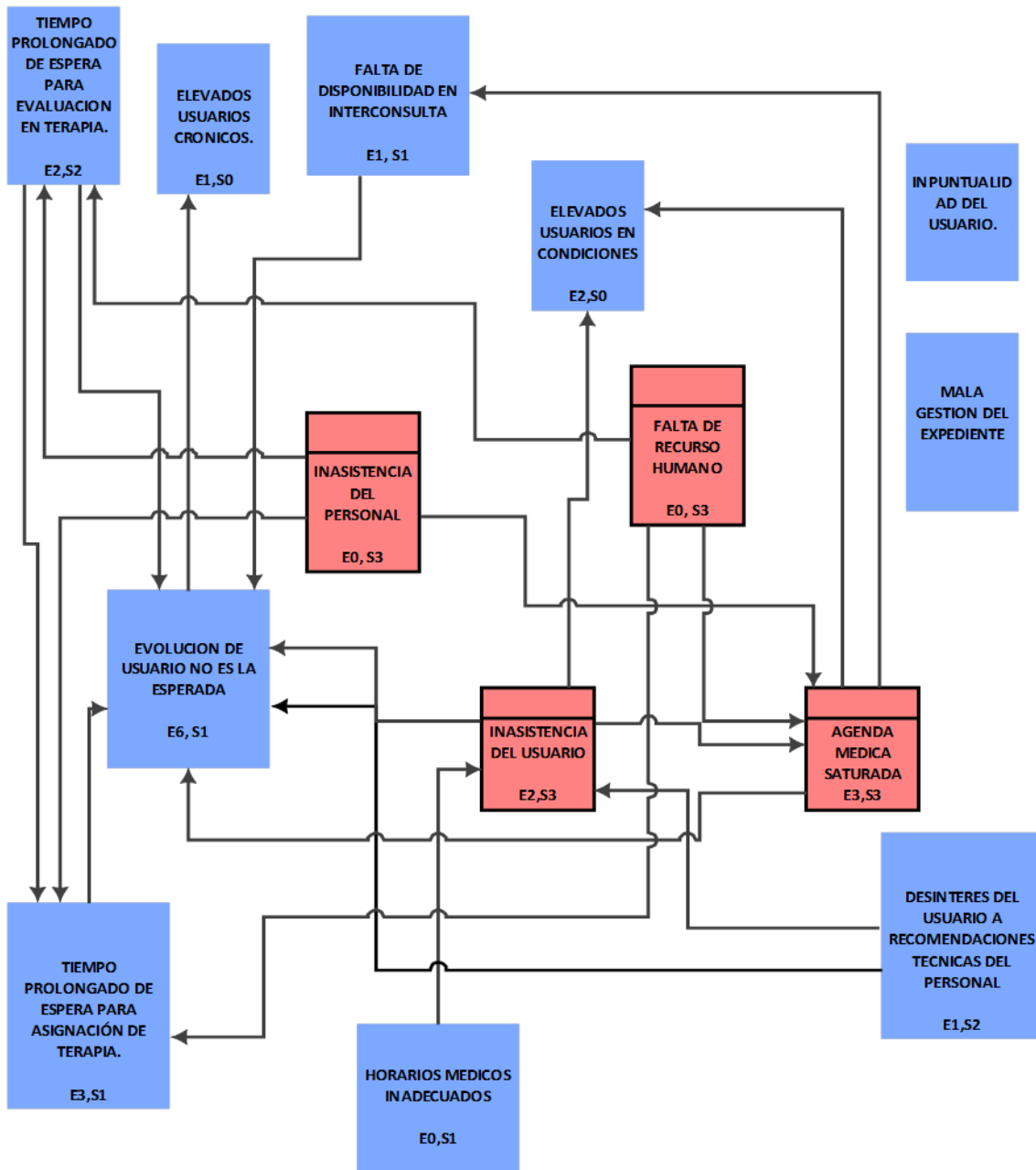


Figura 22 - Diagrama interrelaciones agenda médica y terapias

Es necesario aclarar nuevamente que toda la información relacionada con cada situación problemática está en base a situaciones preliminares basada en la experiencia que actualmente se tiene del centro y no han sido comprobados aun, la aplicación de esta técnica nos ayudara a decidir cuál de estas situaciones problemáticas serán analizadas detalladamente a fin de descubrir sus causas y ser verificadas como verdaderos problemas que afectan la gestión del CRIO.

Se resumen las relaciones de cada situación problemática encontradas en la realización del diagrama de interrelaciones en el siguiente cuadro.

Tabla 35 - Resumen interrelaciones agenda médica y terapia

| <i>SITUACIÓN PROBLEMÁTICA</i> | <i>SITUACIONES PROBLEMÁTICAS QUE LA CAUSAN</i> | <i>SITUACIONES PROBLEMÁTICAS QUE GENERA.</i> |
|--|--|--|
| 1. Inasistencia del usuario | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Horarios medicos inadecuados ⊙ Desinteres del usuario a recomendaciones tecnicas del personal | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Evolucion de usuario no es la esperada ⊙ Elevados usuarios en condiciones ⊙ Agenda medica saturada |
| 2. Inasistencia del personal | - | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Tiempo de espera para evaluacion en terapia alta. ⊙ Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia. ⊙ Agenda medica saturada |
| 3. Falta de recurso humano | - | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Agenda medica saturada ⊙ Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia. ⊙ Tiempo de espera para evaluacion en terapia alta. |
| 4. Agenda medica saturada | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Inasistencia del usuario ⊙ Falta de recurso humano ⊙ Inasistencia del personal | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Falta de disponibilidad en interconsulta. ⊙ Elevados usuarios en condiciones ⊙ Evolucion de usuario no es la esperada |
| 5. Desinterés del usuario a las consultas medicas | - | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ Inasistencia del usuario ⊙ Evolución de usuario no sea la |



| | | | |
|---|---|--|-----------------|
| | | | <i>esperada</i> |
| 6. <i>Horarios médicos inadecuados</i> | - | ⊙ <i>Inasistencia del usuario</i> | |
| 7. <i>Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia.</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ <i>Inasistencia del personal</i> ⊙ <i>Falta de recurso humano</i> ⊙ <i>Tiempo alto de espera para evaluación en terapia.</i> | ⊙ <i>Evolución de usuario no sea la esperada</i> | |
| 8. <i>Elevados usuarios cronicos</i> | ⊙ <i>Evolución de usuario no sea la esperada</i> | - | |
| 9. <i>Falta de Disponibilidad en Interconsulta.</i> | ⊙ <i>Agenda medica saturada</i> | ⊙ <i>Evolución de usuario no sea la esperada</i> | |
| 10. <i>Elevados usuarios en condiciones</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ <i>Inasistencia del usuario</i> ⊙ <i>Agenda medica saturada</i> | - | |
| 11. <i>Tiempo prolongado para evaluación de terapia.</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ <i>Falta de recurso humano</i> ⊙ <i>Inasistencia del personal</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ <i>Evolución de usuario no sea la esperada</i> ⊙ <i>Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia.</i> | |
| 12. <i>Evolución de usuario no es la esperada.</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ <i>Inasistencia del usuario</i> ⊙ <i>Desinteres del usuario a recomendaciones tecnicas del personal</i> ⊙ <i>Falta de disponibilidad en interconsulta.</i> ⊙ <i>Tiempo prolongado de espera para evaluación en terapia.</i> ⊙ <i>Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia.</i> ⊙ <i>Agenda medica saturada</i> | <i>Elevados usuarios cronicos</i> | |

A continuación se describirá el análisis realizado durante la aplicación de esta técnica al fin de justificar y detallar las relaciones identificadas.



PROBLEMAS DE AGENDA MÉDICA Y TERAPIAS:

Tabla 36 - Resumen problemas agenda médica y terapias

| N° | PROBLEMAS |
|-----|--|
| 1 | INASISTENCIA DEL USUARIO |
| 2 | INASISTENCIA DEL PERSONAL |
| 3 | FALTA DE RECURSO HUMANO |
| 4 | AGENDA MEDICA SATURADA |
| 5. | DESINTERES DEL USUARIO A RECOMENDACIONES TECNICAS DEL PERSONAL |
| 6. | HORARIOS MEDICOS INADECUADOS |
| 7. | TIEMPO PROLONGADO DE ESPERA PARA ASIGNACIÓN DE TERAPIA. |
| 8. | ELEVADOS USUARIOS CRONICOS |
| 9. | FALTA DE DISPONIBILIDAD EN INTERCONSULTA |
| 10. | ELEVADOS USUARIOS EN CONDICIONES. |
| 11. | TIEMPO PROLONGADO DE ESPERA PARA EVALUACION EN TERAPIA. |
| 12. | EVOLUCIÓN DE USUARIO NO ES LA ESPERADA. |

1. *INASISTENCIA DEL USUARIO.*

💧 *SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.*

La inasistencia del usuario puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

🕒 *Horarios medicos inadecuados.*

Como una de las posibles causas de la inasistencia del usuario se puede mencionar que algunos horarios de los médicos especialistas son inadecuados para los usuarios; especialmente los horarios vespertinos, ya que muchos usuarios con terapias en la mañana y citas subsecuentes no esperan la hora de su cita, algunas de las posibles causas podrían ser la lejanía de sus hogares o su situación económica ya que al pasar



todo el día en el CRIO deberán gastar en alimentación y muchos usuarios no tienen esa facilidad económica.

A continuación se muestra los horarios actuales de los médicos especialistas.

Medico Ortopeda

Horario: 7:00 am – 9:00 am

Medico Fisiatra

Horario: 12:00 pm – 3:00 pm

Médico Pediatra Neurólogo

Horario: 10:45 am – 12:45 pm

Médico Pediatra

Horario: 12:00 pm – 2:00 pm

☉ *Desinterés del usuario a recomendaciones técnicas del personal.*

Muchos usuarios con citas médicas subsecuentes o que actualmente reciben sus terapias sin haber tenido su cita médica (casos especiales); consideran más importantes recibir sus terapias a pasar consulta con el médico, ya que para ellos obtienen más beneficios con sus terapias; esto ocasiona que muchos usuarios no le tomen mayor importancia a sus citas médicas.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

La inasistencia del usuario puede generar las siguientes situaciones problemáticas:

☉ *Evolución de usuario no es la esperada.*

La inasistencia del usuario a su respectiva consulta médica puede ocasionar que los usuarios no tengan la mejoría deseada en su recuperación esto debido al no actualizar al médico de la recuperación del usuario al plan de tratamiento, no puede modificarlo o sugerir un nuevo plan de tratamiento que tenga mayor eficacia.



☉ *Elevados usuarios en condiciones.*

La inasistencia del usuario puede ocasionar que muchos usuarios que han perdido su cita la intenten recuperar en condición lo que significa que esperan en algún día la posibilidad de la inasistencia de otro usuario para poder ocupar su cupo, muchos usuarios prefieren pasar en condición a reprogramar su cita por la saturación de la agenda médica que ocasiona largos tiempos de espera (más de 3 meses).

☉ *Agenda médica saturada.*

Los usuarios que han perdido su cita médica que no logran pasar en condición y deciden reprogramar su cita, ocupan espacios en la agenda médica que en la situación de no haber faltado a su cita, no ocuparían; también que al insistir se pierden espacios vitales de consulta que al no haber ningún usuario en condición se pierden, y no se aprovecha la productividad máxima de los médicos e influyen en la saturación de la agenda médica.

2. INASISTENCIA DEL PERSONAL.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Ninguna situación problemática que se analizaron en el diagrama de interrelación se atribuyó a ser una causa de la inasistencia del personal.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

La inasistencia del personal puede generar las siguientes situaciones problemáticas:

☉ *Tiempo prolongado de espera para evaluación en terapia.*

La inasistencia del personal de terapia puede generar que los usuarios tengan tiempos prolongados para recibir su evaluación respectiva por los terapeutas, para empezar su plan de tratamiento, al no haber suficientes recursos y los existentes falten afectan la productividad del centro aumentando estos tiempos de espera de los usuarios así como también la inasistencia del personal médico ya que afecta la secuencia del proceso y su adecuado flujo, ya que hasta no recibir su consulta médica muchos pacientes no pueden tener su evaluación de terapia ni tampoco empezar su tratamiento.



⦿ *Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia.*

Igualmente que el anterior la inasistencia del personal de terapia puede generar que los usuarios tengan tiempos prolongados para empezar sus terapias como ya antes hemos mencionado la inasistencia tanto del personal medico como los terapeutas, afectan el flujo normal del proceso, ya que al no recibir su consulta medica no puede tener su evaluación de terapia, y al no tener su evaluación no pueden empezar su tratamiento para su recuperación.

⦿ *Agenda medica saturada*

Específicamente la inasistencia del personal médico afecta a la saturación de la agenda médica, especialmente en la especialidad de fisiatría con la mayor demanda, cualquier inasistencia afecta en gran medida la saturación de la misma, al no recibir su consulta el usuario se reprograma y ocupa espacio en la agenda que ya tuvo que haber sido liberado con anterioridad; así usuarios nuevos no logran atención inmediata y afecta en gran medida su recuperación.

3. FALTA DE RECURSO HUMANO.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Ninguna situación problemática que se analizaron en el diagrama de interrelación se atribuyó a ser una causa de la falta de recurso humano.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

La falta de Recurso Humano puede generar las siguientes situaciones problemáticas:

⦿ *Agenda medica saturada.*

Una de las posibles situaciones problemáticas que podría generar la falta del personal específicamente en el área médica es la agenda saturada, ya que la demanda es alta y los médicos insuficientes para cubrirla, esto provoca periodos de tiempos largos de espera para los usuarios para poder recibir su consulta médica por no tener el personal suficiente para mantener el cumplimiento de los estándares del centro según su prioridad de atención. Los cuales son los siguientes:

Tabla 37 - Tiempo de atención por prioridades

| PRIORIDAD | TIEMPO REQUERIDO DE ATENCIÓN |
|------------------|-------------------------------------|
| 1 | 7 días |
| 2 | 30 días |
| 3 | 30 o más. |

⦿ *Tiempo prolongado de espera para evaluación en terapia.*

La falta de personal de terapia puede generar que los usuarios tengan tiempos prolongados para recibir su evaluación respectiva por los terapeutas, para empezar su plan de tratamiento, al no haber suficientes recursos se aumenta el tiempo de espera para recibir su evaluación y así mismo empezar sus terapias, causando cuellos de botella en el flujo del proceso.

⦿ *Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia.*

Igualmente que la falta de recurso humano puede ocasionar los tiempos de espera para evaluación altos este a su vez causa que para el usuario espere igualmente para el comienzo de sus terapias, el personal insuficiente para la demanda, afecta el flujo del proceso ocasionando cuellos de botella que se resumen en largos periodos de espera para los usuarios para recibir los servicios.

4. AGENDA MÉDICA SATURADA.

◆ SITUACIONES PROBLEMÁTICAS QUE LA CAUSAN.

La agenda médica saturada puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

⦿ *Inasistencia del usuario.*

La saturación de la agenda médica puede causar la inasistencia del usuario debido a que el mismo a tener su cita a tiempos muy prolongados mayor de 3 meses o más a muchos se les olvide la fecha y no asistan a su vez muchos dejan el centro y ya no regresen.

⦿ *Falta de recurso humano.*



Una de las posibles situaciones que causa la agenda medica saturada en el area medica es el personal medico insuficiente, ya que la demanda es alta y los medicos insuficientes para cubrirla, esto provoca periodos de tiempos largos de espera para los usuarios para poder recibir su consulta medica y mantener el cumplimiento de los estandares del centro según su prioridad de atención.

● *Inasistencia del personal*

Específicamente la inasistencia del personal médico causa la saturación de la agenda médica, especialmente en fisioterapia con la mayor demanda debido en gran medida, que al faltar el personal médico el usuario no recibe su consulta y al reprogramársela ocupa nuevamente un espacio en la agenda que ya tuvo que haber sido liberado con anterioridad; así usuarios nuevos no logran atención inmediata y afecta en gran medida su recuperación.

● SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

La agenda medica saturada puede generar las siguientes situaciones problematicas:

● *Falta de disponibilidad en interconsulta.*

Cupos limitados para usuarios que necesitan consultas para reevaluar su plan de tratamiento llamadas interconsultas sugeridas por el terapeuta, esto es consecuencia de agenda médica saturada, muchos usuarios se quedan recibiendo su terapia inicial más de lo necesario porque no son reevaluados hasta encontrar cupo y esto afecta su recuperación.

● *Elevados usuarios en condiciones*

Muchos de los usuarios al tener sus citas medicas con mas de 3 meses de espera optan intentar pasar con el medico en condición lo que significa que esperan en algun dia la posibilidad de la inasistencia de otro usuario para poder ocupar su cupo, muchos usuarios prefieren pasar en condicion con la esperanza de recibir atencion del medico mas inmediata , lo que refleja una mala administracion de la agenda medica y de los tiempos de espera tan prolongados que tienen los usuarios.

● *Evolución de usuario no es la esperada.*



Como se indico en la situacion anterior muchos usuarios que se les tiene que programar consultas medicas subsecuentes tambien se ven obligados a esperar largos periodos de tiempo para recibir su consulta, mas tiempo de lo que el medico le indico para verificar mejoría o avance en su rehabilitación esto puede ocasionar que no se actualize su plan de tratamiento de acuerdo al efecto que las terapias han ido teniendo en cada paciente en particular y que los usuarios no tengan la mejoría deseada en su recuperación, impidiendo al medico en un tiempo oportuno de modificarlo o sugerir un nuevo plan de tratamiento que tenga mayor efectividad.

5. DESINTERES DEL USUARIO A RECOMENDACIONES TECNICAS DEL PERSONAL.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Ninguna situación problemática que se analizaron en el diagrama de interrelación se atribuyó a ser una causa del desinterés del usuario a las recomendaciones técnicas del personal.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

El desinterés del usuario a recomendaciones técnicas del personal puede generar las siguientes situaciones problemáticas:

🕒 *Inasistencia del usuario*

El desinterés de los usuarios especialmente a recibir su consulta médica provoca altos grados de inasistencia ya que muchos usuarios le toman mayor interés a sus terapias y no a sus consultas médicas subsecuentes y estos terminan por inasistir u olvidar la fecha de su consulta y perderla.

🕒 *Evolución de usuario no sea la esperada*

El desinterés de los usuarios provoca que no realicen los ejercicios que los terapeutas le dejan para realizar en casa y no puedan obtener el avance o mejoría deseada, al mismo tiempo que no asisten a sus consultas médicas subsecuentes impidiendo al medico en un tiempo oportuno evaluar su plan de tratamiento y modificar o sugerir un nuevo plan de tratamiento que tenga mayor efectividad.



6. HORARIOS MEDICOS INADECUADOS

◆ SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Ninguna situación problemática que se analizaron en el diagrama de interrelación se atribuyó a ser una causa de los horarios médicos inadecuados.

◆ SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Los horarios medicos inadecuados puede generar las siguientes situaciones problematicas:

⦿ *Inasistencia del usuario*

los horarios de los medicos especialistas pueden ser inadecuados para los usuarios; especialmente los horarios vespertinos, ya que muchos usuarios con terapias en la mañana y citas subsecuentes no esperan la hora de su cita por motivo de la lejanía de sus hogares o su situación económica ya que al pasar todo el día en el CRIO deberan gastar en alimentacion y muchos usuarios no tienen esa facilidad económica lo que genera un alto grado de inasistencia a las consultas medicas.

7. TIEMPO PROLONGADO DE ESPERA PARA ASIGNACIÓN DE TERAPIA.

◆ SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia puede ser causada por las siguientes situaciones problematicas:

⦿ *Inasistencia del personal*

Específicamente la inasistencia del personal de terapia causa que el usuario no pueda recibir prontamente su plan de tratamiento, que al faltar el personal los usuarios no pueden recibir atención inmediata y afecta en gran medida su recuperación.

⦿ *Falta de recurso humano*



Igualmente que la inasistencia del personal puede ocasionar los tiempos de espera para recibir terapias se eleven, el personal insuficiente para la demanda, afecta el flujo del proceso ocasionando cuellos de botella que se resumen en largos periodos de espera para los usuarios para recibir los servicios.

⦿ *Tiempo alto de espera para evaluación en terapia.*

puede causar que los usuarios tengan tiempos prolongados para recibir su respectiva terapia ya que al no tener su evaluación no pueden empezar su tratamiento para su recuperación.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia puede generar las siguientes situaciones problemáticas:

⦿ *Evolución de usuario no sea la esperada.*

Igualmente que los usuarios tengan tiempos prolongados para empezar sus terapias, afectan el flujo normal del proceso y ocasiona que los usuarios no puedan empezar con sus respectivas terapias afectando la recuperación y rehabilitación de los mismos.

8. ELEVADOS USUARIOS CRÓNICOS.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Elevados usuarios crónicos puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

⦿ *Evolución de usuario no sea la esperada.*

Si la recuperación del paciente y su respuesta al plan de tratamiento no es la esperada provoca que el paciente prolonge sus terapias y al no tener progresos significativos se convierte en usuario crónico que sigue con sus terapias aunque no presenta avance significativo alguno.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Ninguna situación problemática que se analizaron en el diagrama de interrelación se identifica como efecto de elevados usuarios crónicos.

9. FALTA DE DISPONIBILIDAD EN INTERCONSULTA.

◆ SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Falta de disponibilidad en interconsulta puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

⊙ *Agenda medica saturada*

Debido a la poca disponibilidad en la agenda médica es muy difícil programar las interconsultas que es una cita médica subsecuente de emergencia para cambiar, orientar, o evaluar el plan de tratamiento del usuario a fin que obtenga la mayor recuperación, muchos de las interconsultas se programan en sobrecupos y muchos de ellos no logran recibir atención en un tiempo oportuno.

◆ SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Falta de disponibilidad en interconsulta puede generar las siguientes situaciones problemáticas:

⊙ *Evolución de usuario no sea la esperada.*

Como efecto de que muchos pacientes no logran realizar su interconsulta con la rapidez deseada por la falta de disponibilidad de espacio en la agenda médica se afecta al usuario en su evolución al impedir que el médico en un tiempo oportuno logre evaluar su plan de tratamiento y modificar o sugerir un nuevo plan de tratamiento que tenga mayor efectividad.

10. ELEVADOS USUARIOS EN CONDICIONES.

◆ SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Elevados usuarios en condiciones puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

⊙ *Inasistencia del usuario*

La inasistencia del usuario puede ocasionar que muchos usuarios que han perdido su cita la intenten recuperar en condición, muchos usuarios prefieren pasar en condición a reprogramar su cita por la saturación de la agenda medica que ocasiona largos tiempos de espera (más de 3 meses)



☉ *Agenda medica saturada*

Muchos de los usuarios al tener sus citas médicas con más de 3 meses de espera optan intentar pasar con el medico en condición lo que significa que esperan en algún día la posibilidad de la inasistencia de otro usuario para poder ocupar su cupo, muchos usuarios prefieren pasar en condición con la esperanza de recibir atención del médico más inmediata, la gran cantidad de usuarios que pasan en condición refleja una mala administración de la agenda médica y de los tiempos de espera tan prolongados que tienen los usuarios.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Ninguna situación problemática que se analizaron en el diagrama de interrelación se identifica como efecto de elevados usuarios en condiciones.

11. TIEMPO PROLONGADO DE ESPERA PARA EVALUACIÓN DE TERAPIA.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Tiempo prolongado de espera para evaluación de terapia puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

☉ *Falta de recurso humano*

La falta de personal de terapia puede generar que los usuarios tengan tiempos prolongados para recibir su evaluación respectiva por los terapeutas, para empezar su plan de tratamiento, al no haber suficientes recursos se aumenta el tiempo de espera para recibir su evaluación y así mismo empezar sus terapias, causando cuellos de botella en el flujo del proceso.

☉ *Inasistencia del personal*

La inasistencia del personal de terapia puede generar que los usuarios tengan tiempos prolongados para recibir su evaluación respectiva por los terapeutas, para empezar su plan de tratamiento, al no haber suficientes recursos y los existentes falten afectan la productividad del centro aumentando estos tiempos de espera de los usuarios.



💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Tiempo prolongado de espera para evaluación de terapia puede generar las siguientes situaciones problemáticas:

⦿ *Evolución de usuario no sea la esperada*

Igualmente que los usuarios tengan tiempos prolongados para empezar su evaluación, afectan el flujo normal del proceso y ocasiona que los usuarios no puedan empezar con sus respectivas terapias afectando la recuperación y rehabilitación de los mismos.

⦿ *Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia.*

El tiempo prolongado de espera para la evaluación de terapia puede generar que los usuarios tengan tiempos prolongados para recibir su respectiva terapia ya que al no tener su evaluación no pueden empezar su tratamiento para su recuperación.

12. EVOLUCIÓN DE USUARIO NO ES LA ESPERADA.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Evolución de usuario no es la esperada puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

⦿ *Inasistencia del usuario*

La inasistencia del usuario a su respectiva consulta médica puede causar que los usuarios no tengan la mejoría deseada en su recuperación esto debido al no actualizar al médico de la recuperación del usuario al plan de tratamiento, no puede modificarlo o sugerir un nuevo plan de tratamiento que tenga mayor eficacia.

⦿ *Desinterés del usuario a recomendaciones técnicas del personal*

El desinterés de los usuarios provoca que no realicen los ejercicios que los terapeutas le dejan para realizar en casa y no puedan obtener el avance o mejoría deseada, al mismo tiempo que no asisten a sus



consultas médicas subsecuentes impidiendo al medico en un tiempo oportuno evaluar su plan de tratamiento y modificar o sugerir un nuevo plan de tratamiento que tenga mayor efectividad.

● *Falta de disponibilidad en interconsulta.*

Como efecto de que muchos pacientes no logran realizar su interconsulta con la rapidez deseada por la falta de disponibilidad de espacio en la agenda médica se afecta al usuario en su evolución al impedir que el medico en un tiempo oportuno logre evaluar su plan de tratamiento y modificar o sugerir un nuevo plan de tratamiento que tenga mayor efectividad.

● *Tiempo prolongado de espera para evaluación en terapia.*

Igualmente que los usuarios tengan tiempos prolongados para empezar su evaluación, afectan el flujo normal del proceso y ocasiona que los usuarios no puedan empezar con sus respectivas terapias afectando la recuperacion y rehabilitacion de los mismos.

● *Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia.*

Igualmente que los usuarios tengan tiempos prolongados para empezar sus terapias, afectan el flujo normal del proceso y ocasiona que los usuarios no puedan empezar con sus respectivas terapias afectando la recuperacion y rehabilitacion de los mismos.

● *Agenda medica saturada*

Muchos usuarios que se les tiene que programar consultas medicas subsecuentes tambien se ven obligados a esperar largos periodos de tiempo para recibir su consulta, mas tiempo de lo que el medico le indico para verificar mejoría o avance en su rehabilitación esto puede ocasionar que no se actualize su plan de tratamiento de acuerdo al efecto que las terapias han ido teniendo en cada paciente en particular y que los usuarios no tengan la mejoría deseada en su recuperación, impidiendo al medico en un tiempo oportuno de modificarlo o sugerir un nuevo plan de tratamiento que tenga mayor efectividad igualmente pasa para los usuarios de primera vez que entre mas rapido se de el diagnostico mas posibilidades tiene el paciente de dar mas respuesta al plan de tratamiento.



💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Evolución de usuario no es la esperada puede generar las siguientes situaciones problemáticas:

⦿ *Elevados usuarios cronicos*

Si la recuperación del paciente y su respuesta al plan de tratamiento no es la esperada provoca que el paciente prolonge sus terapias y al no tener progresos significativos se convierte en usuario crónico que sigue con sus terapias aunque no presenta avance significativo alguno.

Posteriormente después de haber justificado todas las relaciones realizadas en el diagrama de interrelaciones podemos observar en el diagrama las situaciones problemáticas marcadas en color rojo las cuales tienen mayor influencia (salidas de flecha) sobre las demás, lo que significa que al realizar algún tipo de actividad sobre esta situación podríamos modificar a las demás logrando disminuir su impacto o hasta poder solucionarlas, estas problemáticas claves identificadas son las que más influencia tienen; es decir las que contribuyen en mayor grado a generar a otras problemáticas

A continuación se muestra un cuadro resumen del diagrama de interrelaciones con las problemáticas claves identificadas.

Tabla 38 - Resumen problemática encontrada, causas y consecuencias

| SITUACIÓN PROBLEMÁTICA | SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSA . | SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA (EFECTO) |
|-------------------------------------|--|---|
| 1. <i>Inasistencia del usuario</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Horarios medicos inadecuados</i> ⦿ <i>Desinterés del usuario a recomendaciones técnicas del personal</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Evolución de usuario no es la esperada</i> ⦿ <i>Elevados usuarios en condiciones</i> ⦿ <i>Agenda medica saturada</i> |
| 2. <i>Inasistencia del personal</i> | - | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Tiempo de espera para evaluación en terapia alta.</i> ⦿ <i>Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia.</i> ⦿ <i>Agenda medica saturada</i> |
| 3. <i>Falta de recurso humano</i> | - | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Agenda medica saturada</i> ⦿ <i>Tiempo prolongado de espera</i> |



| | | |
|----------------------------------|------------------------------------|--|
| | | <i>para asignación de terapia.</i> |
| | | ● <i>Tiempo de espera para evaluación en terapia alta.</i> |
| 4. Agenda medica saturada | ● <i>Inasistencia del usuario</i> | ● <i>Falta de disponibilidad en interconsulta.</i> |
| | ● <i>Falta de recurso humano</i> | ● <i>Elevados usuarios en condiciones</i> |
| | ● <i>Inasistencia del personal</i> | ● <i>Evolucion de usuario no es la esperada</i> |

Son a estas problemáticas de agenda médica y terapia las que el equipo del proyecto analizara a fin de comprobar la problemática, diagnosticarla y promover medidas correctivas a fin de disminuir sustancialmente su impacto en los indicadores del centro.

Del mismo modo se procederá con las situaciones problemáticas de proceso identificadas.

PROBLEMAS DE PROCESO.

A continuación se muestra la utilización del diagrama de interrelaciones y el análisis de las diferentes situaciones problemáticas de proceso identificadas.

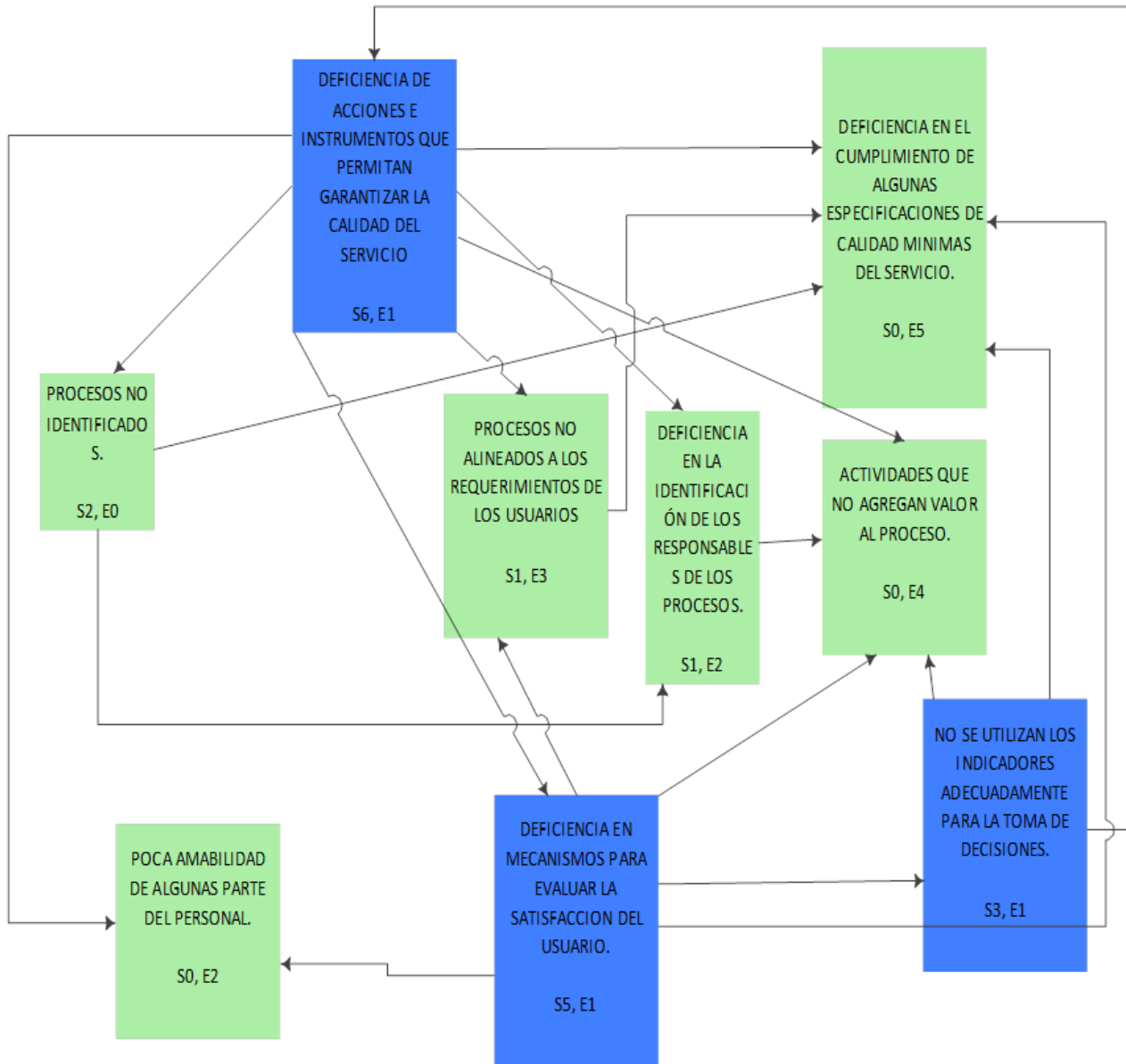


Figura 23 - Diagrama de interrelaciones problemas de proceso



Es necesario aclarar nuevamente que toda la información relacionada con cada situación problemática está en base a hipótesis basada en la experiencia que actualmente se tiene del centro y no han sido comprobados aun, la aplicación de esta técnica nos ayudara a decidir cuál de estas situaciones problemáticas serán analizadas detalladamente a fin de descubrir sus causas y ser verificadas como verdaderos problemas que afectan la gestión del CRIO.

Se resumen las relaciones de cada situación problemática encontradas en la realización del diagrama de interrelaciones en el siguiente cuadro.

PROBLEMATICAS DE PROCESO.

Tabla 39 – Resumen diagrama de interrelaciones, problemática de procesos

| SITUACIÓN PROBLEMÁTICA | SITUACIONES PROBLEMÁTICAS QUE LA CAUSAN | SITUACIONES PROBLEMÁTICAS QUE GENERA. |
|--|---|--|
| 1. <i>Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.</i> | <ul style="list-style-type: none"> ● <i>No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones</i> | <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.</i> ● <i>Actividades que no agregan valor al proceso</i> ● <i>Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos.</i> ● <i>Procesos no alineados a los requerimientos del usuario.</i> ● <i>procesos no identificados</i> ● <i>Poca amabilidad de algunas partes del personal.</i> ● <i>Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.</i> |
| 2. <i>Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.</i> | <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.</i> | <ul style="list-style-type: none"> ● <i>No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones</i> ● <i>Actividades que no agregan valor al proceso</i> ● <i>Poca amabilidad de algunas partes del personal.</i> |

| | | |
|---|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Procesos no alineados a los requerimientos del usuario</i> ⦿ <i>Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio</i> |
| 3. <i>procesos no identificados</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.</i> ⦿ <i>Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos.</i> |
| 4. <i>Procesos no alineados a los requerimientos del usuario</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio</i> ⦿ <i>Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio .</i> |
| 5. <i>Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos.</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.</i> ⦿ <i>procesos no identificados</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Actividades que no agregan valor al proceso</i> |
| 6. <i>Actividades que no agregan valor al proceso</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.</i> ⦿ <i>Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.</i> ⦿ <i>Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos.</i> ⦿ <i>No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones</i> | - |
| 7. <i>No se utilizan los indicadores adecuados</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⦿ <i>Actividades que no agregan valor al proceso.</i> ⦿ <i>Deficiencia en el cumplimiento</i> |



para la toma de decisiones.

de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.

- *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio*

8. Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.

- *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio*
- *Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.*
- *procesos no identificados*
- *Procesos no alineados a los requerimientos del usuario.*
- *No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones*

9. Poca amabilidad de algunas partes del personal.

- *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio*
- *Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.*

A continuación se describirá el análisis realizado durante la aplicación de esta técnica al fin de justificar y detallar las relaciones identificadas.



PROBLEMAS DE PROCESO:

Tabla 40 - Resumen problemas de proceso

| N° | PROBLEMAS |
|----|---|
| 1 | DEFICIENCIAS DE ACCIONES E INSTRUMENTOS QUE PERMITAN GARANTIZAR LA CALIDAD DEL SERVICIO. |
| 2 | DEFICIENCIA EN MECANISMOS PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO. |
| 3 | PROCESOS NO IDENTIFICADOS |
| 4 | PROCESOS NO ALINEADOS A LOS REQUERIMIENTOS DEL USUARIO |
| 5 | DEFICIENCIA EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LOS PROCESOS. |
| 6 | ACTIVIDADES QUE NO AGREGAN VALOR AL PROCESO |
| 7 | NO SE UTILIZAN LOS INDICADORES ADECUADAMENTE PARA LA TOMA DE DECISIONES |
| 8 | DEFICIENCIA EN EL CUMPLIMIENTO DE ALGUNAS ESPECIFICACIONES DE CALIDAD MÍNIMAS DEL SERVICIO. |
| 9 | POCA AMABILIDAD DE ALGUNAS PARTES DEL PERSONAL. |

1. DEFICIENCIAS DE ACCIONES E INSTRUMENTOS QUE PERMITAN GARANTIZAR LA CALIDAD DEL SERVICIO.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

- ☉ *No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones.*

Se tienen indicadores de desempeño en las actividades, pero estos no reflejan la satisfacción de los usuarios por esta razón no es posible tomar decisiones con respecto a la calidad en los servicios, ni tampoco garantizar los estándares mínimos de atención en tiempo de espera para recibir consultas médicas y terapias, Satisfacción del usuario, y desempeño del personal.



💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio puede generar las siguientes situaciones problemáticas:

⦿ *Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.*

No se llenan las expectativas de atención por parte de los usuarios, muchas veces por los tiempos largos en espera para la consulta médica especialista, Esto conlleva a usuarios insatisfechos que no llegan a obtener una rehabilitación integral, estos usuarios algunas veces se vuelven crónicos y consumen recursos que otros usuarios podrían aprovechar.

⦿ *Actividades que no agregan valor al proceso.*

Sin ningún mecanismo de control para los distintos procesos que garantizan la eficacia y efectividad de los mismos, ocurren requisitos innecesarios, actividades repetitivas que no generan valor, esto conlleva a insatisfacción en los usuarios por tiempos de espera en trámites que se podrían realizar en el instante, tramites que son innecesarios y que se podrían eliminar.

⦿ *Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos.*

Al no tener mecanismos de control que permitan garantizar la calidad del servicio no se definen por consecuencia los responsables de los procesos, lo que propicia que los trabajadores no se sientan comprometidos con el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad.

⦿ *Procesos no alineados a los requerimientos del usuario.*

Al no tener mecanismos de control que permitan garantizar la calidad del servicio en base a las necesidades de los usuarios y sugerencias de los mismos no permite la mejora continua de sus procesos ni la alineación de los mismos para garantizar la satisfacción del usuario desde su perspectiva bajo un enfoque común con visión de objetivo en el cliente.



☉ *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.*

Una deficiente gestión de calidad, apropiados indicadores de control u otras herramientas que puedan ayudar a garantizar la calidad demandada genera la mínima aplicación de métodos para evaluar la satisfacción del usuario, como encuestas, atención ciudadana, buzón de sugerencia, etc. Sin estos parámetros no se puede determinar el sentir de los usuarios y no se tiene mejora continua en los servicios ofrecidos, esto causa acomodamiento del personal y posturas erróneas acerca de cómo los usuarios perciben de los servicios.

☉ *Procesos no identificados*

Uno de los primeros pasos para la creación de mecanismos o instrumentos que garanticen la calidad del servicio es la identificación de sus procesos, al no tener estos mecanismos no se posee una identificación clara de los procesos y sus niveles en la institución, lo que dificulta el entendimiento del funcionamiento de la organización al mismo tiempo que se desconocen las actividades que generan más valor al cumplimiento de sus metas y objetivos e impide enfocar mejoras y recursos a estos.

☉ *Poca amabilidad de algunas partes del personal.*

La deficiencia de mecanismos de control para garantizar la calidad en el servicio puede generar en algunas situaciones que no se le brinda al usuario un servicio con amabilidad y profesionalismo o que muchas veces se discrimina a los usuarios o se tengan preferencias para brindar la atención. Esto causa malestar que a su vez se manifiesta en desinterés en los usuarios, altas tasas de inasistencia, y usuarios que ya no llegan a recibir servicios.

2. DEFICIENCIA EN MECANISMOS PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO.

◆ SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:



☉ *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.*

Una deficiente gestión de calidad, apropiados indicadores de control u otras herramientas que puedan ayudar a garantizar la calidad demandada causa la mínima aplicación de métodos para evaluar la satisfacción del usuario, como encuestas, atención ciudadana, buzón de sugerencia, etc. Sin estos parámetros no se puede determinar el sentir de los usuarios y no se tiene mejora continua en los servicios ofrecidos, esto causa acomodamiento del personal y posturas erróneas acerca de cómo los usuarios perciben de los servicios.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario puede generar las siguientes situaciones problemáticas:

☉ *No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones.*

Se tienen indicadores de desempeño en las actividades pero que solo nos indican productividad; estos no reflejan la satisfacción de los usuarios por esta razón no es posible tomar decisiones con respecto a la calidad en los servicios, ni tampoco garantizar los estándares mínimos de atención en tiempo de espera para recibir consultas médicas y terapias, Satisfacción del usuario, y desempeño del personal.

☉ *Actividades que no agregan valor al proceso.*

Con el poco énfasis en conocer la satisfacción del usuario en los distintos procesos que garantizan la eficacia y efectividad de los mismos desde el punto de vista del usuario generan en algunos procesos requisitos innecesarios, actividades repetitivas que no generan valor, esto conlleva a insatisfacción en los usuarios por tiempos de espera en trámites que se podrían realizar en el instante, trámites que son innecesarios y que se podrían eliminar.

☉ *Poca amabilidad de algunas partes del personal.*

La deficiencia de mecanismos o instrumentos que permitan medir el trato y el servicio que se le brinda a los usuarios del centro y su satisfacción de acuerdo a ellos puede generar en algunas situaciones que los



empleados no le brindan a los usuarios un servicio con amabilidad y profesionalismo o que muchas veces se discrimina a los usuarios o se tengan preferencias para brindar la atención.

⊙ *Procesos no alineados a los requerimientos del usuario.*

La deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario limita al centro en su visión de las necesidades de los usuarios y sugerencias de los mismos y a falta de la mejora continua de sus procesos que no permitirían garantizar su satisfacción desde su perspectiva.

⊙ *Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.*

Al tener deficiencias en la implementación de instrumentos o mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario muchas veces los usuarios desconocen los estándares mínimos de calidad exigidos al personal de la institución por esta razón muchos usuarios solo pueden otorgar una valoración subjetiva de la calidad de servicio que reciben en el CRIO.

3. PROCESOS NO IDENTIFICADOS.

💧 SITUACIONES PROBLEMÁTICAS QUE LA CAUSAN.

Procesos no identificados puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

⊙ *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.*

Al hablar de instrumentos que permitan garantizar la calidad en el servicio se debe primero conocer los procesos a medir, sus requisitos, sus productos, sus limitaciones, su importancia en la escala de valor del servicio, etc. al no conocer al detalle lo que se espera de la gestión del centro se dificulta en gran manera evaluar y garantizar la calidad del servicio y como resultado se evidencia el desconocimiento de todos los procesos involucrados y su importancia en su gestión.

💧 SITUACIONES PROBLEMÁTICAS QUE GENERA.

Procesos no identificados puede generar las siguientes situaciones problemáticas:



☉ *Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.*

El no conocer de manera detallada los procesos que involucran toda la gestión del CRIO y su importancia en la prestación del servicio, hace que no se tenga un control del cumplimiento de los estándares de cada uno de ellos lo que conlleva que muchos de estos no se cumplan ni se evalúe el proceso para su mejora y su control más minucioso.

☉ *Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos.*

Igualmente el no conocer de manera detallada los procesos que involucran toda la gestión del CRIO afecta la identificación de los involucrados en los mismos y sobretodo de los responsables de la eficiencia y efectividad de cada uno de los procesos.

4. PROCESOS NO ALINEADOS A LOS REQUERIMIENTOS DEL USUARIO.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Procesos no alineados a los requerimientos del usuario puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

☉ *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.*

Al no tener mecanismos de control que permitan garantizar la calidad del servicio en base a las necesidades de los usuarios y sugerencias de los mismos no permite la mejora continua de sus procesos ni la alineación de los mismos para garantizar la satisfacción del usuario desde su perspectiva bajo un enfoque común con visión de objetivo en el cliente.

☉ *Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.*

La deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario limita al centro en su visión de las necesidades de los usuarios y sugerencias de los mismos y afecta la mejora continua de sus procesos que no permiten garantizar su satisfacción desde su perspectiva.



💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Procesos no alineados a los requerimientos del usuario puede generar las siguientes situaciones problemáticas:

🕒 *Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio*

Cuando los procesos no se evalúan y se adaptan al fin que se le brinde un mejor servicio cada vez al usuario ayudándonos con las observaciones y recomendaciones de los usuarios, se puede estar permitiendo el incumplimiento de algunos estándares de trato, tiempo de espera y muchos otras especificaciones mínimas del servicio que son alcanzables y mejorables.

5. DEFICIENCIA EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LOS PROCESOS.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

🕒 *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.*

Al no tener mecanismos de control que permitan garantizar la calidad del servicio no se definen por consecuencia los responsables de los procesos, lo que propicia que los trabajadores no se sientan comprometidos con el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad.

🕒 *procesos no identificados.*

Igualmente el no conocer de manera detallada los procesos que involucran toda la gestión del CRIO afecta la identificación de los involucrados en los mismos y sobretodo de los responsables de la eficiencia y efectividad de cada uno de los procesos.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos puede generar las siguientes situaciones problemáticas:



☉ *Actividades que no agregan valor al proceso.*

Al no definirse concretamente a los responsables de los procesos y responsables de sus resultados, propicia que los trabajadores no se sientan comprometidos con el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad y puede generar que se desarrollen muchas actividades innecesarias que afectan la eficiencia de sus procesos.

6. ACTIVIDADES QUE NO AGREGAN VALOR AL PROCESO.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Actividades que no agregan valor al Proceso puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

☉ *Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.*

Con el poco énfasis en conocer la satisfacción del usuario en los distintos procesos que garantizan la eficacia y efectividad de los mismos desde el punto de vista del usuario generan en algunos procesos requisitos innecesarios, actividades repetitivas que no generan valor, esto conlleva a insatisfacción en los usuarios por tiempos de espera en trámites que se podrían realizar en el instante, trámites que son innecesarios y que se podrían eliminar.

☉ *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.*

Sin ningún mecanismo de control para los distintos procesos que garantizan la eficacia y efectividad de los mismos, ocurren requisitos innecesarios, actividades repetitivas que no generan valor, esto conlleva a insatisfacción en los usuarios por tiempos de espera en trámites que se podrían realizar en el instante, trámites que son innecesarios y que se podrían eliminar

☉ *Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos.*

Al no definirse concretamente a los responsables de los procesos y responsables de sus resultados, propicia que los trabajadores no se sientan comprometidos con el cumplimiento de los estándares mínimos de calidad y puede generar que se desarrollen muchas actividades innecesarias que afectan la eficiencia de sus procesos.



- ⦿ *No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones*

Se dejan a un lado aquellos indicadores que miden específicamente la eficiencia de los procesos lo que nos permite identificar aquellas acciones o actividades que no generan valor alguno y afectan en gran medida el servicio brindado.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Ninguna situación problemática que se analizaron en el diagrama de interrelación se identifica como efecto de actividades que no agregan valor al proceso.

7. NO SE UTILIZA LOS INDICADORES ADECUADAMENTE PARA LA TOMA DE DECISIONES.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

- ⦿ *Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.*

Cuando no se pueden garantizar los estándares mínimos de atención en tiempo de espera para recibir consultas médicas y terapias, Satisfacción del usuario, y desempeño del personal. Se puede deber a que no se utilizan los indicadores adecuados ya que podemos estar ocupando tiempo en evaluar únicamente productividad; y estos no reflejan la satisfacción de los usuarios por esta razón no es posible tomar decisiones con respecto a la calidad en los servicios.

💧 SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones puede generar las siguientes situaciones problemáticas:

- ⦿ *Actividades que no agregan valor al proceso.*

Se dejan a un lado aquellos indicadores que miden específicamente la eficiencia de los procesos lo que nos permite identificar aquellas acciones o actividades que no generan valor alguno y afectan en gran medida el servicio brindado.



☉ *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.*

Se tienen indicadores de desempeño en las actividades, pero estos no reflejan la satisfacción de los usuarios por esta razón no es posible tomar decisiones con respecto a la calidad en los servicios, ni tampoco garantizar los estándares mínimos de atención en tiempo de espera para recibir consultas médicas y terapias, Satisfacción del usuario, y desempeño del personal.

☉ *Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.*

Al no poseer los indicadores necesarios que me permitan controlar aquellas variables esenciales que afectan el servicio del centro no se pueden controlar y verificar que estas se cumplan lo que ocasiona que muchas pasen desapercibidas y no se tome decisiones para mejorarlas.

8. DEFICIENCIAS EN EL CUMPLIMIENTO DE ALGUNAS ESPECIFICACIONES DE CALIDAD MINIMAS DEL SERVICIO.

◆ SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:

☉ *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio*

No se llenan las expectativas de atención por parte de los usuarios, muchas veces por los tiempos largos en espera para la consulta médica especialista, Esto conlleva a usuarios insatisfechos que no llegan a obtener una rehabilitación integral, estos usuarios algunas veces se vuelven crónicos y consumen recursos que otros usuarios podrían aprovechar.

☉ *Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.*

Al tener deficiencias en la implementación de instrumentos o mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario muchas veces los usuarios desconocen los estándares mínimos de calidad exigidos al personal de la institución por esta razón muchos usuarios solo pueden otorgar una valoración subjetiva de la calidad de servicio que reciben en el CRIO.



☉ *procesos no identificados*

El no conocer de manera detallada los procesos que involucran toda la gestión del CRIO y su importancia en la prestación del servicio, hace que no se tenga un control del cumplimiento de los estándares de cada uno de ellos lo que conlleva que muchos de estos no se cumplan ni se evalúe el proceso para su mejora y su control más minucioso.

☉ *Procesos no alineados a los requerimientos del usuario.*

Cuando los procesos no se evalúan y se adaptan al fin que se le brinde un mejor servicio cada vez al usuario ayudándonos con las observaciones y recomendaciones de los usuarios, se puede estar permitiendo el incumplimiento de algunos estándares de trato, tiempo de espera y muchos otras especificaciones mínimas del servicio que son alcanzables y mejorables.

☉ *No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones*

Al no poseer los indicadores necesarios que me permitan controlar aquellas variables esenciales que afectan el servicio del centro no se pueden controlar y verificar que estas se cumplan lo que ocasiona que muchas pasen desapercibidas y no se tome decisiones para mejorarlas.

SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Ninguna situación problemática que se analizaron en el diagrama de interrelación se identifica como efecto de la deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.

9. POCA AMABILIDAD DE ALGUNAS PARTES DEL PERSONAL.

◆ SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSAN.

Poca amabilidad de algunas partes del personal puede ser causada por las siguientes situaciones problemáticas:



☉ *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.*

La deficiencia de mecanismos de control para garantizar la calidad en el servicio puede generar en algunas situaciones que no se le brinda al usuario un servicio con amabilidad y profesionalismo o que muchas veces se discrimina a los usuarios o se tengan preferencias para brindar la atención. Esto causa malestar que a su vez se manifiesta en desinterés en los usuarios, altas tasas de inasistencia, y usuarios que ya no llegan a recibir servicios.

☉ *Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.*

La deficiencia de mecanismos o instrumentos que permitan medir el trato y el servicio que se le brinda a los usuarios del centro y su satisfacción de acuerdo a ellos puede generar en algunas situaciones que los empleados no le brinden a los usuarios un servicio con amabilidad y profesionalismo o que muchas veces se discrimina a los usuarios o se tengan preferencias para brindar la atención.

SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA.

Ninguna situación problemática que se analizaron en el diagrama de interrelación se identifica como efecto de la poca amabilidad de algunas partes del personal.

Posteriormente después de haber justificado todas las relaciones realizadas en el diagrama de interrelaciones podemos observar en el diagrama las situaciones problemáticas marcadas en color azul las cuales tienen mayor influencia (salidas de flecha) sobre las demás, lo que significa que al realizar algún tipo de actividad sobre esta situación podríamos modificar a las demás logrando disminuir su impacto o hasta poder solucionarlas, estas problemáticas claves identificadas son las que más influencia tienen; es decir las que contribuyen en mayor grado a generar a otras problemáticas.

A continuación se muestra un cuadro resumen del diagrama de interrelaciones con las problemáticas claves identificadas.

Tabla 41 - Resumen problemas de proceso, causas y efectos

| SITUACIÓN PROBLEMÁTICA | SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE LA CAUSA . | SITUACIONES PROBLEMATICAS QUE GENERA (EFECTO) |
|----------------------------|--|---|
| Deficiencias de acciones e | ☉ <i>No se utilizan los indicadores</i> | ☉ <i>Deficiencia en el cumplimiento</i> |



| | | |
|---|---|--|
| <p>instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.</p> | <p><i>adecuadamente para la toma de decisiones</i></p> | <p><i>de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.</i></p> <ul style="list-style-type: none">⦿ <i>Actividades que no agregan valor al proceso</i>⦿ <i>Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos.</i>⦿ <i>Procesos no alineados a los requerimientos del usuario.</i>⦿ <i>procesos no identificados</i>⦿ <i>Poca amabilidad de algunas partes del personal.</i>⦿ <i>Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.</i> |
| <p>Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.</p> | <ul style="list-style-type: none">⦿ <i>Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.</i> | <ul style="list-style-type: none">⦿ <i>No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones</i>⦿ <i>Actividades que no agregan valor al proceso</i>⦿ <i>Poca amabilidad de algunas partes del personal.</i>⦿ <i>Procesos no alineados a los requerimientos del usuario</i>⦿ <i>Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio</i> |
| <p>No se utilizan los indicadores adecuados para la toma de decisiones.</p> | <ul style="list-style-type: none">⦿ <i>Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.</i> | <ul style="list-style-type: none">⦿ <i>Actividades que no agregan valor al proceso.</i>⦿ <i>Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.</i>⦿ <i>Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio</i> |

Son a estas problemáticas de proceso las que el equipo del proyecto analizara a fin de comprobar la problemática, diagnosticarla y promover medidas correctivas a fin de disminuir sustancialmente su impacto en los indicadores del centro.

RESULTADO DE LOS DIAGRAMAS DE INTERRELACION.

A continuación se lista las problemáticas a comprobar diagnosticar y mejorar a fin de disminuir su impacto en la gestión del centro.

Tabla 42 - Resumen problemática encontrada con diagramas de interrelación

| SITUACIÓN PROBLEMÁTICA | SITUACIONES PROBLEMÁTICAS QUE LA CAUSA . | SITUACIONES PROBLEMÁTICAS QUE GENERA (EFECTO) |
|--|---|---|
| 1. <i>Inasistencia del usuario</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ <i>Horarios medicos inadecuados</i> ⊙ <i>Desinteres del usuario a recomendaciones tecnicas del personal</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ <i>Evolucion de usuario no es la esperada</i> ⊙ <i>Elevados usuarios en condiciones</i> ⊙ <i>Agenda medica saturada</i> |
| 2. <i>Inasistencia del personal</i> | - | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ <i>Tiempo de espera para evaluacion en terapia alta.</i> ⊙ <i>Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia.</i> ⊙ <i>Agenda medica saturada</i> |
| 3. <i>Falta de recurso humano</i> | - | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ <i>Agenda medica saturada</i> ⊙ <i>Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia.</i> ⊙ <i>Tiempo de espera para evaluacion en terapia alta.</i> |
| 4. <i>Agenda medica saturada</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ <i>Inasistencia del usuario</i> ⊙ <i>Falta de recurso humano</i> ⊙ <i>Inasistencia del personal</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ <i>Falta de disponibilidad en interconsulta.</i> ⊙ <i>Elevados usuarios en condiciones</i> ⊙ <i>Evolucion de usuario no es la esperada.</i> |
| 5. <i>Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ <i>No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones</i> | <ul style="list-style-type: none"> ⊙ <i>Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.</i> ⊙ <i>Actividades que no agregan</i> |



servicio.

valor al proceso

- *Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos.*
- *Procesos no alineados a los requerimientos del usuario.*
- *procesos no identificados*
- *Poca amabilidad de algunas partes del personal.*
- *Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.*

6. Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.

● *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.*

- *No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones*
- *Actividades que no agregan valor al proceso*
- *Poca amabilidad de algunas partes del personal.*
- *Procesos no alineados a los requerimientos del usuario*
- *Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.*

7. No se utilizan los indicadores adecuados para la toma de decisiones.

● *Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.*

- *Actividades que no agregan valor al proceso.*
- *Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.*
- *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.*

A continuación se resumirá las principales técnicas con las cuales se espera comprobar, profundizar y diagnosticar cada una de estas situaciones problemáticas.



1. *Inasistencia del usuario:*

Se realizara un análisis de los registros del centro y se sacaran estadísticas que demuestran el porcentaje de inasistencia que posee en los últimos 6 meses del presente año, además se utilizara una encuesta para determinar las posibles causas por los que los usuarios faltan a sus citas y la opinión de estos con respecto a situaciones como: Horarios médicos inadecuados, el Desinterés del usuario a recomendaciones técnicas del personal, si alguna vez ha pasado en condición y su opinión sobre los tiempos de la agenda medica con el fin de enlazar y comprobar estas causas y efectos al problema o descubrir nuevas.

2. *Inasistencia del personal*

Para abordar esta problemática nos apoyaremos en el uso de la técnica del muestreo aleatorio del trabajo para observar que porcentaje de ausencia de su puesto de trabajo tiene el personal en su tiempo activo que afecta el servicio, también se usara la encuesta para determinar la percepción del usuario con respecto a esta problemática así como también su percepción con respecto a situaciones como: Tiempo de espera para evaluación en terapia alta, Tiempo prolongado de espera para asignación de terapia y tiempos largos de espera, Agenda medica saturada.

3. *Falta de personal.*

A fin de diagnosticar y confirmar esta situación problemática se hará uso principalmente del muestreo del trabajo, técnica en la cual se medirá el nivel de carga de trabajo del personal y el porcentaje de tiempo de actividad productiva de cada empleado a su vez el porcentaje de tiempo que el personal pierde en actividades improductivas y si estos están entre los límites aceptables.

Todo esto nos ayudara a determinar si existe la necesidad de más personal y que áreas poseen mayor nivel de carga de trabajo proporcionándonos un panorama general de la institución.

4. *Agenda medica Saturada.*

Esta situación problemática se abordará con el análisis de una muestra de los expedientes médicos pro especialidad médica: (Neurología, pediatría, Fisiatría y Ortopedia) a fin de determinar el grado de cumplimiento de los estándares de atención medica que posee el centro, según la prioridad del usuario; a



determinar el nivel de cumplimiento estamos determinando también el tiempo promedio que cada usuario está recibiendo su atención medica según su prioridad.

5. Problemas de Proceso.

Estas situaciones problemáticas se abordaran y se medirán desde la base del nivel de cumplimiento de los estándares exigidos por la Carta Iberoamericana en su apartado 4.2 definido como “ El uso de acciones e instrumentos que garanticen la calidad en la gestión pública” en el cual se tuvo una calificación de 43 %, lo que da un área de oportunidad de 57 % para lograr obtener un cumplimiento al 100%.” Esta evaluación que fue realizada por la alta directiva que refleja un mayor déficit en esta sección de la carta, se ve reflejada en tres situaciones problemáticas principales identificadas durante la caracterización de los procesos.

- *Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.*
- *Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.*
- *No se utilizan los indicadores adecuados para la toma de decisiones.*

Además también se hará uso de la encuesta para determinar la percepción de los usuarios y cuestionar su opinión referente al uso de mecanismos para captar sus sugerencias y opiniones y la importancia y necesidad de estos. Así como el grado de satisfacción que estos tienen de los servicios y la gestión del centro en general, identificando las áreas débiles de los procesos que el usuario identifica y que afecta el servicio y atención que reciben.

2.3.4 Muestreo de Cargas de Trabajo

2.3.4.1 Definición del Problema

2.3.4.1.1 Objetivos del Estudio de Muestreo de Trabajo.

- *Determinar los niveles de eficiencia de la utilización del personal técnico, médico y de apoyo del Centro de Rehabilitación de Occidente, que participa*
- *Determinar las diferentes actividades o elementos que generan inactividad en el personal técnico, médico y de apoyo del Centro de Rehabilitación de Occidente.*



2.3.4.1.2 Descripción de elementos a medir

El interés de clasificar las diferentes actividades que el recurso técnico realiza en elementos de medición, permite conocer el porcentaje de actividad u ociosidad de las personas, dichos elementos permitirá realizar un análisis de operaciones/actividad.

2.3.4.1.2.1 Elementos de Trabajo

Estos elementos son aquellos que generan actividad, y que están directa o indirectamente involucrados en la prestación del servicio, en el proceso de rehabilitación.

1. **Preparación de Equipo:** *Ocurre cuando el personal técnico, procede a preparar los diferentes equipos, utensilios, aditamentos sea para luego realizar la consulta/terapia.*
2. **Atención al usuario:** *Ocurre cuando el personal técnico, se encuentra en el acto de brindar la consulta/terapia, sea esta de manera manual o con equipo auxiliar.*
3. **Supervisar usuario:** *Ocurre cuando el personal técnico, revisa, inspecciona al usuario mientras este se encuentra realizando ejercicios, maniobras en la terapia/consulta.*
4. **Elaborando Informes:** *Se refiere a toda actividad relacionada a la elaboración de reportes, informes, expedientes, u otra documentación interna del centro.*

2.3.4.1.2.2 Elementos de Ociosidad

Se consideraran *elementos de ociosidad*, todas aquellas actividades del personal que no generan valor, o que no están relacionados con la prestación del servicio del proceso de rehabilitación.

5. **Conversando:** *Se refiere a toda charla o conversación innecesaria que no sea con el usuario al cual el técnico atiende, y que es de tipo improductiva.*
6. **Ausencia de Usuario:** *Ocurre cuando el técnico, se encuentra en periodo de espera del próximo usuario.*
7. **Comiendo:** *Elemento que ocurre cuando el técnico consume tanto alimentos como bebidas de manera discreta, secreta, siendo esta actividad en periodo de consulta.*
8. **Distracción:** *Ocurre cuando el técnico se encuentra distraída observando cualquier situación, objeto que no procede a su labor.*
9. **Ausentismo:** *Ocurre cuando el técnico, no se encuentra en su lugar de trabajo de manera injustificada.*
10. **Necesidades personales:** *Ocurre cuando el técnico no se encuentra en su puesto de trabajo, debido a necesidades personales.*
11. **Otros:** *Cualquier tipo de ociosidad o inactividad que impida la realización de las tareas del técnico.*



2.3.4.2 Determinar Precisión y Nivel de Confianza

El nivel de confianza, es la probabilidad de que el valor verdadero se encuentre dentro de un conjunto o rango de parámetros, en el caso del muestreo el nivel de confianza indicara el nivel de *precisión o exactitud* que tendrá el muestreo.

La precisión o nivel de confianza se representara por la letra “Z” que significara el número de desviaciones estándar requeridas para cada nivel de confianza. (Ver tabla siguiente)

Tabla 43 - Nivel de confianza para muestreo de trabajo

| Nivel de Confianza | Z |
|--------------------|-------|
| 99.5 % | 3.25 |
| 99.0 % | 2.575 |
| 95.0 % | 1.960 |
| 90.0 % | 1.645 |
| 80.0 % | 1.245 |
| 75.0 % | 1.151 |

Debido al tipo de estudio y las condiciones que este representa, al ser de tipo administrativo y no productivo, y por el nivel de credibilidad y certeza buscada se utilizara un nivel de confianza del **95.0%**, (**Z = 1.96**) así también este nivel de confianza es el más utilizado y aceptado en estudios científicos.⁸

Porcentaje de error, dado que el muestreo de trabajo se fundamenta en un muestreo estadístico, y es un modelo de representación, siempre se tendrá un nivel de error o sesgo. El nivel o porcentaje de error se representa por “e”, y se calcula como la diferencia de la unidad con el nivel de confianza. Para este estudio se utilizara un porcentaje de error de **5.0%**.

⁸ Tomado de 2012/ Muestreo del Trabajo / México, Universidad de Occidente, Unidad de Ingeniería, pág. 1 de 18.



2.3.4.3 Reconocimiento del Lugar de Trabajo

2.3.4.3.1 Determinar Áreas de Trabajo

Para la realización de este estudio se consideraran las diferentes áreas técnicas y médicas que es donde al usuario se le brindan la intervención para su rehabilitación, y el área administrativa o de apoyo (psicología), que es donde se realiza el proceso de ingreso.

El área técnica del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, se encuentra dividida en dos pisos, diferenciando la atención que se brinda a adultos (planta baja), con la atención brindada hacia niños (planta alta). A continuación se muestran las áreas en las cuales se brinda el servicio de terapias.

Planta Baja (Atención a Adultos)

- *Terapia Ocupacional*
- *Terapia Física*
- *Terapia de Lenguaje*
- *Electroterapia*
- *Hidroterapia*
- *Educación Física Adaptada (EFA)*
- *Gimnasio*
- *Servicios Sanitarios*
- *Lavandería*

Planta Alta (Atención a niños)

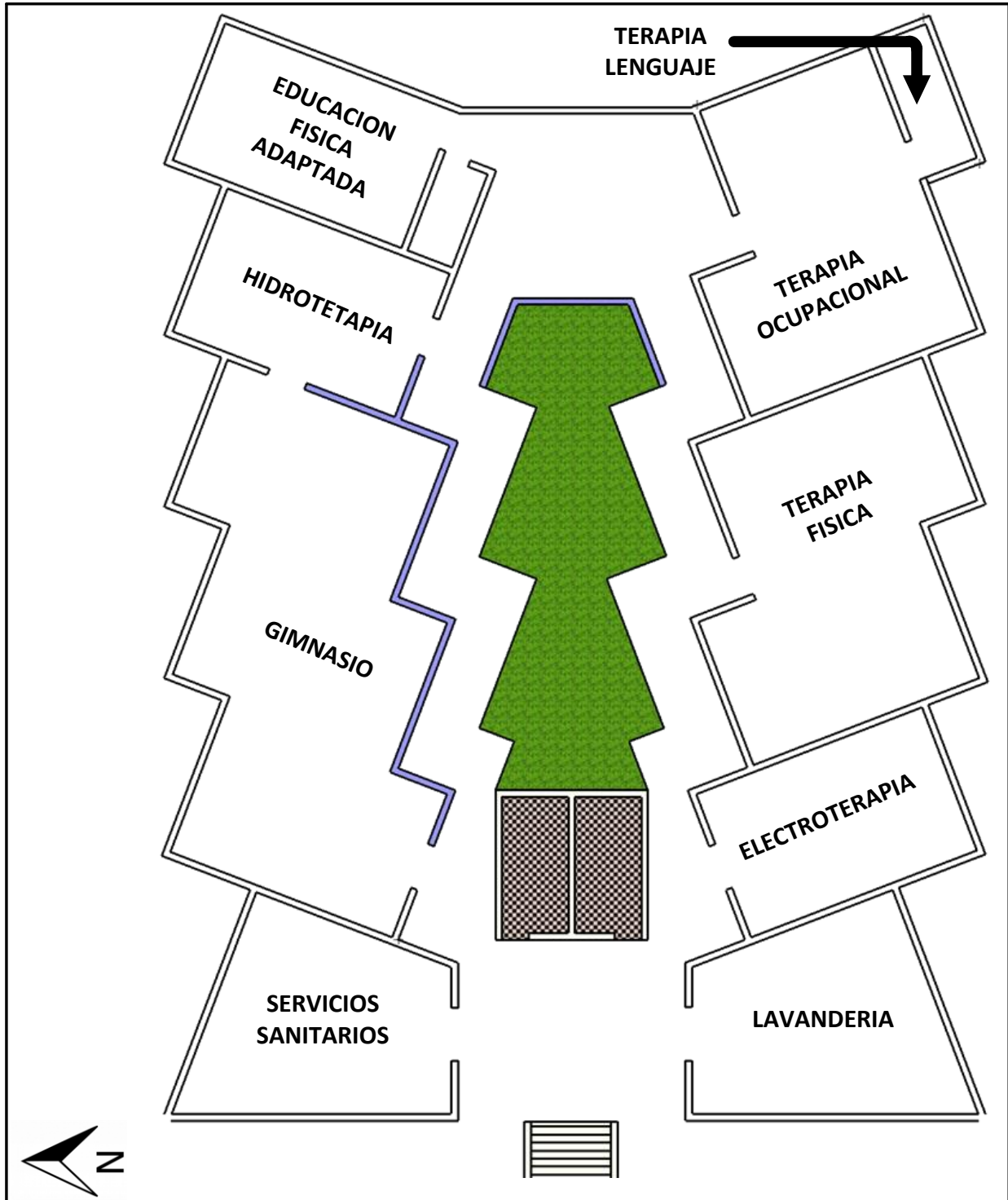
- *Terapia Física*
- *Terapia Ocupacional*
- *Terapia Lenguaje*
- *Terapia Educativa*
- *Gimnasio*
- *Salón de Uso Múltiple*
- *Servicios Sanitarios*

Área Administrativa, Apoyo y Médica

- *Apertura de Expediente*
- *Estación de Enfermería*
- *Trabajo Social*



- *Archivo*
- *Consultorio Médico #1*
- *Consultorio Médico #2*
- *Consultorio Médico #3*
- *Consultorio Psicológico #1*
- *Consultorio Psicológico #2*
- *Consultorio Psicológico #3*
- *Oficinas Administrativas*

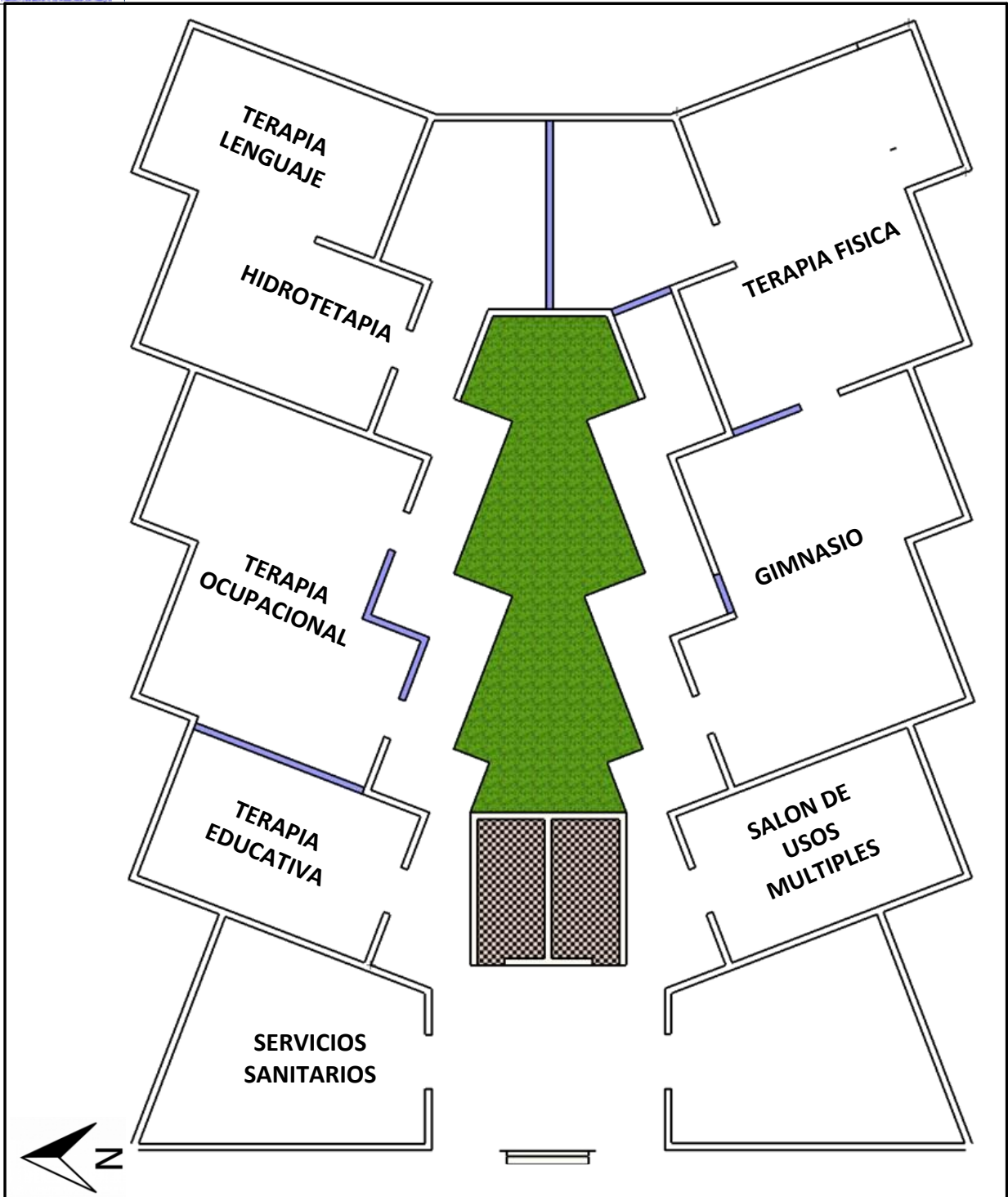


| | NOMBRE | FECHA | |
|-------------|---------------------------|--------------|--|
| ELABORO: | | JULIO / 2013 | MODELO DE GESTION POR PROCESOS CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE |
| REVISO: | DRA. ELBA MARJORIE FORTIN | JULIO / 2013 | |
| Lds. Normas | | | |

| | | |
|--------------|--|-----------------|
| Esc. 1:30 | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE VISTA DE PLANTA ATENCION ADULTOS | 1 / 3 |
| | | Sustituye a: |
| | | Sustituido por: |



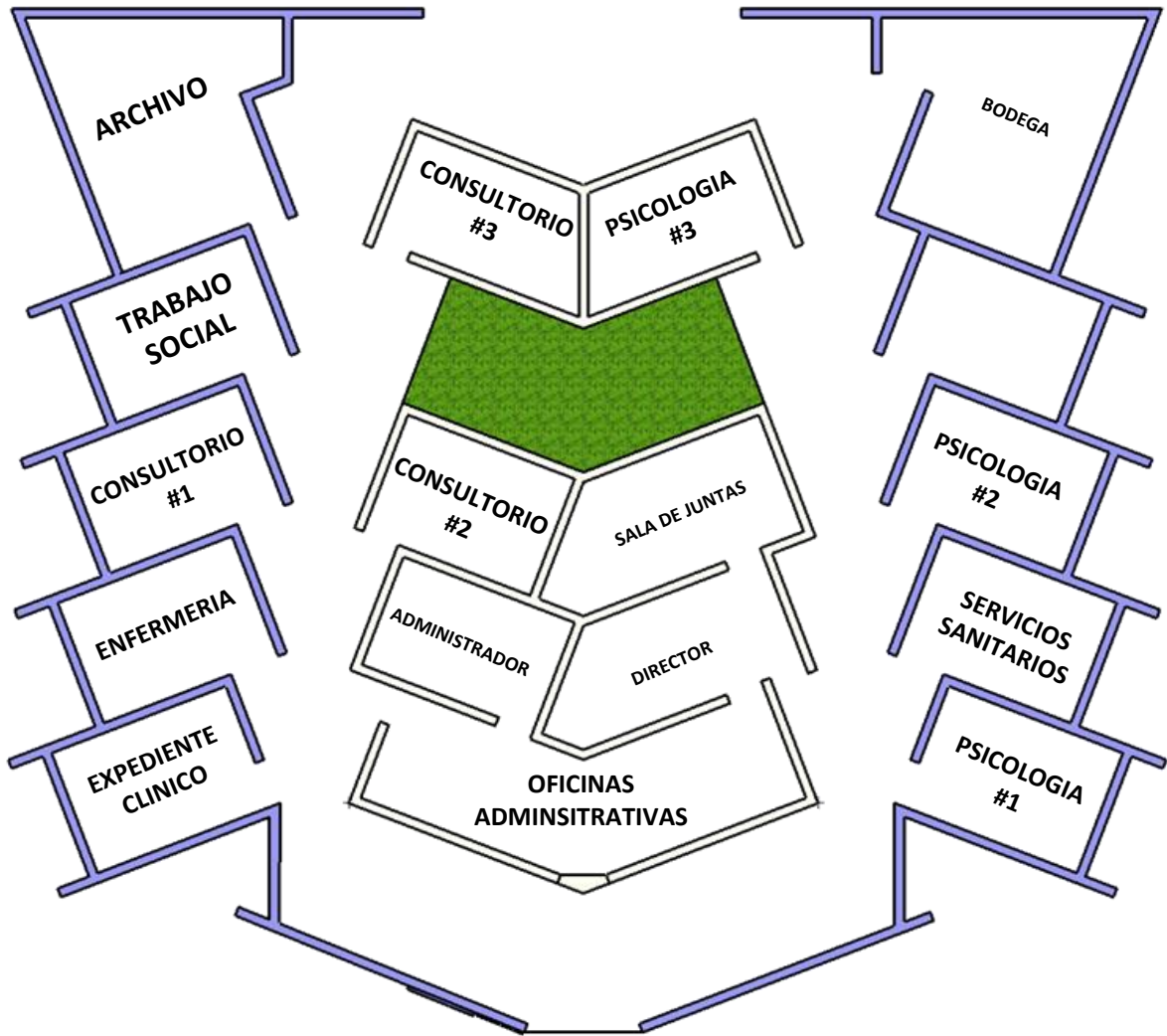
Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)



| | NOMBRE | FECHA | |
|--------------|--|--------------|--|
| ELABORO: | | JULIO / 2013 | MODELO DE GESTION POR PROCESOS CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE |
| REVISO: | DRA. ELBA MARJORIE FORTIN | JULIO / 2013 | |
| Lds. Normas | | | |
| Esc. 1:30 | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE VISTA DE PLANTA ATENCION NIÑOS | | 2 / 3 Sustituye a: Sustituido por: |



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)



| | NOMBRE | FECHA | |
|--------------|---|--------------|--|
| ELABORO: | | JULIO / 2013 | MODELO DE GESTION POR PROCESOS CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE |
| REVISO: | DRA. ELBA MARJORIE FORTIN | JULIO / 2013 | |
| Lds. Normas | | | |
| Esc. 1:30 | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE VISTA DE PLANTA AREA MEDICA Y APOYO | | 3 / 3 |
| | | | Sustituye a: |
| | | | Sustituido por: |



2.3.4.3.2 *Determinar Personal a Observar*

Una vez determinadas las diferentes áreas las diferentes áreas de trabajo de las cuales dispone el centro, se procederá a realizar una descripción de las diferentes personas que laboran en cada uno de los espacios, esto debido a que los técnicos no tienen un puesto fijo dentro del área de trabajo.

2.3.4.3.2.1 *Atención Adultos*

| Área | Técnicos |
|----------------------------|---------------------------|
| Gimnasio | Iris Martínez |
| | María Elena Alvarenga |
| Hidroterapia | Emelina de Zaldaña |
| Piscina | Alejandro Hernández |
| Terapia Ocupacional | Emma Peraza de Bonilla |
| | Inmel Escobar |
| | Judit de Guerra |
| Terapia Física | Daysi García |
| | Eva Lilian González |
| | Patricia de Hernández |
| | Rina de Segura |
| | Cecilia de Rodríguez |
| | Sandra Villeda |
| Terapia de Lenguaje | Carmen de Quinteros |
| Electroterapia | Isabel Canizales |
| | Leonor Corado de Alvarado |



2.3.4.3.2.2 *Atención Niños*

| Área | Técnico |
|----------------------------|---|
| Terapia Educativa | Ana Lunes Funes de Funes |
| Terapia Ocupacional | Jaqueline de Córdova |
| Terapia de Lenguaje | Carmen María de Quinteros Ivi de Morataya Carla de Márquez Maricela de Morales |
| Terapia Física | Blanca de Monterrosa Mercedes de García Evelyn de Monzón Rosa Evila Turcios |
| Gimnasio | Marvin Magaña Mirna Polanco |
| Terapia Lúdica | Mileni Liset Delgado |

2.3.4.3.2.3 *Área Médica Apoyo*

| Área | Técnico |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| Apertura de Expediente | Expediente |
| Estación de Enfermería | Enfermera 1 Enfermera 2 |
| Trabajo Social | Lucia de Peñate José Omar Peñate |
| Archivo | Archivo |
| Consultorio Médico #1 | Medico Ortopeda Medico Fisiatra |
| Consultorio Médico #2 | Medico Neurólogo Médico Familiar |



| | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Consultorio Médico #3 | Médico Pediatra |
| Consultorio Psicológico #1 | Bessy de Molina |
| Consultorio Psicológico #2 | Patricia de Castro |
| Consultorio Psicológico #3 | Ana Leonor Acevedo |
| Oficinas Administrativas | Director |
| | Administrador |
| | Secretaria Administrador |
| | Secretaria Director |
| | Secretaria Ventanilla |

2.3.4.3.3 *Determinación de Jornada Laboral*

Determinar y describir la jornada laboral del personal que será de suma importancia dado que existen diferencias de horarios entre el personal.

2.3.4.3.3.1 *Personal Técnico*

El personal técnico es aquel que se encuentra localizado en las áreas de atención adultos y niños, los cuales brindan consultas terapéuticas a los usuarios, estos cuentan con la siguiente jornada laboral:

Días Laborales: lunes a Viernes.

Longitud de Jornada: 6 Horas

Horario: 7:00 am – 1:00 pm

Todo el personal técnico del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente tiene la jornada laboral anteriormente descrita, excepto los siguientes:

Terapia Ocupacional Adulto Inmel Escobar

Terapia Física Adultos Rina de Segura

Daysi García



| | |
|----------------------|----------------------|
| Electroterapia | Isabel Canizales |
| Terapia física Niños | Blanca de Monterrosa |
| Gimnasio Niños | Marvin Magaña |

Los cuales tienen la siguiente jornada laboral:

| | |
|----------------------|-------------------|
| Días Laborales: | lunes a Viernes. |
| Longitud de Jornada: | 6 Horas |
| Horario: | 9:00 am – 3:00 pm |

2.3.4.3.3.2 *Personal Administrativo*

El personal administrativo se compone por el Director, Administrador, Secretarias, Vigilantes, y Personal de Limpieza, estos tienen la siguiente jornada laboral:

| | |
|----------------------|-------------------|
| Días Laborales: | lunes a Viernes. |
| Longitud de Jornada: | 8 Horas |
| Horario: | 7:30 am – 3:30 pm |

2.3.4.3.3.3 *Personal Medico*

El centro cuenta con la contratación por plaza fija y por servicios profesionales cinco médicos especialistas, los cuales se encargan de establecer las directrices del plan de tratamiento, y evaluar la evolución de los usuarios en el servicio de rehabilitación. A continuación se describe la jornada laboral de cada uno de los médicos:

Médico Familiar/Evaluador

| | |
|----------------------|--------------------|
| Días Laborales: | lunes a Viernes. |
| Longitud de Jornada: | 4 Horas |
| Horario: | 7:00 am – 11:00 am |



Medico Ortopeda

Días Laborales: lunes a Viernes.

Longitud de Jornada: 2 Horas

Horario: 7:00 am – 9:00 am

Medico Fisiatra

Días Laborales: lunes a Viernes.

Longitud de Jornada: 3 Horas

Horario: 12:00 pm – 3:00 pm

Médico Pediatra Neurólogo

Días Laborales: lunes a Viernes.

Longitud de Jornada: 2 Horas

Horario: 10:45 am – 12:45 pm

Médico Pediatra

Días Laborales: lunes a Viernes.

Longitud de Jornada: 2 Horas

Horario: 12:00 pm – 2:00 pm

2.3.4.3.3.4 *Personal de Técnico de Apoyo.*

Se entenderá por personal técnico de apoyo, a las enfermeras y al personal de psicología y trabajo social, los cuales tienen la siguiente jornada laboral:

Enfermera 1

Días Laborales: lunes a Viernes.



Longitud de Jornada: 8 Horas

Horario: 7:00 am – 3:00 pm

Enfermera 2

Trabajador Social Lucia Peñate

Trabajador Social José Omar Peñate

Días Laborales: lunes a Viernes.

Longitud de Jornada: 8 Horas

Horario: 7:30 am – 3:30 pm

Psicóloga Bessy de Molina

Psicóloga Ana Leonor de Acevedo

Días Laborales: lunes a Viernes.

Longitud de Jornada: 7 Horas

Horario: 7:30 am – 1:30 pm

Psicóloga Patricia de Castro

Días Laborales: lunes a Viernes.

Longitud de Jornada: 7 Horas

Horario: 8:30 am – 2:30 pm

2.3.4.4 Determinación de Observaciones

Para determinar el área, técnico y hora en la que se procederá a realizar las diferentes observaciones del muestreo en el centro, se utilizara la generación de números aleatorios, debido a que permitirá que las observaciones sean al azar y no exista sesgo de parte de las personas que realizaran el muestreo.

La nomenclatura de los números aleatorios a utilizar será de 8 dígitos, la cual se describe a continuación:



| | | | | | | | |
|------|------|---------|------|---|---------|---|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Piso | Área | Técnico | Hora | | Minutos | | Observador |

2.3.4.4.1 Selección de Área de Muestra

Para la selección del lugar en el cual se realizara la observación, se tomaran los primeros 3 dígitos del número aleatorio generado, siguiendo la siguiente lógica:

Digito #1: Selección de Piso, el cual puede establecer si la observación se realizara en atención niños, atención adultos o el área administrativa.

Digito #2: Selección de Área / Estación: el cual establecerá el área o disciplinara en el cual se realizara la observación (Terapia Física, Terapia Ocupacional, Gimnasio, etc.).

Digito #3: Selección de Técnico: Establecerá que técnico del piso y área seleccionadas anteriormente se observara; cabe destacar que no todas las áreas contienen un número o cantidad igual de técnicos, tal como se describió anteriormente.

Se utilizara esta metodología para poder garantizar la aleatoriedad del itinerario para las observaciones, así también mejorara la selección de técnicos, dado que cada departamento o área tiene cantidades diferentes de técnicos. Así también a continuación se presenta una tabla, la cual brindara la codificación para la interpretación de los primeros tres dígitos del numero aleatorio generado.



Tabla 44 - Tabla de Clasificación de Selección

| Digito #1 | Selección de Piso | Digito #2 | Selección de Área | Digito #3 | Selección de Técnico | | |
|-----------|----------------------|-----------|---------------------------|-----------|---------------------------|---|-----------------------|
| 1 | Atención Adultos | 1 | Gimnasio | 1 | Iris Martínez | | |
| | | | | 2 | María Elena Alvarenga | | |
| | | 2 | Hidroterapia | 1 | Emelina de Zaldaña | | |
| | | | | 3 | Alejandro Hernández | | |
| | | 3 | Educación Física Adaptada | 1 | Alejandro Hernández | | |
| | | | | 2 | Emma Peraza de Bonilla | | |
| | | | | 3 | Inmel Escobar | | |
| | | 4 | T. Ocupacional | 1 | Emma Peraza de Bonilla | | |
| | | | | 2 | Inmel Escobar | | |
| | | | | 3 | Judit de Guerra | | |
| | | 5 | T. Física | 5 | T. Física | 1 | Daysi García |
| | | | | | | 2 | Eva Lilian González |
| | | | | | | 3 | Patricia de Hernández |
| | | | | | | 4 | Rina de Segura |
| 5 | Cecilia de Rodríguez | | | | | | |
| 6 | Sandra Villeda | | | | | | |
| 6 | T. Lenguaje | 6 | T. Lenguaje | 1 | Carmen de Quinteros | | |
| | | | | 7 | Electroterapia | | |
| 7 | Electroterapia | 7 | Electroterapia | 1 | Isabel Canizalez | | |
| | | | | 2 | Leonor Corado de Alvarado | | |
| 2 | Atención Niños | 1 | T. Educativa | 1 | Ana Lunes Funes de Funes | | |
| | | | | 2 | T. Ocupacional | 1 | Jaqueline de Córdoba |



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| | | | | | |
|---|--|---|-----------------------|---|---------------------------|
| | | 3 | T. Lenguaje | 1 | Carmen María de Quinteros |
| | | | | 2 | Ivi de Morataya |
| | | | | 3 | Carla de Márquez |
| | | 4 | T. Física | 1 | Maricela de Morales |
| | | | | 2 | Blanca de Monterrosa |
| | | | | 3 | Mercedes de García |
| | | | | 4 | Evelyn de Monzón |
| | | 5 | Gimnasio | 1 | Rosa Evila Turcios |
| | | | | 2 | Marvin Magaña |
| 3 | Área Administrativa, Medica y de Apoyo | 1 | Área Medica | 1 | Medico Evaluador |
| | | | | 2 | M. Ortopeda |
| | | | | 3 | M. Fisiatra |
| | | | | 4 | M. Pediatra Neurólogo |
| | | | | 5 | M. Pediatra |
| | | 2 | Área Técnica de Apoyo | 1 | Bessy de Molina |
| | | | | 2 | Patricia Castro |
| | | | | 3 | Ana Leonor Acevedo |
| | | | | 4 | Lucia Peñate |
| | | | | 5 | José Omar Peñate |
| | | | | 6 | Enfermera 1 |



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| | | | |
|---|---------------------|---|---------------------|
| | | 7 | Enfermera 2 |
| 3 | Área Administrativa | 1 | Secretaria Director |
| | | 2 | Secretaria Adm |
| | | 3 | Ventanilla |
| | | 4 | Archivo |
| | | 5 | Expediente |
| | | 6 | Administrador |
| | | 7 | Director |



Para ilustrar un ejemplo, se explicara el siguiente número aleatorio: 15407481, el cual se puede descomponer de la siguiente forma: **154** 07481.

Digito # 1 = 1

Digito # 2 = 5

Digito # 3 = 4

Digito #1: "1", según la tabla anterior, este número corresponde a que la observación se realizara en el área adultos.

Digito #2: "5", este número corresponde que la observación se realizara en el área de Terapia física del área de Adultos.

Digito #3: "4". Este número indica que la observación se realizara al técnico Rina de Segura.

2.3.4.4.2 Selección de Hora de Muestra

Para la selección de la hora en la cual se realizara la observación, se tomaran los dígitos del 4 al 7, representándose de la siguiente manera:

Digito #4 y #5: Selección de hora

Digito #6 y #7: Selección de minutos

En la tabla siguiente se muestra la distribución para la selección de la hora y minutos, según los números aleatorios, los dígitos estarán representados en formato de 24 horas, y deberán generarse según la jornada laboral del centro y de cada uno de los técnicos.

Tabla 45 - Tabla de Selección de Hora

| Selección | Números Aleatorios |
|-----------|--------------------|
| Hora | 07-14 |
| Minutos | 00-59 |

Continuando con el ejemplo anterior del número aleatorio 154 **0748** 1.

Digito #4 y #5: 07

Digito #6 y #7: 48



Digito #4 y #5: Según la tabla anterior 07, representa que el muestreo se deberá realizar a las 07 horas de la mañana 07:00 am

Digito #6 y #7: Representa que la observación se deberá realizar a los 48 minutos de las 07:00 am, es decir, 07:48 am.

2.3.4.4.3 Selección de Observador

Para la selección del observador de la muestra, se tomara el Digito #8, representándose de la siguiente manera:

Tabla 46- Tabla de Selección de Observador

| Observador | Números Aleatorios |
|--------------|--------------------|
| Observador 1 | 1 |
| Observador 2 | 2 |
| Observador 3 | 3 |

Ejemplo: Numero aleatorio 15407481, el ultimo digito es [1], por lo cual el responsable de la muestra será el Observador 1.

2.3.4.4.4 Eliminación de números aleatorios no validos

Para que un número aleatorio generado sea válido se tomaran las siguientes consideraciones:

- *El numero generado deberá ser de 8 dígitos*
- *Todos los dígitos del número generado deberá tener representación en las diferentes tablas de clasificación.*

| Numero Aleatorio | ¿Número Aleatorio Aceptado? | Motivo |
|------------------|-----------------------------|---|
| 1 5 4 0748 1 | SI | Cumple con representación |
| 1 3 2 0758 2 | NO | El área de Educación Física Adaptada no tiene Técnico 2 |
| 2 1 1 1132 4 | NO | No existe Observador 4 |
| 25896 | NO | No tiene ocho dígitos |



Si un número generado no cumple con las condiciones anteriores, se procederá a su descarte y eliminación, y se generara otro para reemplazarlo, hasta generar la cantidad de números según el tamaño de la muestra.

2.3.4.5 Elaboración de Impresos para el Muestreo

Para la realización de este estudio se procedió a diseñar una serie de instrumentos para la recolección de la información, los cuales facilitaran la posterior tabulación y análisis de datos. En este formulario las diferentes observaciones generadas por los números aleatorios, serán ordenadas según la columna de Hora, de manera ascendente, con el fin de que el observador tenga un horario corrido para las observaciones.

| Muestra # | Hora | Piso | Área | Técnico | Observación |
|-----------|------|------|------|---------|-------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| N | | | | | |

2.3.4.6 Muestreo Preliminar

Dado que no existen estudios de cargas de trabajo anteriores a este, se procederá a realizar un muestreo preliminar, para obtener un panorama del nivel de actividad y eficiencia que existe entre el personal técnico del centro. (Ver en Anexos Muestreo del Trabajo: Itinerario Muestreo Preliminar)

Tabla 47 - Itinerario de Observaciones Preliminares Ordenado

2.3.4.7 Proyección del Estudio

En esta sección se determinara el número de observaciones y la ficha técnica del estudio; en el estudio preliminar se realizaron 151 observaciones validas en las diferentes áreas del centro, obteniendo los siguientes niveles de productividad y/o actividad; estos niveles permitirán calcular una proyección del número de observaciones necesarias para la validación del estudio de muestreo.

Tabla 48 - Tabla resumen de observaciones de proyección de estudio

| Cód. | Actividad | Porcentaje de Actividad Observada |
|----------------------|------------------------|-----------------------------------|
| 1 | Preparando Equipo | 0.66% |
| 2 | Atender Usuario | 49.67% |
| 3 | Supervisar Usuario | 1.99% |
| 4 | Elaborando Informes | 24.50% |
| 5 | Conversando | 3.97% |
| 6 | Ausencia de Usuario | 7.28% |
| 7 | Comiendo | 1.99% |
| 8 | Distracción | 5.30% |
| 9 | Ausentismo | 4.64% |
| 10 | Necesidades Personales | 0.00% |
| Total general | | 100.00% |

Como se muestra en la gráfica anterior, la actividad que más se observó fue “Atender Usuarios” (49.67%), seguido de “Elaborando Informes” (24.50%). Para el estudio se definieron como actividades productivas las primeras 4 de la tabla, están suman un nivel de actividad de 76.82%.

Para el cálculo de las observaciones necesarias para este estudio, se utilizara la siguiente formula:

$$N = \frac{Z^2(1 - p)}{(p)(A^2)}$$

Dónde:

N = Numero de observaciones necesarias

Z = Numero de desviaciones estándar necesarias para el nivel de confianza, este se estableció como 1.96, para un nivel de confianza de 95.0%.

P = Porcentaje del tiempo total en que el empleado ejecuta actividades productivas, es decir el nivel de actividad. Establecido como 76.86% según el muestreo preliminar.

A = Exactitud o error del muestreo, se estableció como 5.0%

Substituyendo los datos anteriores en la formula se obtiene lo siguiente:

$$N = \frac{Z^2(1 - p)}{(p)(A^2)}$$

$$N = \frac{(1.96)^2(1 - 0.7682)}{(0.7682)(0.05)^2}$$

$$N = 463.67 \text{ observaciones}$$

Por lo cual se establecerá un plan de 464 observaciones.

2.3.4.8 Determinación de Itinerario de Muestreo

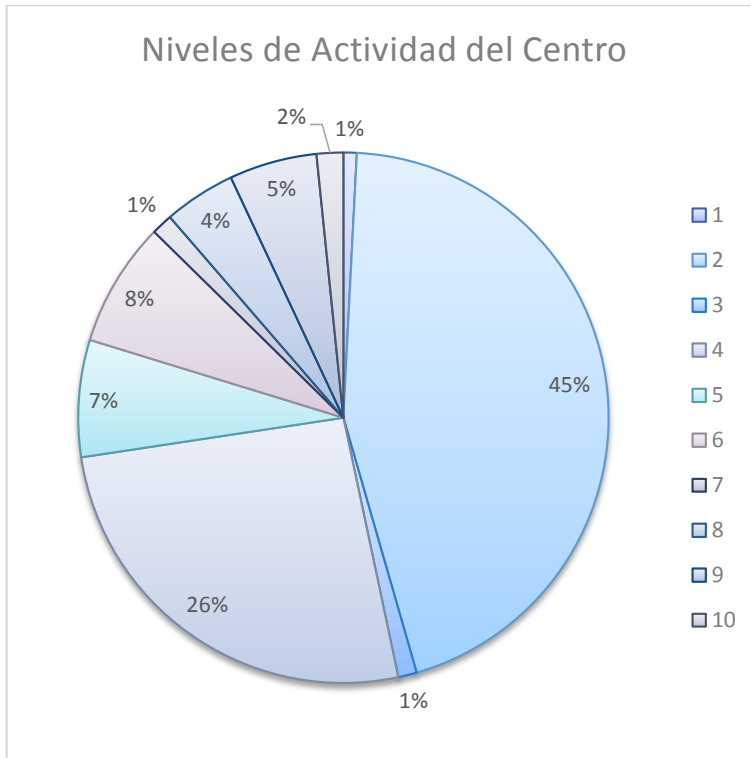
Ver APENDICE A – Muestreo del Trabajo

2.3.4.9 Análisis de Resultados

A continuación se presentara el resumen y análisis de las observaciones encontradas, con el fin de identificar las actividades que no generan valor en la jornada laboral, y áreas con baja eficiencia en su nivel de actividad.

Tabla 49 - Tabla resultados observaciones real

| # | Actividades | Porcentaje Observado |
|----|------------------------|----------------------|
| 1 | Preparando Equipo | 0.81% |
| 2 | Atender Usuario | 44.73% |
| 3 | Supervisar Usuario | 1.13% |
| 4 | Elaborando Informes | 25.93% |
| 5 | Conversando | 7.13% |
| 6 | Ausencia de Usuario | 7.62% |
| 7 | Comiendo | 1.30% |
| 8 | Distracción | 4.38% |
| 9 | Ausentismo | 5.35% |
| 10 | Necesidades Personales | 1.62% |
| | Total general | 100.00% |



De el grafico anterior considerando como actividades productivas, *preparando equipo 0.81%*, *atender usuario 44.73%*, *supervisar usuario 1.13%*, *elaborando informes 25.93%*, se tiene un nivel de actividad global del Centro de **72.61%**.

Con el fin de poder analizar en mejor medida los índices de actividad producidos, se establecerá un rango de tolerancia o *Límites de Control*, calculándose de la siguiente manera:

$$L. C. = p \pm 3 \sqrt{\frac{p(1 - p)}{n}}$$

Donde;

P = Nivel del actividad

n = Numero de Observaciones realizadas

Se utilizara "+", para establecer el *Limite de Control Superior*, y "-", para establecer el *Limite de Control Inferior*; el "3" significa, que se tomara 3 desviaciones estándar como para cada limite.

Sustituyendo los datos en la formula anterior tenemos que;

Límite de Control Superior

$$L.C.S. = p + 3 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} = 0.7261 + 3 \sqrt{\frac{(0.7261)(0.2739)}{579}} = 0.7261 + 0.0556 = \mathbf{78.17\%}$$

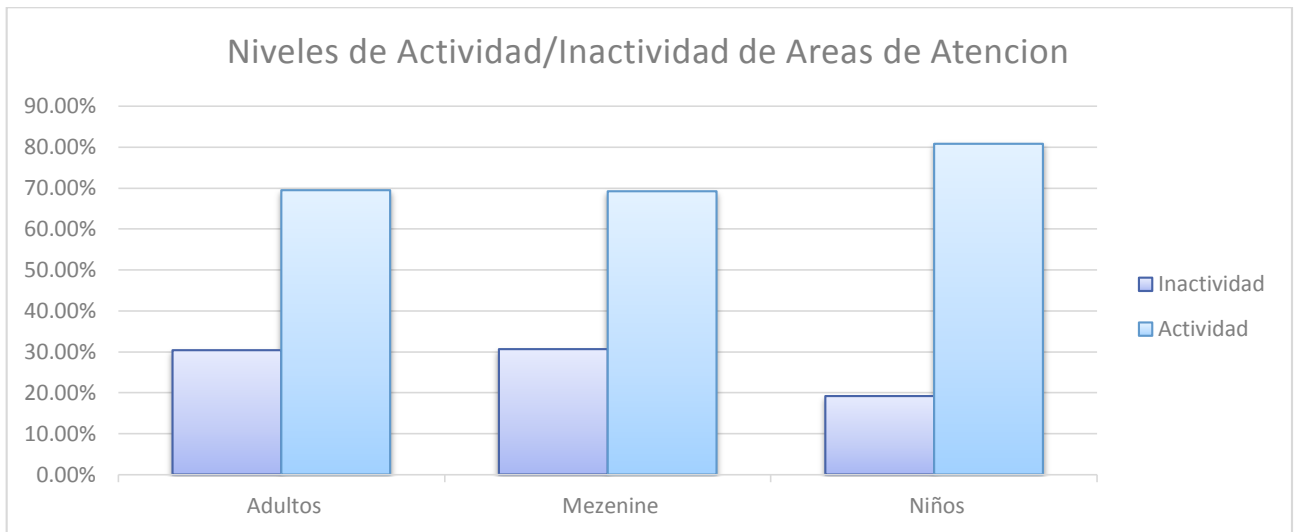
Límite de Control Inferior

$$L.C.I. = p - 3 \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} = 0.7261 - 3 \sqrt{\frac{(0.7261)(0.2739)}{579}} = 0.7261 - 0.0556 = \mathbf{67.05\%}$$

Clasificando de manera general las actividades de manera general en *Actividad e Inactividad*, se presente el análisis para las 3 áreas que conforman el centro, *Atención Niñez y Adolescencia*, *Atención Adultos*, y *Mezenine*, que se conforma por *Áreas Médicas*, *Apoyo* y *Administrativa*.

Tabla 50 - Resumen inactividad por área

| Áreas | % Inactividad | % Actividad |
|----------------------|---------------|---------------|
| Adultos | 30.43% | 69.57% |
| Mezenine | 30.70% | 69.30% |
| Niños | 19.19% | 80.81% |
| Total general | 27.39% | 72.61% |



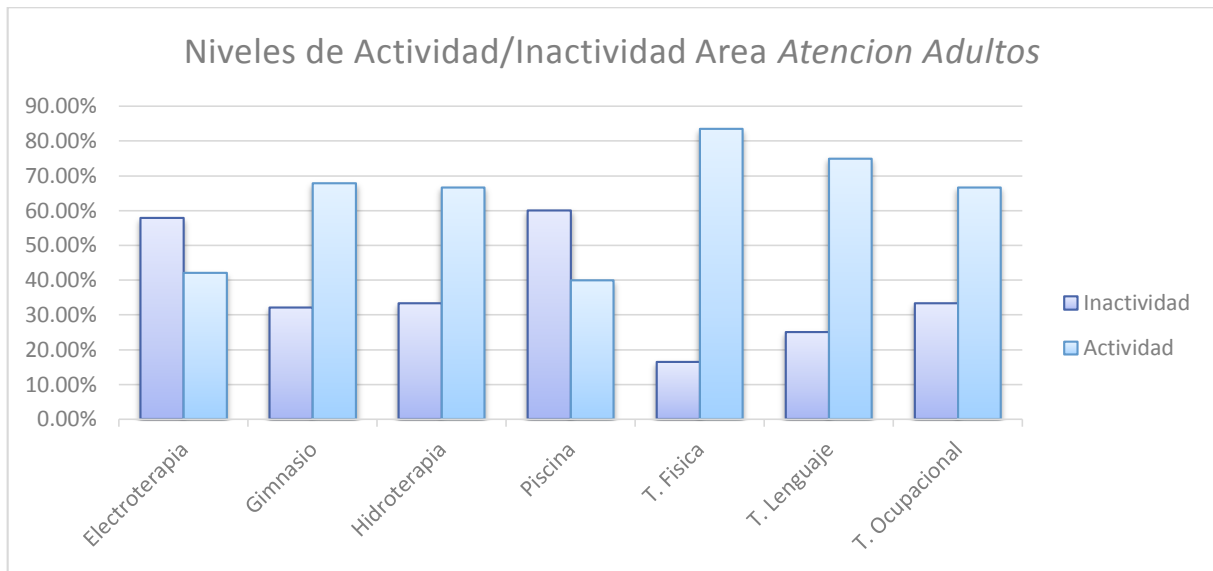
Se observa que las áreas de atención terapéutica, tienen un nivel de actividad menor **69.57%** en el caso de *Atención Adultos*, y **69.30%** en el caso de *Atención Niñez y Adolescencia*, con respecto al *Nivel General de Actividad del Centro*, y solamente el Área de Mezenine tiene un nivel de actividad en un **8.2%** superior, (**80.81%**), pero tales índices se encuentran en los rangos de tolerancia de los límites de control.

Analizando de manera más detallada las diferentes áreas de atención, se procede a describir el nivel de actividad en las modalidades o áreas de rehabilitación, con el fin de establecer el nivel de actividad de cada una de ellas.

2.3.4.9.1 Atención Adultos

Tabla 51 - Resumen inactividad por modalidad adultos

| Modalidades de Atención Adultos | % Inactividad | % Actividad |
|---------------------------------|---------------|---------------|
| Electroterapia | 57.89% | 42.11% |
| Gimnasio | 32.14% | 67.86% |
| Hidroterapia | 33.33% | 66.67% |
| Piscina | 60.00% | 40.00% |
| T. Física | 16.50% | 83.50% |
| T. Lenguaje | 25.00% | 75.00% |
| T. Ocupacional | 33.33% | 66.67% |
| Total general | 30.43% | 69.57% |



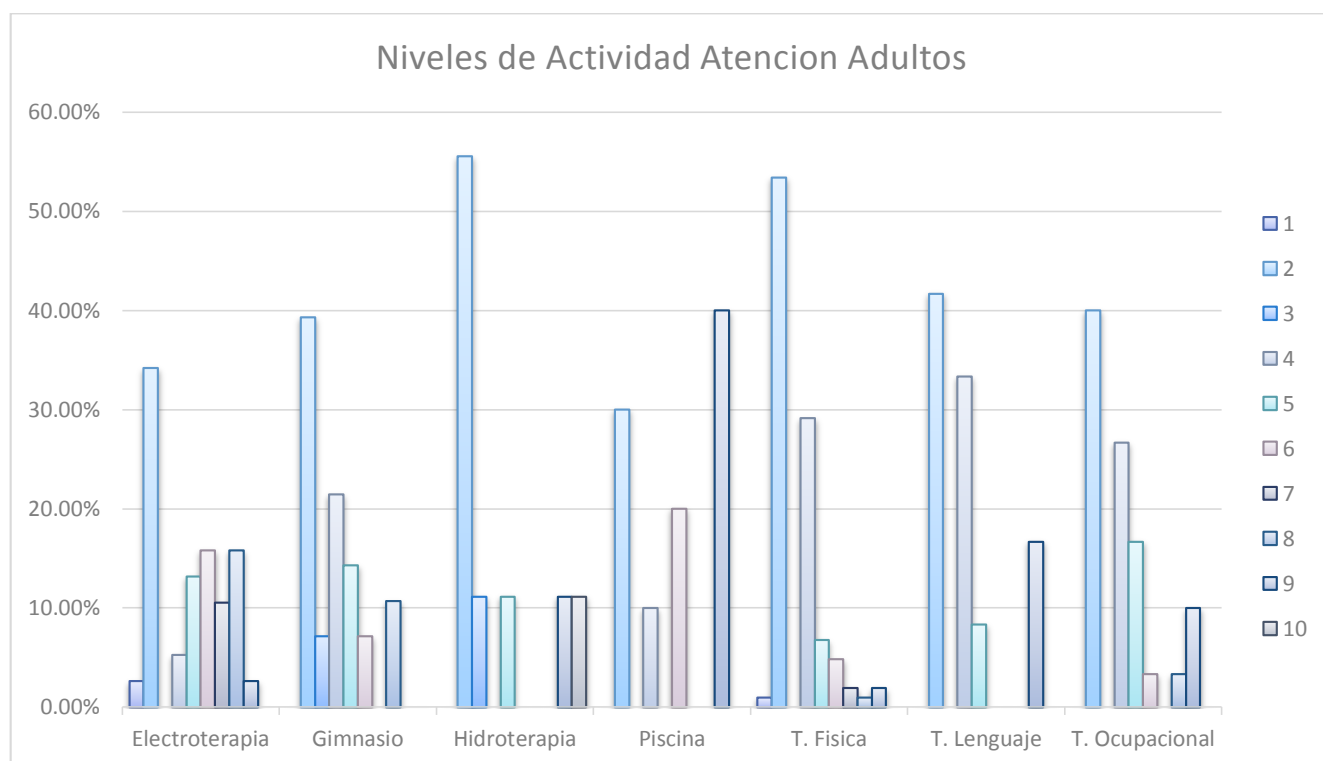
El nivel de actividad del global del área de atención adultos es de 69.57% , 3.04% menor al global del centro, si tomamos los limites o tolerancias de control 78.17% y 67.05%, superior e inferior respectivamente globales del centro, se tiene que las modalidades de *Electroterapia*, *Hidroterapia*, *Piscina*, y *Terapia Ocupacional*, se encuentran por debajo de los límites permisibles del centro, y únicamente la modalidad de *Terapia Física* se encuentra por encima del límite superior, siendo esta la modalidad de mayor actividad encontrada en *Atención Adultos*.

En la búsqueda de las causas por las cuales dichas modalidades tienen un nivel de actividad bajo, se procede a analizar el porcentaje de las actividades o tareas que se observaron en el muestreo de trabajo.

Tabla 52 - Desglose actividades realizadas por modalidad adulto

| | | Modalidades Atención Adultos | | | | | | | |
|-------------|---------------------|------------------------------|----------|--------------|---------|-----------|-------------|----------------|---------------|
| Actividades | | Electroterapia | Gimnasio | Hidroterapia | Piscina | T. Física | T. Lenguaje | T. Ocupacional | Total general |
| 1 | Preparando Equipo | 2.63% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.97% | 0.00% | 0.00% | 0.87% |
| 2 | Atender Usuario | 34.21% | 39.29% | 55.56% | 30.00% | 53.40% | 41.67% | 40.00% | 45.22% |
| 3 | Supervisar Usuario | 0.00% | 7.14% | 11.11% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 1.30% |
| 4 | Elaborando Informes | 5.26% | 21.43% | 0.00% | 10.00% | 29.13% | 33.33% | 26.67% | 22.17% |
| 5 | Conversando | 13.16% | 14.29% | 11.11% | 0.00% | 6.80% | 8.33% | 16.67% | 10.00% |
| 6 | Ausencia de Usuario | 15.79% | 7.14% | 0.00% | 20.00% | 4.85% | 0.00% | 3.33% | 6.96% |
| 7 | Comiendo | 10.53% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 1.94% | 0.00% | 0.00% | 2.61% |

| | | | | | | | | | |
|----|------------------------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|
| 8 | Distracción | 15.79% | 10.71% | 0.00% | 0.00% | 0.97% | 0.00% | 3.33% | 4.78% |
| 9 | Ausentismo | 2.63% | 0.00% | 11.11% | 40.00% | 1.94% | 16.67% | 10.00% | 5.65% |
| 10 | Necesidades Personales | 0.00% | 0.00% | 11.11% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.43% |



De los datos anteriores se tienen los siguientes hallazgos; en la modalidad de *electroterapia* según las observaciones del muestreo el **39.48%**, de las actividades que encontradas son imputables al técnico para esta modalidad, ya que se tienen niveles de actividad ociosas como *conversando 13.81%*, *comiendo 10.53%*, *distracción 15.79%*, estos porcentajes son niveles de ociosidad observados, y no debe confundirse con la productividad del área, ya que en Electroterapia, el técnico aplica el tratamiento al usuario, y procede a realizar otro tipo de actividades, ya que las terapias no necesitan supervisión de parte del técnico al usuario.

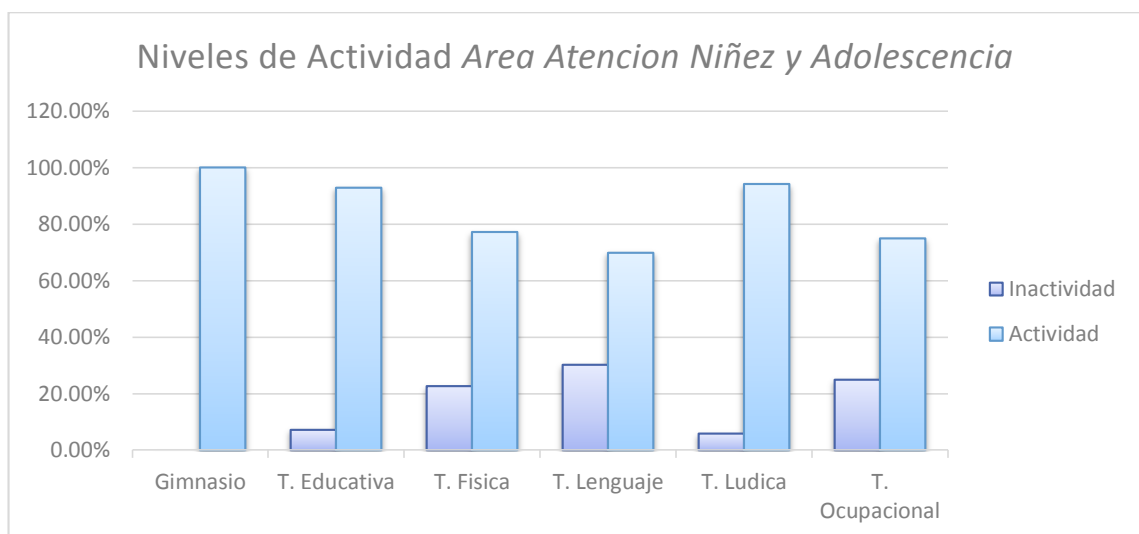
En el caso de la modalidad de Hidroterapia, se tiene un **11.11%** de actividad ociosa, debido a que el técnico responsable de dicha área, se no se encontró en el área de trabajo al momento de la observación, así también un **11.11%**, generado a diferentes conversaciones no relacionadas a la prestación del servicio; para el área de piscina (Educación Física Adaptada), se produce un **20.0%** de inactividad debido a causas imputables del usuario, debido a que este no se presentó a su programación.

De manera global para el área de atención adultos, los mayores porcentajes de ociosidad se deben a la ausencia del usuario **6.96%**, y a que el personal emplea un **10.0%** de su tiempo en conversaciones no relacionadas a la prestación del servicio.

2.3.4.9.2 *Atención Niñez y Adolescencia*

Tabla 53 - Resumen inactividad por área niños

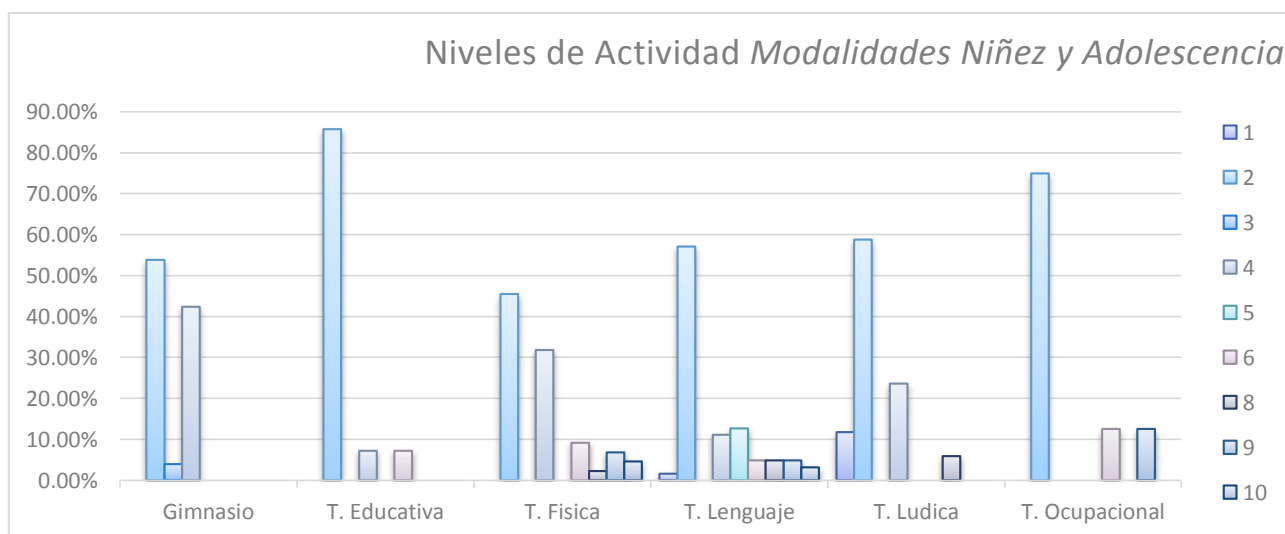
| Niveles de Actividad Área Atención Niñez y Adolescencia | | | |
|---|---------------|---------------|--|
| Áreas | Inactividad | Actividad | |
| Gimnasio | 0.00% | 100.00% | |
| T. Educativa | 7.14% | 92.86% | |
| T. Física | 22.73% | 77.27% | |
| T. Lenguaje | 30.16% | 69.84% | |
| T. Lúdica | 5.88% | 94.12% | |
| T. Ocupacional | 25.00% | 75.00% | |
| Total general | 19.19% | 80.81% | |



El nivel de actividad del área de atención niñez y adolescencia es mayor al nivel de actividad del centro, por lo que se desglosará de manera global el aporte que generan las diferentes tareas a los porcentajes de actividad e inactividad.

Tabla 54 - Desglose actividades realizadas por modalidad niño

| Modalidades Atención Niñez y Adolescencia | | | | | | | | |
|---|------------------------|----------|--------------|-----------|-------------|-----------|----------------|---------------|
| # | Actividades | Gimnasio | T. Educativa | T. Física | T. Lenguaje | T. Lúdica | T. Ocupacional | Total general |
| 1 | Preparando Equipo | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 1.59% | 11.76% | 0.00% | 1.74% |
| 2 | Atender Usuario | 53.85% | 85.71% | 45.45% | 57.14% | 58.82% | 75.00% | 56.98% |
| 3 | Supervisar Usuario | 3.85% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.58% |
| 4 | Elaborando Informes | 42.31% | 7.14% | 31.82% | 11.11% | 23.53% | 0.00% | 21.51% |
| 5 | Conversando | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 12.70% | 0.00% | 0.00% | 4.65% |
| 6 | Ausencia de Usuario | 0.00% | 7.14% | 9.09% | 4.76% | 0.00% | 12.50% | 5.23% |
| 8 | Distracción | 0.00% | 0.00% | 2.27% | 4.76% | 5.88% | 0.00% | 2.91% |
| 9 | Ausentismo | 0.00% | 0.00% | 6.82% | 4.76% | 0.00% | 12.50% | 4.07% |
| 10 | Necesidades Personales | 0.00% | 0.00% | 4.55% | 3.17% | 0.00% | 0.00% | 2.33% |





El nivel de inactividad se ve afectado en el área de atención niñez y adolescencia, en un 5.23%, a la ausencia del usuario a las terapias programadas, siendo las modalidades de Terapia Ocupacional y Terapia Física, las más afectadas con un nivel de ausencia de 12.50% y 9.09% respectivamente, aportando dichos porcentajes a producir inactividad. Por el contrario la modalidad de Gimnasio, representa el mayor nivel de actividad con un **100%**, tanto del área de atención niñez y adolescencia, como del nivel de actividad del Centro.

Otro aspecto a recalcar es que existen niveles significativos de inactividad producidos por la distracción de los técnicos, y el ausentismo de las áreas de trabajo de los mismos, teniendo un 5.88% de distracción para el área de terapia lúdica, y un 12.50% de ausentismo por parte del técnico en Terapia Ocupacional.

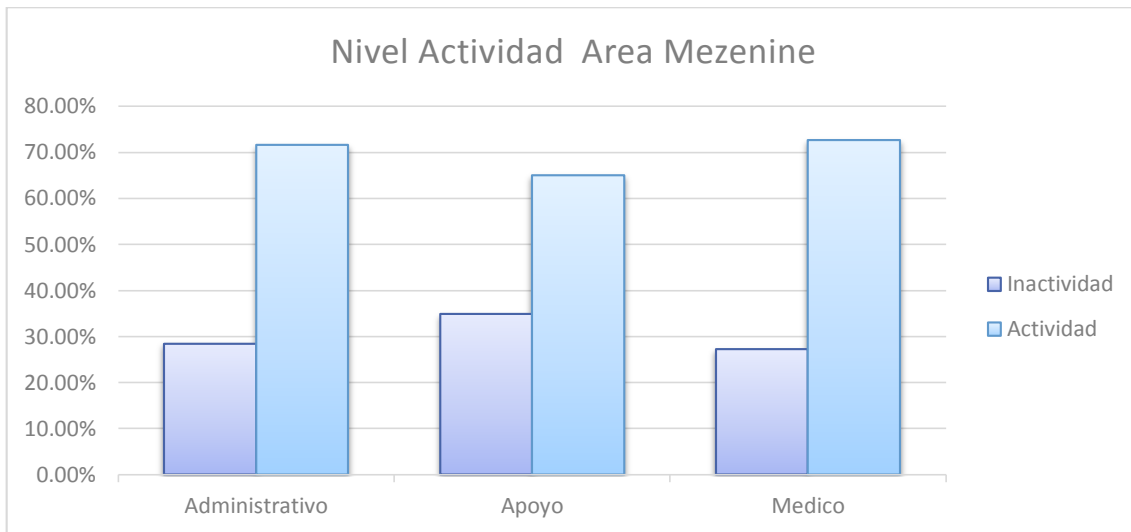
La inactividad producida por necesidades personales de los técnicos es aceptable con un 2.33% de las observaciones.

2.3.4.9.3 Atención Mezenine

Tabla 55 - Resumen inactividad por área Mezenine

| Áreas | Inactividad | Actividad |
|-----------------------|---------------|---------------|
| Administrativo | 28.41% | 71.59% |
| Apoyo | 34.94% | 65.06% |
| Medico | 27.27% | 72.73% |
| Total general | 30.70% | 69.30% |

El área de Mezenine, está comprendido por el personal administrativo, apoyo (psicología, enfermería, trabajo social), y personal médico, esta área se encuentra en los límites de control, con un porcentaje de actividad observado de **69.30%**, teniendo el nivel más bajo el área de apoyo.

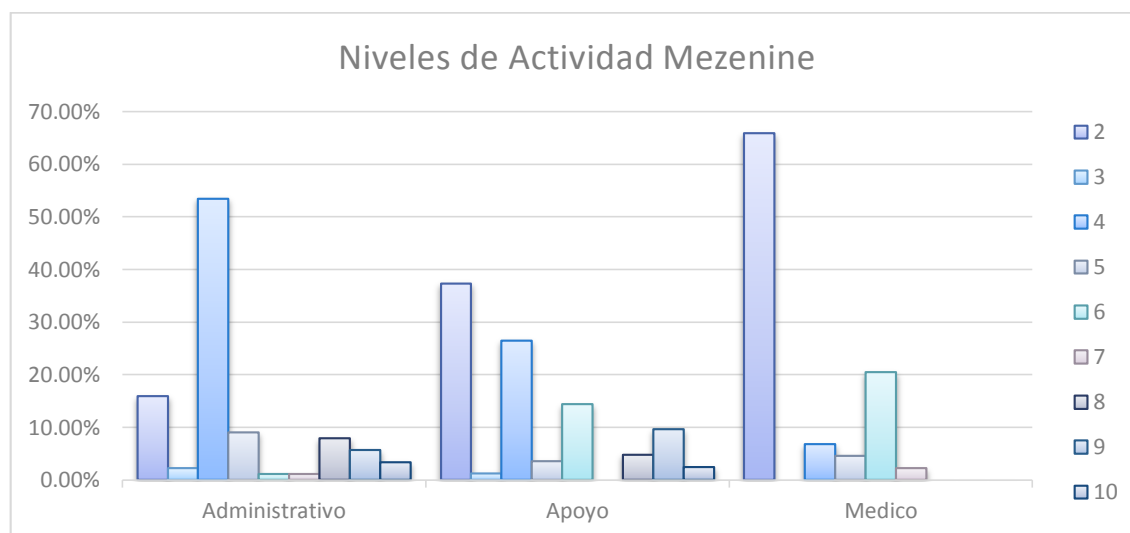


A continuación se muestra el desglose de las diferentes tareas observadas para las diferentes áreas, para el área administrativa, existe un 1.14% de ociosidad debido a que existe ausencia de usuario, pero esto solamente es el caso de apertura de expediente, y en ventanilla, que son las 2 áreas administrativas que tienen contacto con el usuario; este mismo aspecto genera un 20.45% de ociosidad en el área médica.

Tabla 56 - Desglose actividades realizadas por modalidad Mezenine

| Áreas | Administrativo | Apoyo | Medico | Total general |
|----------------------------------|----------------|--------|--------|---------------|
| 2 Atender Usuario | 15.91% | 37.35% | 65.91% | 34.42% |
| 3 Supervisar Usuario | 2.27% | 1.20% | 0.00% | 1.40% |
| 4 Elaborando Informes | 53.41% | 26.51% | 6.82% | 33.49% |
| 5 Conversando | 9.09% | 3.61% | 4.55% | 6.05% |
| 6 Ausencia de Usuario | 1.14% | 14.46% | 20.45% | 10.23% |
| 7 Comiendo | 1.14% | 0.00% | 2.27% | 0.93% |
| 8 Distracción | 7.95% | 4.82% | 0.00% | 5.12% |
| 9 Ausentismo | 5.68% | 9.64% | 0.00% | 6.05% |
| 10 Necesidades Personales | 3.41% | 2.41% | 0.00% | 2.33% |

Sobre la ociosidad imputable al técnico, se tiene un 7.95% de inactividad producto de distracción en el área administrativa, y un 5.68% producido por la ausencia del personal en su área de trabajo, así también el 9.09% de las observaciones para esta área refleja que el personal administrativo se encuentra conversando en temas no relacionados con el servicio a prestar.



Dado que el área médica es clave en el servicio de rehabilitación se procederá a analizar de manera detallada las diferentes actividades, cabe mencionar que los servicios médicos solamente son proporcionados 2 horas al día, por lo cual es de importancia aprovechar este recurso.

Tabla 57 - resumen tiempos área medica

| Áreas | Atendiendo Usuario | Elaborando Informes | Conversando | Ausencia de Usuario | Comiendo |
|---------------------------|--------------------|---------------------|--------------|---------------------|--------------|
| Evaluador | 50.00% | 8.33% | 0.00% | 33.33% | 8.33% |
| Fisiatra | 45.45% | 9.09% | 9.09% | 36.36% | 0.00% |
| Ortopeda | 50.00% | 25.00% | 25.00% | 0.00% | 0.00% |
| Pediatra | 100.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% |
| Pediatra Neurólogo | 88.89% | 0.00% | 0.00% | 11.11% | 0.00% |
| Total general | 65.91% | 6.82% | 4.55% | 20.45% | 2.27% |

De la tabla anterior, se observa que el medico evaluador, y el fisiatra reflejan el menor nivel de actividad de este grupo (54.54% y 58.33% respectivamente), dichos niveles se encuentran por debajo de los límites de control establecidos y es por ello, que se analizan de forma detallada.

Debido a que la cantidad de usuarios que requieren ser evaluados por primera vez es variable día a día, se refleja a que el medico evaluador tenga un porcentaje de inactividad por ausencia de usuario de **33.33%**, así también 8.33% por este encontrarse comiendo en jornada laboral, lo cual podría ser imputable a la ausencia de usuarios.

Así también, a pesar de citar en sobrecupo los usuarios, estos producen debido a su inasistencia un 36.36% de ociosidad en el medico fisiatra; cabe destacar que el medico ortopeda en el 25% de las observaciones se le encontró conversando con personal del centro sobre asuntos no relacionados con la prestación del servicio, pudiendo este atender usuarios en condición.

2.3.5 Investigación Cuantitativa

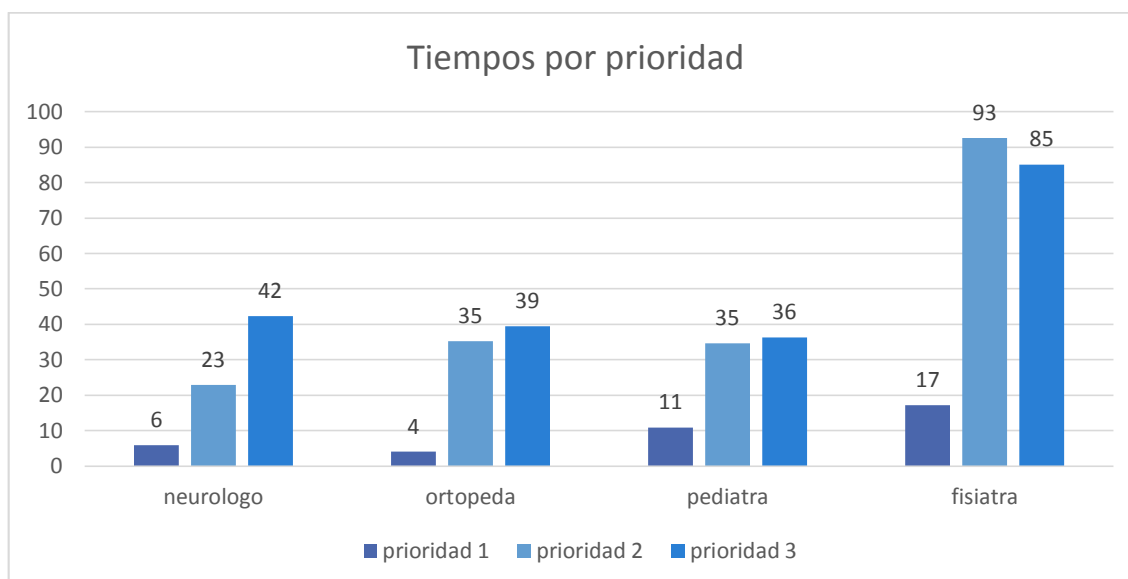
A continuación se analizaran datos del año 2012, se obtuvieron datos del control de enfermería y de expedientes médicos en ese mismo periodo, en el cual se espera validar las hipótesis antes formuladas en el presente estudio. Todos estos datos serán promediados para obtener datos válidos y homogéneos que nos den pautas para poder brindar un diagnóstico de la situación.

2.3.5.1 Análisis Tiempo de Espera entre Evaluación Inicial y Consulta Médica Especialista:

Tabla 58 – Resumen Tiempo de espera entre evaluación inicial y consulta medica

| Medico | Prioridad | Tiempo promedio (días) |
|-----------|-----------|------------------------|
| Fisiatra | 1 | 17 |
| Fisiatra | 2 | 93 |
| Fisiatra | 3 | 85 |
| Neurólogo | 1 | 6 |
| Neurólogo | 2 | 23 |
| Neurólogo | 3 | 42 |
| Ortopeda | 1 | 4 |
| Ortopeda | 2 | 35 |
| Ortopeda | 3 | 39 |
| Pediatra | 1 | 11 |

| | | |
|----------|---|----|
| Pediatra | 2 | 35 |
| Pediatra | 3 | 36 |



Se observa que no se cumplen los tiempos estipulados para cada prioridad en atención, prioridad 1 (7 días), prioridad 2 (menos de 30 días) y prioridad 3 (30 días o más).

En la mayoría de médicos se cumple la prioridad 1 teniendo pocos días de desfase en el médico pediatra y el medico fisiatra.

La prioridad dos solo se cumple con el neurólogo, pasándose por mucho tiempo en el medico fisiatra, con un desfase relativamente aceptable en el medico ortopedia y el pediatra.

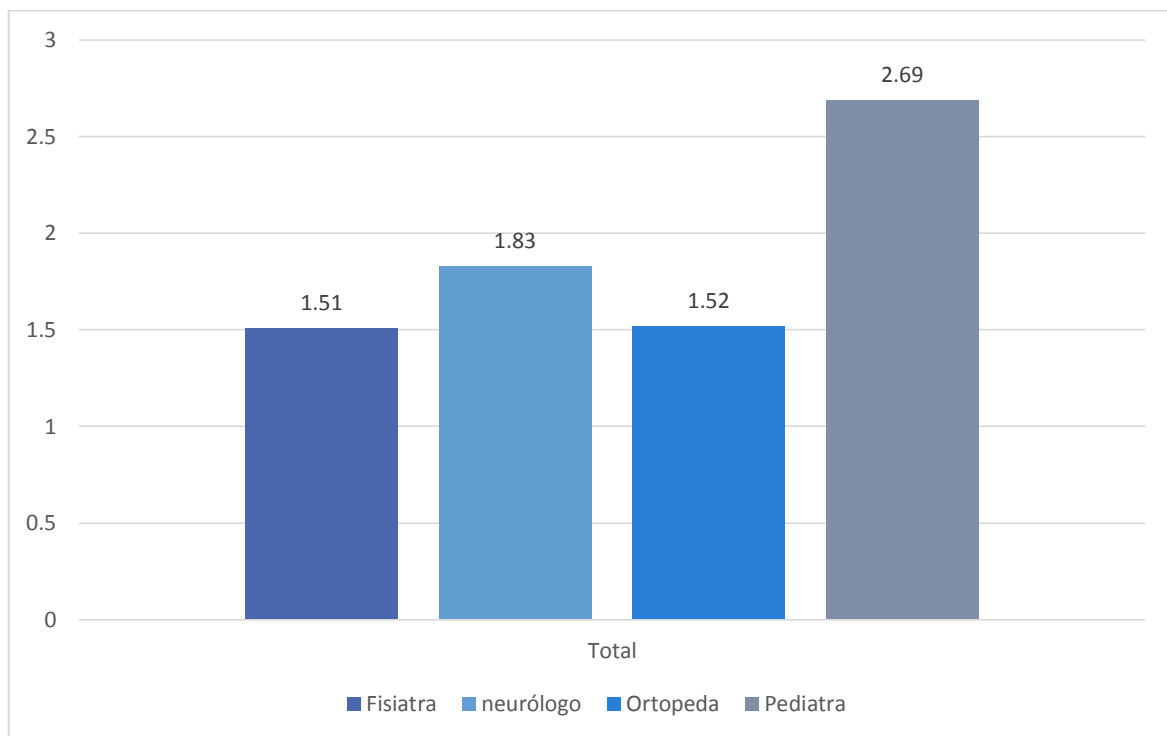
Se observa mayor la espera para los prioridad 2 que los 3 en el medico fisiatra, esto puede deberse a que los usuarios en condición 3 pasaron en condición.

Para las prioridades 3 se considera este tiempo aceptable.

2.3.5.2 Análisis de Inasistencias (Promedio Diario):

Tabla 59 - Promedio de inasistencias

| Medico | |
|------------------|------|
| Fisiatra | 1.51 |
| neurólogo | 1.83 |
| Ortopeda | 1.52 |
| Pediatra | 2.69 |
| total | 7.55 |



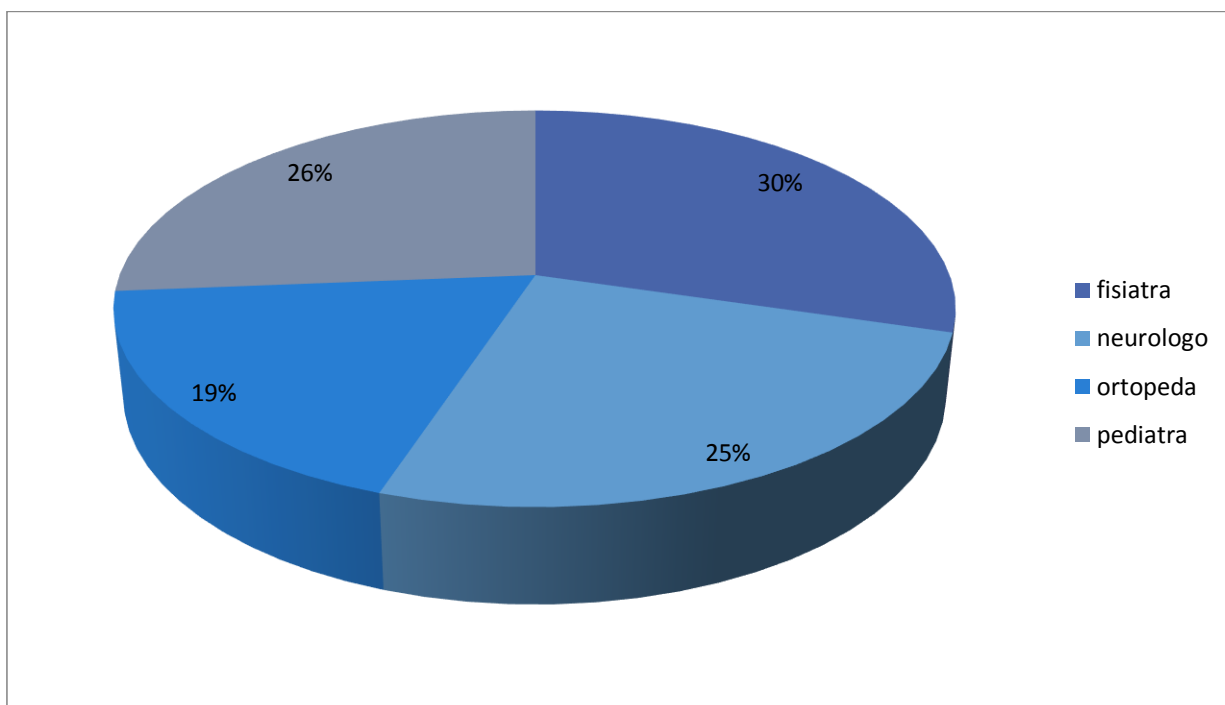
Se observa que las inasistencias son más con el médico Pediatra, que son niños que tienen que llegar con sus padres.

El total es de 7.55 inasistencias diarias en promedio, que es muy elevado, lo que hace que se tengan que programar más usuarios de los que puede atender el médico para poder lograr cubrir con la meta programada.

El medico con menos inasistencias promedio es el Fisiatra y el Ortopeda, con 1.50 de inasistencias diarias en promedio.

2.3.5.3 Nivel de Inasistencia por Medico.

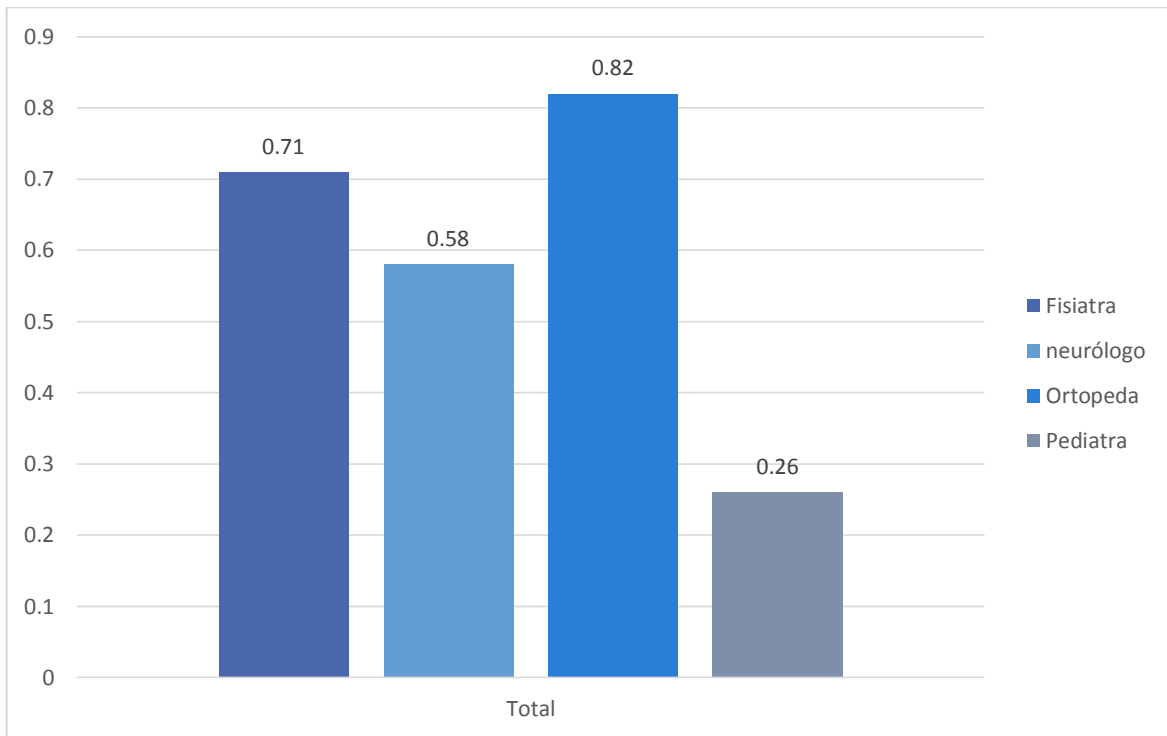
En fisioterapia se tienen mas inasistencias en promedio, en total el numero de inasistencias es de 25% lo que evidencia un problema que genera saturacion en agenda medica.



2.3.5.4 Usuarios Atendidos en Condición (Promedio Diario)

Tabla 60 - Promedio usuarios atendidos en condición

| Medico | Promedio diario de atención en condición |
|------------------|--|
| Fisiatra | 0.82 |
| Neurólogo | 0.53 |
| Ortopeda | 0.84 |
| Pediatra | 0.27 |
| Total | 2.46 |



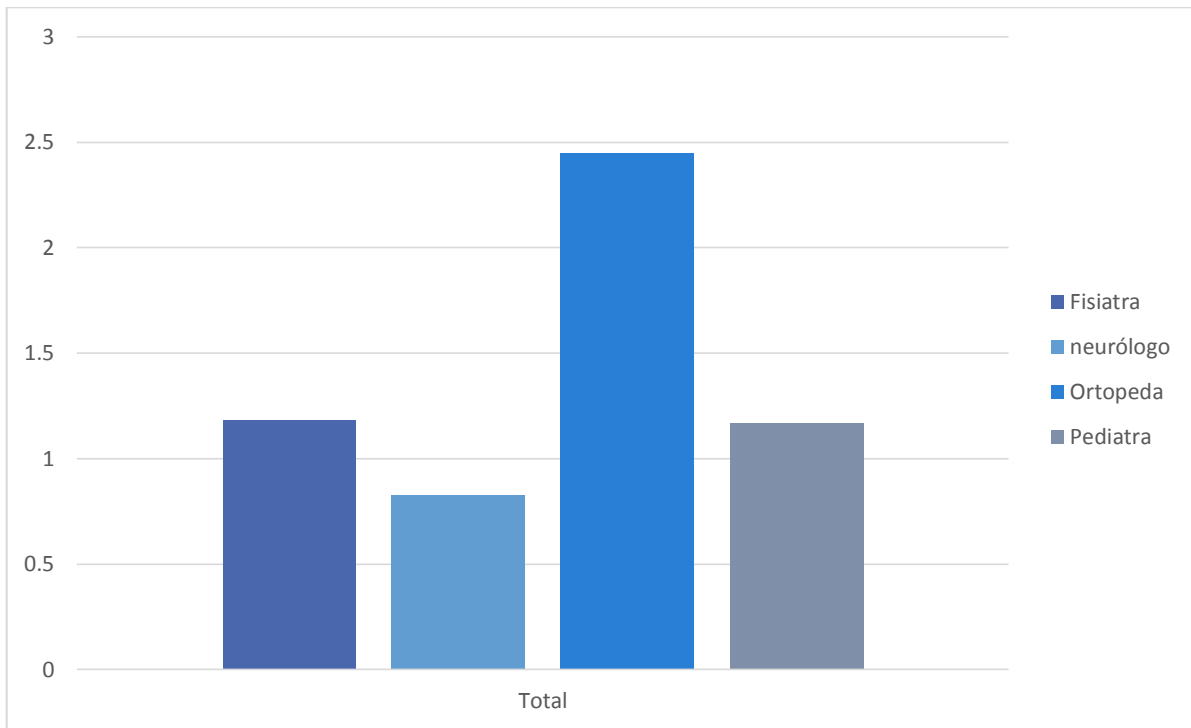
Los usuarios que más pasan en condición son los del Medico Ortopeda y el Medico Fisiatra, siendo los adultos los que más usan estos servicios, son los que más tienen interés en pasar consulta médica especialista en el mejor tiempo posible.

Con el 0.71 en promedio del médico fisiatra, se cubre casi totalmente la cantidad de personas que no asisten a su consulta médica, evidenciando nuevamente la saturación de usuarios en este servicio.

2.3.5.5 Usuarios Nuevos Atendidos Diariamente

Tabla 61 - Promedio de usuarios nuevos atendidos diariamente

| Medico | Promedio diario de nuevos usuarios |
|-----------|------------------------------------|
| Fisiatra | 1.18 |
| neurólogo | 0.83 |
| Ortopeda | 2.45 |
| Pediatra | 1.17 |
| total | 5.63 |



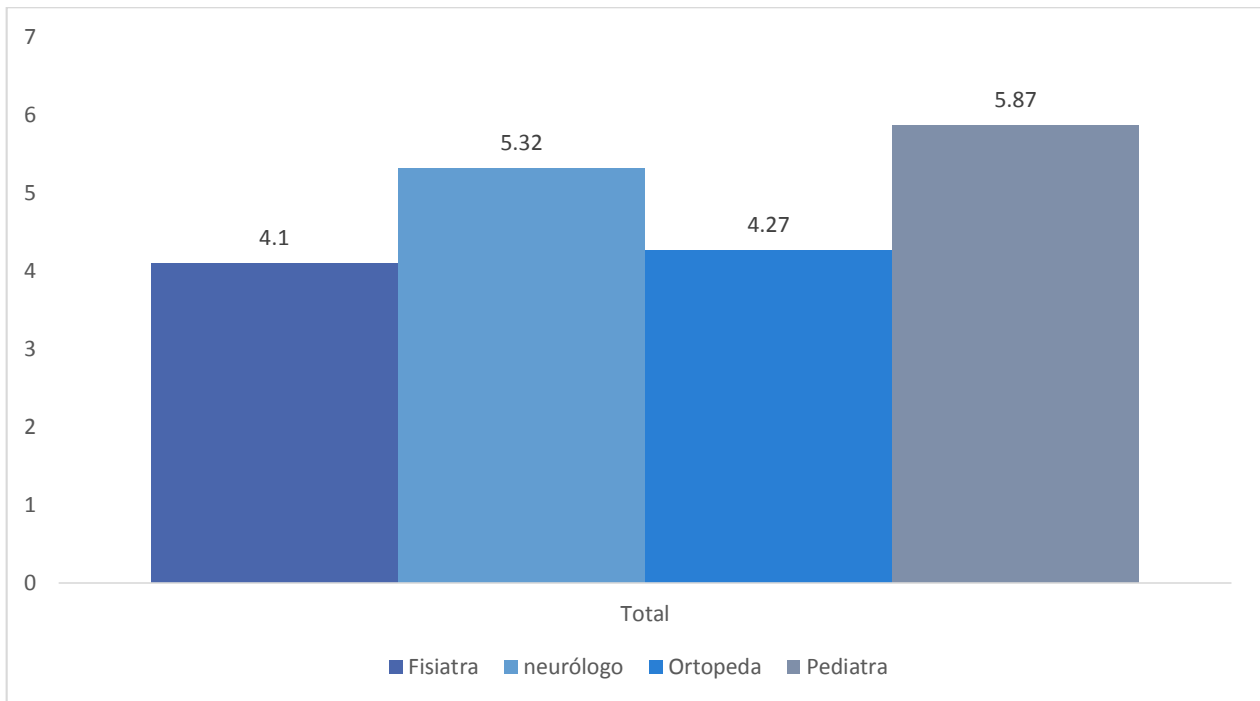
El medico Ortopeda es el que más usuarios nuevos atiende diariamente, seguido del fisiatra y el peditra.

En total se reciben 5.63 usuarios nuevos cada día en promedio por todas las especialidades.

2.3.5.6 Usuarios en Consulta Subsecuente Diarios:

Tabla 62 - Resumen usuarios en consulta subsecuente diarios

| Medico | Promedio diario de usuarios subsecuentes. |
|------------------|---|
| Fisiatra | 4.1 |
| neurólogo | 5.32 |
| Ortopeda | 4.27 |
| Pediatra | 5.87 |
| total | 19.56 |



Se observa que el promedio de atenciones diarias en todos los especialistas es casi igual, siendo el neurólogo pediatra y el pediatra los que más usuarios subsecuentes atienden.

En promedio se atienden aproximadamente 20 usuarios subsecuentes diariamente.

2.3.6 Investigación de la Opinión de los Usuarios del CRIO

La investigación de campo está definida especialmente por encuestas realizadas a la población objetivo, la cual está conformada por los usuarios externos del CRIO, de los cuales se considera a los usuarios que reciben la atención directa de los servicios brindados.

2.3.6.1 Investigación de la Opinión de los Usuarios Externos del CRIO

La encuesta a usuarios se realizara en el Centro de rehabilitación integral de Occidente.

2.3.6.1.1 Objetivo Encuesta para los usuarios Externos que reciben el servicio

El objetivo del cuestionario: Identificar el nivel de satisfacción que los usuarios del CRIO en las áreas de Servicios Médicos y de Apoyo, Servicios de Rehabilitación y administrativos, perciben de los servicios y atenciones brindados en dicho centro.



Objetivos específicos:

- *Identificar deficiencias en la orientación y atención de los usuarios que reciben atención por primera vez.*
- *Determinar las causas de las elevadas inasistencias a consultas con especialistas.*
- *Identificar la percepción en la atención de servicios de apoyo*
- *Identificar deficiencias en la atención en servicios de rehabilitación, tanto en adultos como en niños.*

2.3.6.1.2 Hipótesis

Se pretende dar respuesta a las siguientes hipótesis en la encuesta a usuarios externos a realizarse en el CRIO:

- *No se le da la información adecuada al usuario*
- *Poca amabilidad por parte de alguna parte del personal*
- *Inasistencia del usuario debido a horarios médicos inadecuados*
- *Existe desinterés del usuario en la consulta médica*
- *Inasistencia debido a tiempos prolongados de la evaluación médica.*
- *Tiempos elevados para la asignación de terapias*
- *Tiempos elevados de evaluación en terapia*
- *Inasistencia del personal frecuente*
- *Usuarios en condiciones*
- *Deficiencia en la satisfacción.*

2.3.6.1.3 Caracterización de clientes externos:

- **Usuario activo:** *usuario que actualmente está recibiendo servicios médicos, de apoyo o de terapias en las instalaciones del Centro de rehabilitación integral de Occidente (CRIO).*
- **Usuario Inactivo:** *Usuario que ya no pertenece al centro por los siguientes motivos: alta, muerte, cambio de domicilio, no se pudo localizar.*
- **Usuario de servicios de Certificación:** *Usuario enviado por el ministerio de trabajo para determinar diagnósticos de incapacidad, para poder certificarse para trabajar.*



- **Usuarios en periodo de ingreso:** usuario que está en proceso de ingreso al centro de rehabilitación.

Para efectos de esta investigación, y segmentando a los diferentes clientes que podemos encontrar a la hora de llevar a cabo la encuesta, se tiene el interés en entrevistar solo **"Usuarios Activos"**.

Estos son los que pueden contestar satisfactoriamente a las preguntas, ya que la encuesta va dirigida a personas que ya recibieron atención especializada en cualquiera de las áreas en las que el CRIO brinda servicios a la población en general.

2.3.6.1.4 *Elaboración del Cuestionario*

El cuestionario es un plan para recolectar datos de los encuestados, el cual sirve de guía al proceso comunicativo. Se realizó un cuestionario directo estructurado que está integrado por preguntas y respuestas estructuradas en el cual el equipo encuestador no pretende ocultar el fin de la encuesta. Los datos recopilados a través de este tipo de cuestionarios resultan fáciles de registrar, tabular y analizar.

El cuestionario el cual se dividió en cuatro bloques de información a capturar:

- *Información de ingreso al centro.*
- *Información de evaluación medica*
- *Información de terapia*
- *Aspectos generales del Servicio.*

Existen diversos tipos de preguntas para la estructuración de este cuestionario. Dentro de las preguntas a utilizar se encuentran:

- **Preguntas cerradas:** Son útiles para estrechar el círculo de opciones con rapidez.
- **Preguntas de opción múltiple:** Exigen que el encuestado seleccione una respuesta de una lista preestablecida. Al entrevistado se solicita que seleccione una o más de las alternativas que se le presentan.
- **Preguntas dicotómicas:** Es una pregunta de opción múltiple en la que se presentan solamente dos alternativas, una positiva y una negativa.



- **Preguntas reflexivas:** Requieren de una consideración previa y su posterior conversión en otra pregunta formulada con otra fraseología.

Los 32 ítems de los que consta el cuestionario fueron formulados en base a los 4 objetivos específicos antes mencionados y a las hipótesis abordadas, a continuación se presenta una matriz con la caracterización de cada ítem:

Tabla 63 - Análisis instrumento cliente externo

| MATRIZ DE ANALISIS DEL INSTRUMENTO | | |
|------------------------------------|--|---|
| No. | Pregunta | Objetivo |
| 1 | ¿Es Usted Usuario Activo del Centro? | Identificar si es usuario de interés para el estudio realizado |
| 2 | ¿Cuánto tiempo tiene de recibir atención en el Centro? | Identificar ingreso y antigüedad del usuario. |
| 3 | ¿El personal de Enfermería lo ha atendido con Respeto y Amabilidad? | Identificar la percepción del usuario en el ingreso al centro, y si se les brinda la orientación adecuada al usuario. |
| 4 | ¿Se le brindo información adecuada acerca de los lugares a los que necesitaba asistir? | |
| 5 | ¿Ha recibido atención con algún médico Especialista? | Identificar el nivel de servicio que brinda el médico, si explica al usuario bien su diagnóstico, |
| 6 | ¿Qué médico le brinda atención actualmente? | si el diagnostico indicado es el adecuado, así como medir la satisfacción del usuario desde que se le asigna la cita hasta que la recibe. |
| 7 | Checklist Médicos | |
| 8 | ¿Le parece importante la consulta médica para su rehabilitación integral? | |
| 9 | ¿El médico que le ha atendido lo ha hecho con amabilidad y profesionalismo? | |



| | | |
|----|---|---|
| 10 | ¿Alguna vez se presentó a su cita y no se le brindo la atención? | |
| 11 | ¿Ha recibido consulta médica en condición? | |
| 12 | ¿Considera que los horarios de la consulta especialista son adecuados a sus necesidades? | |
| 13 | ¿Al momento de programar su cita médica, la persona que lo atendió lo hizo de manera amable y respetuosa? | |
| 14 | ¿Alguna vez ha faltado a su consulta médica especialista? | Identificar las causas de las elevadas inasistencias de los usuarios en sus consultas con especialistas. |
| 15 | ¿Cuántas veces ha faltado a su cita con el especialista? | |
| 16 | ¿Cuál fue la causa de su inasistencia? | |
| 17 | ¿Para cuánto tiempo le dejaron la cita con el especialista | |
| 18 | ¿Considera ese periodo de tiempo aceptable? | |
| 19 | Checklist Evaluación en Terapia | Determinar la percepción del usuario en evaluación de terapia. |
| 20 | ¿Está Usted recibiendo Terapia Actualmente? | Identificar deficiencias en la atención en las áreas de terapia que reciben los usuarios, si están pendientes de la meta de rehabilitación del paciente, y otras variables necesarias |
| 21 | Checklist Terapia | |
| 22 | Checklist terapeuta | |
| 23 | ¿Ha notado avances o mejoría en la rehabilitación? | |
| 24 | ¿Los horarios de las terapias se | |



| | | |
|----|--|---|
| | adaptan a sus necesidades? | |
| 25 | ¿Considera usted que el/la terapeuta es amable y cordial en su trato? | |
| 26 | ¿Ha sido usted alguna vez víctima de maltrato o discriminación por parte del personal del centro? | Determinar si existen mecanismos de evaluación de la satisfacción del usuario, identificar si el usuario ha sido víctima de discriminación. |
| 27 | ¿Se le ha indicado que hacer en caso de insatisfacción en el servicio? | |
| 28 | ¿Le han pasado alguna encuesta o instrumento de satisfacción? | |
| 29 | ¿Al momento de programar su cita de terapia, la persona que lo atendió lo hizo de manera amable y respetuosa? | Determinar satisfacción de usuarios en la atención de terapeutas. |
| 30 | ¿De los siguientes aspectos de calidad en el servicio elija dos que considere más importantes? | Identificar que es calidad para el usuario |
| 31 | ¿Mencione algunos aspectos que se deberían mejorar para brindarle un mejor servicio? | Obtener información que posiblemente quedo fuera de este instrumento |
| 32 | En la escala del 1 al 10, siendo 10 la más alta, ¿cuál es la calificación general que usted daría al proceso de atención recibida hasta el momento en el CRIO? | Medir cuantitativamente como percibe los usuarios al CRIO |



2.3.6.1.5 Instrumento para usuarios externos

Ver en Anexos “Modelo de Encuesta de Satisfacción del Usuario Externo”

2.3.6.1.6 Determinación del tipo de muestreo:

Una muestra es una parte del universo y se selecciona de tal manera que sea representativa del mismo. Las propiedades de la muestra permiten establecer una estimación de las características de la población. El valor de la muestra es probable que sea diferente del valor de la población, esta diferencia se denomina error del muestreo, el cual es primordial reducirlo al mínimo. Mientras más grande es la muestra, menor es el error de muestreo y viceversa.

El método utilizado para seleccionar la muestra será: Muestreo Aleatorio Simple. Teniendo en cuenta todas las características que presenta el estudio, se ha seleccionado este tipo de muestreo ya que hemos considerado que cualquier persona que hace uso de los servicios tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para ser encuestado.

2.3.6.1.7 Prueba Piloto

El objetivo del estudio es determinar entre otras cosas, la satisfacción del usuario a la hora de recibir los servicios prestados en el CRIO, con una prueba piloto de 20 encuestas para verificar que el cuestionario es entendible y no presenta ambigüedades en la formulación, para poder determinar cuáles son los valores de las probabilidades de éxito y fracaso a utilizar en la fórmula para determinar el tamaño de la muestra. Se procedió a analizar cuantos **“usuarios activos”** encontramos a la hora de pasar las encuestas.

Tabla 64 - Datos para determinación de muestra encuesta cliente externo

| Determinación de “p” y “q” (prueba piloto) | | | |
|--|---|----|------|
| p | Es Usuario Activo | 19 | 95 % |
| q | Cualquiera de los otros usuarios mencionados en la caracterización. | 1 | 5 % |
| TOTAL | | 20 | 100% |

Con lo anterior se determinó que la confiabilidad del estudio se definió en el 95%, el error puede estar entre el 5%.

2.3.6.1.8 Determinación de muestra:

El universo fue considerado como el total de usuarios del CRIO, el cual es de 1,750 usuarios (según memoria de labores de CRIO año 2013).

Ya que es un universo menor que 100,000 la ecuación para determinar la muestra es la siguiente:

$$n = \frac{(Z)^2 * N * P * Q}{(E)^2 * (N - 1) + (Z)^2 * P * Q}$$

Donde:

- *N: Tamaño de la población*
- *Z: Valor crítico correspondiente al coeficiente de confianza de la investigación.*
- *p: proporción poblacional de la ocurrencia de un evento.*
- *q: proporción poblacional de la no ocurrencia de un evento. (1 - p)*
- *E: Error muestra, que puede ser determinado según el criterio del investigador.*

Por lo cual el p y q las variables a utilizar en la formula quedan definidos de la siguiente manera:

- *N: 1750*
- *Z: 1.96*
- *p: 0.95*
- *q: 0.05*
- *Con un error del 5%, E: 0.05*

Resolviendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 * 1750 * 0.95 * 0.05}{(0.05)^2 * (1750 - 1) + (1.96)^2 * 0.95 * 0.05} = 70.11 \approx 71$$

2.3.6.1.9 *Análisis de la encuesta a usuarios Externos del CRIO*

A continuación se presenta el análisis de los aspectos más relevantes de la información recabada en la encuesta a los usuarios externos, con el fin de detectar oportunidades de mejora y de esta forma tomar las medidas necesarias para mejorar y poder proporcionar un servicio de Calidad y Calidez a sus usuarios de forma integral.

RESUMEN DE HALLAZGOS

ASPECTOS GENERALES

| | |
|---------------------|---|
| TIEMPO EN EL CENTRO | De las personas encuestadas un 39 % está entre 3 meses y un año, un 36 % más de un año y un 25% entre 0 y 3 meses, asegurando usuarios que en su mayoría ya han pasado por las terapias, recibido consulta y que ha sido tratado por casi todo el personal. |
|---------------------|---|

ATENCIÓN MEDICA ESPECIALISTA

| | |
|---------------|--|
| AGENDA MEDICA | El 33% de los usuarios encuestados respondió de manera afirmativa, que se presentaron a su consulta médica previamente citados, y estos no fueron atendidos por el médico, esto no necesariamente se debe a inasistencia del personal médico, podría ser debido a que el medico estaba ocupado, o en reunión. |
| | El 39% de los usuarios encuestados aseguran se les dejo la cita inicial con médico especialista para 3 meses, 12% para 4 meses, 11% 2 meses, 11% 3 semanas. Evaluando estos porcentajes y el tiempo de espera se evidencia los problemas con agenda médica, con tiempos demasiado largos en las atenciones a los usuarios. |
| | El 60% de los usuarios encuestados considera el tiempo de espera de consulta médica con especialista aceptable, el 40% considera que no lo es, evidenciando la insatisfacción de los usuarios sobre este |

| | |
|--------------------------|---|
| | servicio. |
| CONSULTAS EN CONDICIÓN | Se evidencia que la mayoría de usuarios recibió alguna vez consulta en condición, el 64% dice que sí y el 36% dice que no. Esto respalda la hipótesis de los elevados usuarios en condición en el CRIO. |
| INASISTENCIA DEL USUARIO | Se observa que un 54 % de usuarios ha faltado al menos una vez a consulta médica con especialista, lo que es una cifra bastante alta, lo que evidencia los problemas de inasistencia que hay en el centro en las citas médicas especialista, lo que abona a que la agenda medica este saturada. |
| | El 55% de los usuarios asegura haber faltado al menos 2 veces a su consulta médica con el especialista, 22% una vez, 15% 3 veces, 5% 5 veces y 3% 6 veces, lo que evidencia aún más el problema de inasistencias de los usuarios. |
| | Se evidencia que la mayoría de inasistencias se debe a enfermedad en el paciente, ya que las personas discapacitadas son tendientes a enfermarse más que otras personas normales, siendo insignificantes las demás respuestas siendo enfermedad un 63 %. |

MECANISMOS PARA LA RECOLECCIÓN DE OPINIÓN DE USUARIOS

| | |
|---|--|
| ACCESIBILIDAD DE MECANISMOS PARA LA RECOLECCIÓN DE OPINION DE USUARIOS. | El 86% de usuarios encuestados, no sabe qué hacer para quejarse o sentirse maltratado, no se les indica medidas a tomar, ni donde abocarse. Solo un 14% contesto que sabía qué hacer, lo que es preocupante porque no se mide lo que los usuarios quieren del servicio. Se deben tomar medidas para que el usuario aporte a la calidad del centro. |
| IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS DE RECOLECCIÓN DE | El 95% de usuarios encuestados asegura no haber contestado antes un instrumento o encuesta para medir la satisfacción del usuario, lo que evidencia el poco conocimiento que se tiene sobre las exigencias |

| | |
|-----------------|---|
| <p>OPINIÓN.</p> | <p>y necesidades de los usuarios, debe evaluarse la necesidad de hacer este tipo de acciones periódicamente. Para los usuarios entrevistados calidad significa que el personal sea amable, con un 33% de las respuestas, un 33% que se entregue una atención efectiva, 18% implementación de un sistema de opinión ciudadana, 13% equipamiento moderno e instalaciones atractivas. Se evidencia que para los usuarios del CRIO es muy importante el trato que se les da como personas y no tanto de las condiciones de última generación ni instalaciones modernas.</p> |
|-----------------|---|

INDICE DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

| | |
|--|---|
| <p>INDICE DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL CRIO.</p> | <p>Para el 36% de usuarios entrevistados la calificación que merece la atención en general en el CRIO es de 10, para el 33% la calificación es de 9 y para un 27% es de 8, siendo las demás calificaciones despreciables. Se evidencia que los usuarios están en su mayoría satisfechos con la atención recibida, evaluada más desde el punto de vista de la amabilidad que es el punto de calidad que más aprecian los usuarios.</p> |
| <p>PUNTOS DE MEJORA EN EL SERVICIO.</p> | <p>La mayoría de usuarios está satisfecho con la atención que ellos perciben del CRIO, opinando en un 41% que no tiene nada que mejorarse para recibir un servicio de calidad.</p> <p>Un 25% opina que la agenda médica debería mejorarse, evidenciando que es una oportunidad de mejora para el centro, para tratar de brindar el mejor servicio esperado por</p> |



los usuarios.

2.3.6.2 Investigación de la Opinión de los Usuarios Internos del CRIO

La encuesta a usuarios se realizara en el Centro de rehabilitación integral de Occidente.

2.3.6.2.1 *Objetivo de la Encuesta para los usuarios Externos que reciben el servicio*

El objetivo del cuestionario: Evaluar el potencial del personal del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente para identificar las condiciones que permitirán mejorar el servicio a los usuarios.

2.3.6.2.2 *Caracterización de clientes internos:*

- **Personal de jefaturas:** Personal que desempeña cargos de jefes de áreas o jefes del Centro de Rehabilitación.
- **Personal Administrativo:** Personal encargado de las oficinas administrativas del Centro de Rehabilitación, secretarias, administradores, etc.
- **Personal Técnico:** personal encargado de brindar la parte técnica en el proceso de rehabilitación, terapistas en las diferentes áreas.
- **Personal Médico:** personal médico especialista que evalúa a los usuarios para brindar un panorama de las discapacidades específicas de cada usuario.
- **Personal de apoyo:** personal que brinda servicios de apoyo en el Centro de Rehabilitación, Psicólogos y Trabajadores Sociales.
- **Personal de servicios generales:** personal que brinda servicios varios, ordenanzas, vigilantes, etc.

2.3.6.2.3 *Elaboración del Cuestionario*

El cuestionario es un plan para recolectar datos de los encuestados, el cual sirve de guía al proceso comunicativo. Se realizó un cuestionario directo estructurado que está integrado por preguntas y respuestas estructuradas en el cual el equipo encuestador no pretende ocultar el fin de la encuesta. Los datos recopilados a través de este tipo de cuestionarios resultan fáciles de registrar, tabular y analizar.

El cuestionario el cual se dividió en tres bloques de información a capturar:



- **Parte I:** Generalidades del puesto
- **Parte II:** Medición de apreciación del servicio.
- **Parte III:** Sugerencias para la dirección.

Los 21 ítems de los que consta el cuestionario fueron formulados en base al objetivo antes mencionado, a continuación se presenta una matriz con la caracterización de cada ítem:

Tabla 65 - Matriz de análisis encuesta cliente Interno

| MATRIZ DE ANALISIS DEL INSTRUMENTO | | |
|------------------------------------|---|--|
| No. | Pregunta | Objetivo |
| 1 | ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su puesto de trabajo dentro de la organización? | Está dedicada a la información de carácter general acerca de la situación actual como trabajador del CRIO |
| 2 | ¿A qué grupo ocupacional pertenece? | |
| 3 | ¿Cuál es su tiempo de servicios en el CRIO? | |
| 4 | ¿Cuál es su tiempo de servicios en el actual puesto de trabajo? | |
| 5 | Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí. | Está dedicada a medir la apreciación que tiene como trabajador acerca de su organización y el servicio prestado. |
| 6 | La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto. | |
| 7 | En términos Generales me siento satisfecho con el servicio que brindo a los usuarios. | |



- 8 Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo.
-
- 9 El nombre y prestigio del CRIO es gratificante para mí.
-
- 10 Conozco bien los servicios y productos que ofrece el CRIO
-
- 11 Me preocupo por solucionar los problemas que afectan el servicio a los usuarios que se presentan en mi área
-
- 12 Tengo autonomía para resolver los problemas que afectan el servicio a los usuarios se presentan en mi área.
-
- 13 Tomo en cuenta las sugerencias de los usuarios para la mejorar la calidad en el servicio que brindo.
-
- 14 La dirección me propone sugerencias o estrategias para mejora en la prestación de servicios
-
- 15 Participo en reuniones para tratar temas de mejora en los servicios a los usuarios.
-
- 16 Estoy comprometido con la satisfacción del cliente
-
- 17 Periódicamente evaluamos los procesos conforme a las exigencias de los usuarios.
-

-
- 18 La dirección me brinda los mecanismos y recursos necesarios para resolver los problemas en la prestación de los servicios de mi área.
-
- 19 Estoy dispuesto a efectuar cambios para mejorar los servicios que brindo.
-
- 20 ¿Cuáles son las principales situaciones problemáticas que detecta en su área? Tiene por finalidad recoger sugerencias, que consideren necesarias precisar por escrito.
-
- 21 ¿Qué sugeriría para mejorar los problemas que presenta el CRIO en la prestación de su servicio?
-

2.3.6.2.4 Instrumento para usuarios internos:

Ver APENDICE B: “Modelo de encuesta de satisfacción usuario interno”

2.3.6.2.5 Determinación del tipo de muestreo:

Se decidió entrevistar al todo el personal en su totalidad, debido a que son 55 personas las que laboran en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO), y esas muestras serían representativas en su totalidad para nuestro análisis.

2.3.6.2.6 Análisis de la encuesta a usuarios Internos del CRIO

A continuación se presenta el análisis de los aspectos más relevantes de la información recabada en la encuesta a los usuarios internos, con el fin de detectar oportunidades de mejora y de esta forma tomar las medidas necesarias para mejorar y poder proporcionar a los empleados un ambiente apto para la realización de sus labores.

RESUMEN DE HALLAZGOS

ASPECTOS GENERALES



| | |
|--------------------------------|--|
| TIEMPO EN EL CENTRO | EL 87% DE trabajadores tienen más de 10 años trabajando en la institución, lo que nos brinda un panorama de la situación laboral en la que se encuentra el CRIO. |
| ROTACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO | Se evidencia que el 64% del personal tiene más de 10 años trabajando en el mismo puesto de trabajo, esto significa un bajo nivel de rotación de personal en todas sus áreas. |

ASPECTOS DE ORGANIZACIÓN Y SERVICIO PRESTADO

| | |
|---|---|
| ACCESSIBILIDAD DE RECURSOS | El 60% de los empleados dice tener los recursos suficientes para poder brindar un buen servicio, el 40% dice tenerlos algunas o pocas veces, esto muestra un nivel de insatisfacción del personal en este apartado. |
| PERCEPCIÓN DEL SERVICIO EN BASE A REQUERIMIENTOS DEL USUARIO. | En un 75% el personal se siente satisfecho con el servicio que brindan, un 25% de estos duda de haber brindado un servicio como el usuario espera, evidenciando las dudas que tienen ellos acerca de la percepción de los usuarios. |
| | El 90% del personal dice preocuparse por cumplir con las exigencias de calidad que exigen los usuarios, 10% dice que algunas veces, es un porcentaje pequeño pero significativo que nos dice que no hay interés en solucionar las exigencias del usuario. |
| | 77% del personal toma en cuenta siempre las sugerencias de los usuarios, el 18% dice que algunas veces y el 5% que pocas veces, esto evidencia el desinterés de 23% del personal para tratar de resolver las sugerencias en la calidad solicitada por los usuarios. |
| | El 95% del personal asegura estar comprometido con brindar un servicio de calidad aceptable y alineado a las necesidades de los |



| | |
|---|---|
| | <p>usuarios que reciben servicios en el CRIO, solo un 5% dice que algunas veces, esto evidencia la disponibilidad del personal para poder lograr mejorar el servicio prestado.</p> |
| | <p>El 38% del personal asegura que se evalúan los procesos para cumplir las exigencias y estándares de calidad que el usuario solicita, un 42% dice que algunas veces, 10% pocas veces y un 10% dice que nunca se hace, lo que evidencia que no se revisan casi nunca los procesos para ver que se puede mejorar y cambiar para brindar una mejor atención.</p> |
| <p>APOYO ENTRE AREAS.</p> | <p>Solo un 28% asegura estar dispuesto a ayudarse entre ellos para completar tareas de los demás compañeros, un 57% dice que algunas veces y un 15% dice que pocas veces, evidenciando un clima organizacional bajo.</p> |
| | <p>El 49% del personal asegura tener recursos y mecanismos suficientes para resolver los problemas que se le presentan para brindar servicios de calidad, 32% dice que algunas veces y 19% dice que pocas veces, siendo significativo que un 51% no esté seguro de tener suficientes recursos.</p> |
| <p>INVOLUCRAMIENTO DEL PERSONAL EN LA GESTIÓN DE MEJORA</p> | <p>Solo un 20% asegura categóricamente el tener autonomía para resolver los problemas y exigencias de los usuarios, un 68% dice que algunas veces, y 12% dice que pocas veces, esto equivale a un 80% que siente no siempre tener autoridad para resolverlos.</p> |
| | <p>Solo un 58% del personal asegura que la dirección les propone estrategias y sugerencias para mejorar los servicios prestados a los usuarios, 28% dice que algunas veces y un 15% dice que pocas veces, evidencia falta de comunicación reciproca con la dirección y jefes de área.</p> |
| | <p>Un 95% del personal asegura estar dispuesto a efectuar cambios para mejorar los servicios prestados, lo que evidencia la disponibilidad de estos ante mejoras que beneficien el bienestar de los usuarios y del</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>personal en general.</p> <p>Un 47% del personal asegura participar en reuniones para tratar temas de mejora en los servicios prestados, un 35% asegura que algunas veces, 13% que pocas veces y un 5% nunca, esto refleja la poca disponibilidad que se tiene para tratar estos temas con la mayoría de los empleados.</p> |
|--|---|

2.3.7 *Análisis comparativo del CRIO con respecto a otros centros del país.*

Para realizar este análisis se escogerán los centros con características y servicios similares al CRIO, se han escogido para el análisis comparativo el CRIOR (Centro de Rehabilitación integral de Oriente) y los centros de teletón (Funter).

2.3.7.1 CRIO





Nombre del centro de atención de Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

Historia o Antecedentes de su centro de Atención

El día 20 de Febrero de 1985 reunidos los representantes del Ministerio de Salud y Asistencia Social, ISRI, Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, Sociedad Médica de Occidente y Club Activo 20 - 30 ratifican oficialmente por parte del Club Activo 20 30 de San Salvador, el ofrecimiento de construir un Centro Regional de Rehabilitación, anexo al Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, utilizando para ello parte de los fondos recaudados en la campaña denominada tercera Teletón 20 -30, acordando que para la construcción del Centro se destinaria un área de seis mil varas cuadradas que se desmembrarían del inmueble donado a la Junta Constructora del Nuevo Hospital de Santa Ana, para lo cual se firmaría un comodato por 90 años a favor del ISRI, acordando que en ese Centro se brindaría Atención a los pacientes del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana. El Centro de Rehabilitación Integral de Occidente se inaugura el 1º. de Septiembre de 1986 iniciando sus labores con cuatro recursos, posteriormente se trasladan los profesionales que laboraban en la Sala de Rehabilitación del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

Inicialmente la Dirección y Mantenimiento del CRIO estuvo a cargo de la Fundación Teletón Pro Rehabilitación hasta el día 1º. de Enero de 1988 en que pasa a convertirse en una dependencia del ISRI, habiendo celebrado el año 2011 los 25 años de su fundación prestando servicios a las personas con discapacidad de la Región Occidental del país.



Objetivos del Centro de Atención (Generales y Específicos)

OBJETIVO GENERAL: Proveer servicios especializados de rehabilitación integral a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario, su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- *Proveer servicios de rehabilitación integral para la atención de personas con discapacidad en las áreas física funcional, sensorial, intelectual, auditiva, de la voz y del habla.*
- *Promover la participación activa de la familia y la comunidad en la rehabilitación de las personas con discapacidad.*
- *Promover mecanismos de coordinación intra e inter institucional que faciliten las acciones de rehabilitación integral para las personas con discapacidad.*
- *Contribuir a la prevención y detección temprana de la discapacidad.*
- *Promover el desarrollo de los Recursos Humanos Institucional.*

Ubicación del centro de atención de 17 Avenida Sur entre 1ª. Y 5ª. Calle Oriente Santa Ana



Servicios que presta el centro de atención CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA:

- *Fisiatría*
- *Ortopedia*
- *Neurología Pediátrica*
- *Pediatría*

SERVICIOS DE REHABILITACION

- *Terapia Física:*
- *Terapia Ocupacional*
- *Terapia de Lenguaje*
- *Terapia Educativa*
- *Ludoteca terapéutica*
- *Terapia Sensorial*
- *Educación Física adaptada*

SERVICIOS DE APOYO

- *Psicología*
- *Trabajo Social*

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

- *Enfermería*

Descripción de cada uno de los de servicios que brinda el centro de atención (programas, modalidades, etc.)

PROGRAMA MUSCULO ESQUELETICO:

Contribuir a la rehabilitación físico funcional de las personas con discapacidades musculo esqueléticas, disminución del dolor, mejorar la fuerza muscular y la amplitud de las articulaciones, así como la postura y equilibrio.

PROGRAMA NEUROLOGICO:

Lograr el mayor grado de independencia funcional, contribuyendo al proceso de rehabilitación de los usuarios con discapacidades neurológicas, modificando el tono muscular, la coordinación y el equilibrio, la sensibilidad, la fuerza muscular y la amplitud de las articulaciones.

PROGRAMA REUMATOLOGICO:



Contribuir a la rehabilitación funcional de las personas con discapacidades de origen reumatológico, aumentando la amplitud de las articulación, disminución del dolor y previniendo las deformidades

MODALIDADES DE TRATAMIENTO: Estas son utilizadas en los tres programas de acuerdo a las necesidades individuales del usuario según tipo de discapacidad y gravedad de la misma.

- *Técnicas específicas: Consiste en ejercicios terapéuticos , aplicación de medios físicos (compresas frías o calientes)*
- *Masoterapia: aplicación de masaje en las diferentes zonas del cuerpo*
- *Electroterapia: aplicación de corrientes para disminuir el dolor o el espasmo muscular*
- *Mecanoterapia: aplicación de ejercicios por medio de aparatos mecánicos, como bicicletas, poleas de techo, barras, gradas entre otros*
- *Hidroterapia: Es la aplicación de masaje por medio de tanques de agua a diferentes temperaturas.*

PROGRAMA DE LENGUAJE:

Fortalecer el lenguaje expresivo y comprensivo de los usuarios con discapacidad en el área de la comunicación humana, de diferentes orígenes, tanto en niños como en adultos, a través de diferentes técnicas como ejercicios : respiratorios, oro motores, de relajación, de ritmo; masajes, estimulación sensorial y cognitiva,

Ejercicios vocálicos y fonación entre otros.

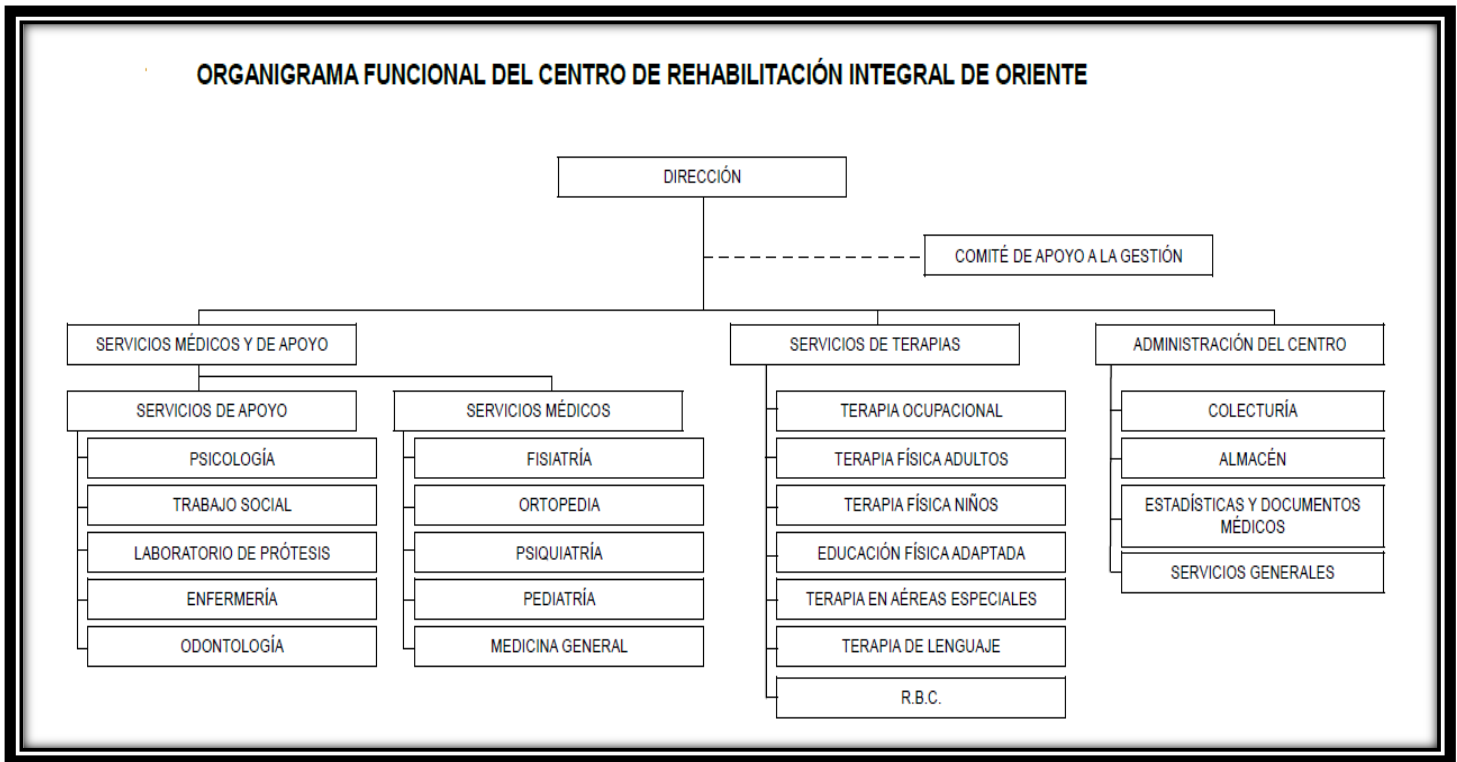
PROGRAMA EDUCATIVO:

Fortalecimiento y desarrollo de habilidades y destrezas en usuarios con dificultades cognitivas, problemas de lecto escritura y cálculo, memoria y concentración, lateralidad y problemas en el área motora gruesa y fina.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN FÍSICA ADAPTADA Y NATACIÓN

TERAPÉUTICA: Aplicación de diferentes técnicas para el desarrollo de habilidades y destrezas del área motora gruesa y fina. Integración social, cultural y educativa

2.3.7.2 CRIOR.



Antes de que se fundara el CRIOR no existía en la zona oriental un centro que se especializara en el tratamiento de las personas con algún tipo de discapacidad. Debido a esa situación, algunos usuarios tenían que viajar hasta el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos en San Salvador o pasar consulta en el hospital regional de oriente.

Sin embargo, desde su inauguración el 13 de julio de 1987, el CRIOR brinda servicios integrales y especializados a las personas con discapacidad física o mental que habitan en esa zona. Consulta externa, fisioterapia, terapia del lenguaje, ocupacional, unidad móvil de servicios domiciliarios y fabricación de prótesis son algunos de los servicios que presta la institución. El laboratorio de prótesis, por ejemplo, funciona desde 1995, elaborando prótesis a usuarios que han sufrido amputaciones de sus miembros superiores o inferiores; también producen otros aparatos ortopédicos, utilizados para tratar diferentes patologías.

SERVICIOS.

El local del CRIOR está ubicado en el costado norponiente del hospital nacional San Juan de Dios de San Miguel.

El CRIOR atiende a la población discapacitada de la zona oriental a través de los siguientes programas. En el área de consulta externa: **Consulta externa, Medicina general, Ortopedia, Fisiatría, Pediatría, Psiquiatría, Neurología, Odontología.**

Asimismo brinda servicios especializados en educación especial, Psicología, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, rehabilitación profesional, audiometría y laboratorio de prótesis.

2.3.7.3 FUNTER



En El Salvador, Teletón nació en 1982, convirtiéndose en el segundo país centroamericano en integrarse a la obra para ayudar a los niños con discapacidad. Para darle sustento a la obra, se crea la Fundación Teletón Pro Rehabilitación (Funter), que en la actualidad es uno de los centros de rehabilitación más modernos y mejores equipados en Centroamérica. Funter cuenta actualmente con tres centros de rehabilitación, ubicados en las ciudades de San Salvador, San Vicente y

Sonsonete. El objetivo a corto plazo es construir el cuarto Centro de Rehabilitación Funter en la ciudad de San Miguel. En casi 30 años de trabajo en el área de rehabilitación funcional, Funter se ha posicionado como una experimentada institución ejecutora en el desarrollo de programas y proyectos en beneficio de las personas con discapacidad física. La población beneficiada comprende niños, jóvenes y adultos, principalmente de los estratos más pobres y vulnerables del país.



SERVICIOS.

Se desarrollan acciones que abarcan desde atención clínica especializada, programas de integración social, rehabilitación profesional, hasta inserción laboral de personas con discapacidad en edad productiva.

El Centro de Rehabilitación cuenta además con una Escuela de Padres, donde se ayuda en la planificación de las actividades del programa y se realiza un abordaje integral con los padres de familia, y con Talleres de Arte

Teletón El Salvador realiza importante acciones en el campo de la inserción laboral, vinculándose a proyectos de desarrollo, capacitación y generación de empleo para adolescentes con discapacidad, impulsados gracias a alianzas selladas con el sector empresarial.

2.3.7.4 Análisis comparativo de centros de rehabilitación en el país.

-  La finalidad que tiene cada uno de los centros analizados, es mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad por medio de programas acorde a las necesidades específicas de cada persona. Todos los centros de rehabilitación hacen énfasis en la importancia de lograr una inserción activa de sus pacientes en la sociedad y desenvolverse en ella de manera satisfactoria.
-  *Los centros cuentan con una variedad de programas y servicios con el fin de abarcar la mayor cantidad de necesidades que puedan existir en sus pacientes, sin embargo, algunos servicios y terapias difieren de un centro a otro.*



Algunos centros nacieron con el fin de especializarse en la atención a niñas, niños y adolescentes con discapacidad, Como Funter, sin embargo han crecido y ampliaron sus servicios con el fin de incluir a adultos y ancianos.

Existe una serie de servicios y terapias comunes en la mayoría de centros ya que son considerados como fundamentales:

Rehabilitación:

Terapia física, Terapia de comunicación, Terapia ocupacional, Terapia de lenguaje, Psicología, Neurología, Fisiatría, Pediatría, Ortopedia.

Educación:

Estimulación temprana, Educación especial, Motivación

Además de los servicios presentados anteriormente, existen otros no tan comunes que sólo pueden proporcionar aquellos centros con mayor desarrollo: Hidroterapia y Electroterapia

En el caso de centros y fundaciones teletón, estos tienen el mismo objetivo, que es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y lograr su máxima integración a la sociedad en igualdad de derechos y oportunidades. Sin embargo, dichas instituciones lo hacen a mayor escala, buscando impactar a nivel nacional. El Salvador fue el segundo país centroamericano en integrarse a la obra para ayudar a los niños con discapacidad y Funter en la actualidad es uno de los centros de rehabilitación más modernos y mejores equipados en Centroamérica, demostrando así el interés de El Salvador en mejorar la calidad de vida de los niños con discapacidad.

2.4 Planteamiento del Problema

Analizada la situación actual del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente por medio de las diferentes técnicas y herramientas, se procederá a describir, los diferentes hallazgos y problemáticas encontradas, estas serán agrupadas en 6 aspectos o factores, con los cuales se pueden englobar las diferentes problemáticas, tales aspectos son:

- *Agenda Medica*
- *Usuario*
- *Direccionamiento de la Institución*
- *Aseguramiento de la Calidad*
- *Gestión de Procesos*
- *Administración de Personal*

2.4.1 Agenda Médica

Este aspecto o factor englobara todos los problemas relacionados a la programación de la agenda médica del centro, debido a que son hallazgos insatisfacción por los tiempos de espera prolongados de parte de los usuarios hacia su consulta médica.

Tiempo de evaluación con médico especialista inaceptable

En la encuesta de satisfacción al cliente externo, los usuarios expresaron su insatisfacción sobre el tiempo de espera de su consulta médica, el 40% de los mismos califico como inaceptable el tiempo de espera. Esto puede ser a causa de que la probabilidad de que un usuario reciba su consulta dentro de los primeros tres meses próximos, es de 36%, el 64% restante tiene una consulta médica posterior a los 3 meses, fuera de cualquier estándar del centro.

Inactividad del Personal Médico.

El medico evaluador y el medico fisiatra, presentan el menor nivel de actividad para el área médica, 54.54% y 58.33% respectivamente, esto se debe, a que ambos médicos, presentan inactividad generada en gran porcentaje por la ausencia de usuarios en sus servicios (inasistencia), el medico evaluador, si bien este no tiene indicador de rendimiento por productividad y su demanda, es proporcional al número de usuarios nuevos que ingresan a requerir los servicios de rehabilitación



del centro, presenta 33.33% de inactividad por falta de usuarios., en cambios el medico fisiatra presenta 36.36% por la misma causa, lo cual representa 1.81 usuarios de la meta ideal de 5 usuarios atendidos por día, dato que se encuentra en el análisis de la agenda médica (7.5.5 Análisis de Inasistencias) que refleja una inasistencia promedio de 1.51 usuarios diarios.

Nivel de ausencia de personal alto.

Cuando se cuestionó a los usuarios externos del centro “*¿Alguna vez se presentó a su cita y no se le brindo la atención?*”, el 33% respondió de manera afirmativa, las causantes de este fenómeno, pueden ser desde que el médico no se presentó a trabajar, o que el medico estaba presente pero no brindo la atención, por encontrarse ocupado, o por desinterés.

Inasistencia por olvido a la consulta medica

El 7% de los usuarios afirma que una de las razones por las cuales no han asistido a su consulta médica, es por olvido, ya que actualmente no existe un mecanismo o proceso que alerte a los usuarios sobre la proximidad de su consulta con el médico.

Tiempo de espera para consulta medico fuera de estándar

Del análisis de la agenda médica, se identificó que la probabilidad de que un usuario de cualquier prioridad sea atendido dentro del periodo de estándares brindados por el centro es de 65%, siendo un 35% restante fuera del tiempo brindado.

Inactividad Médica por Ausencia de Usuarios.

Del muestreo del trabajo se tiene que el área médica, presenta un nivel de inactividad general del 27.27 %. Siendo el elemento de inactividad de mayor porcentaje la ausencia de usuarios en su consultorios. Esta ausencia no necesariamente se puede identificar solamente como incumplimiento de los usuarios a su consulta, sino que pueda tener múltiples causas como, que al usuario no se brinda el tiempo completo su consulta, y es por ello que el medico se vuelve inactivo, este porcentaje es del 20.45%. Así también 4.55% del tiempo, al personal médico se le observo conversando, asuntos no relativos al trabajo. Los médicos con mayor porcentaje de “Ausencia de Usuario”, son Medico Evaluador con 33.33% y Medico Fisiatra con 36.36% de inactividad.

2.4.2 Usuario

Dado que el Centro, es una institución pública, cuyo objetivo es servir a la sociedad, el usuario, juega un papel importante en los servicios que el centro ofrece, ya que cualquier falta o insatisfacción de parte de este, repercute en la calidad del servicio.

Inasistencia del usuario

Según el estudio de la agenda médica, existe una inasistencia o faltas reiteradas de parte de los usuarios del 25%, esta inasistencia es debido en un 63%, a que los usuarios sufren de enfermedades o padecimiento que les imposibilita asistir a su terapia, por otra parte un 7% de los encuestados, menciono que tuvieron ciertos inconvenientes de carácter personal, aunque siendo sabedores de su cita, optaron por no asistir, igual que un 7%, que revelo que la causa real de su falta fue por olvido.

Usuarios en citas por condición

Las citas por condición es una implementación común en el Centro, y se realiza cuando se le pide al usuario que espere sin garantía de consulta, por si existiese un cupo disponible por inasistencia de otro usuario, este tomara su lugar y de esta manera poder recibir su consulta médica, antes de lo programado, esta práctica se ha realizado en un 64% de los usuarios, los cuales expresaron que muchas veces les tomo hasta 3 intentos poder recibir consulta en esta modalidad, lo cual genera inconformidad, pero dada la urgencia de recibir la consulta médica antes de lo programado, estos acceden a la espera.

Alta Probabilidad de Inasistencia

En la pregunta 14, de la encuesta de satisfacción al usuario externo se cuestiona *¿Alguna vez ha faltado a su consulta médica especialista?*, el 54 %, menciono que de manera afirmativa, por lo cual se establece que existe una alta probabilidad de que un usuario falte a su cita médica, la principal razón por su inasistencia fue padecimientos o enfermedades principalmente en los usuarios niños en un 63%, seguido por inconvenientes personales y olvido, con un 7% cada uno.

Programación de Agenda Medica Fuera de Estándar

Considerando que el estándar de espera para que un usuario reciba su consulta médica no debe de ser mayor a 3 meses, para un usuario de prioridad 3, según la encuesta de satisfacción al usuario externo, el 66% de los usuarios, les fue programada su primer cita con el médico especialista para un lapso mayor a 3 meses, rango que esta fuera de los estándares del centro, los cuales establecen que para un usuario prioridad 1, este debe ser atendido en un tiempo no mayor a 7 días, un usuario prioridad 2 en un tiempo no mayor de 30 días, y un usuario de diagnóstico prioridad 3, en un lapso no mayor a 90 días. Por lo cual se puede establecer un nivel de incumplimiento de estándares de atención en consulta especialista de un 66%.

Usuarios insatisfechos por tiempo de espera para evaluación en terapia

El 40.33% de los usuarios menciono que se siente insatisfecho con el tiempo que de espera para la evaluación en las diferentes áreas y/o modalidades de terapia; los porcentajes de mayor insatisfacción se encontró en terapia de lenguaje, debido que un 24% de los usuarios a ser evaluados en esta modalidad espero un periodo mayor de 3 meses para recibir dicho servicio, así también el área de electroterapia el 64% de los usuarios les pareció inadecuado el tiempo de espera.

Inactividad por Ausencia de Usuarios

Según el muestreo de trabajo, una de las causas por la cual el personal del centro, presenta inactividad es por la ausencia de usuarios a sus citas, sea con personal médico o terapéutico, la falta de usuarios genera un porcentaje de 7.62% de inactividad, lo que representa alrededor de 32 minutos de la jornada laboral que el personal permanece ocioso por esta causa, analizando esta inactividad en las diferentes áreas, se identifica que el área de atención adultos, presenta inactividad por esta causa en un 6.96%, atención niñez y adolescencia 5.23%, y el mayor índice de inactividad por ausencia de usuarios se presenta en el área médica y de apoyo en un 10.26%.



2.4.3 Dirección de la Institución

El 43% del personal considera que la dirección no propone sugerencias o estrategias para mejorar el servicio del centro

Se evidencia en la encuesta de usuarios internos, que los empleados del CRIO piensa que la dirección no les brinda estrategias necesarias para mejorar en la calidad prestada, lo que evidencia desconformidad con la alta dirigencia.

18% del personal no es invitado a participar en reuniones para tratar la mejora de los procesos y servicios.

Insatisfacción en el personal que un bajo porcentaje pero significativo dice que no participa en reuniones para tratar mejoras, esto genera bajo clima organizacional al ser lo adecuado tratar con todo el personal en general.

La institución pocas veces evalúa los procesos conforme a las exigencias de los usuarios

Un 62% de los empleados, dice que pocas veces o nunca evalúan los procesos para cumplir estándares de calidad exigidos por los usuarios, esto evidencia que los procesos no están orientados a satisfacer a los usuarios, sino a satisfacer lineamientos meramente institucionales.

2.4.4 Aseguramiento de la Calidad

El 23% del personal no siempre toma las sugerencias de los usuarios para mejorar la calidad del servicio:

En la encuesta dirigida al personal del CRIO, se evidencia que hay falta de interés en un porcentaje bajo pero significativo, en atender las sugerencias y demandas que los usuarios tienen con respecto a la calidad requerida.

20% del personal opina que no se le proporcionan los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto.



Una parte del personal esta insatisfecha, y piensa que los recursos que se le asignan para poder brindar un servicio de calidad no son los adecuados, solo es el 20% de los encuestados, pero es significativo. Se evidencia esto encuesta de clientes internos.

86% usuarios desconoce proceso a seguir en caso de insatisfacción.

En encuesta de usuario externo, en su mayoría los usuarios no saben qué proceso seguir, o no existe un proceso a seguir para poder expresar sus demandas y sugerencias, o simplemente quejarse de algún mal trato de parte del personal en general.

95% usuarios nunca ha sido sujeto a encuestas de satisfacción.

En la encuesta de usuario externo, se evidencia que no se tienen mecanismos para medir la satisfacción de los usuarios, el 95% asegura que nunca se le ha pasado encuestas ni otro tipo de instrumento.

Falta de un sistema de indicadores para medir calidad del servicio

No existe un sistema de indicadores adecuado para la medición de la calidad brindada a los usuarios, los indicadores y controles existentes en la actualidad en el CRIO son en su mayoría para medición de rendimiento y no de calidad.

2.4.5 Gestión de Procesos

12% del personal considera que pocas veces tiene autonomía para la resolución de problemas.

El 12% del personal en la encuesta de clientes internos, piensa que no tiene autonomía para tomar decisiones, evidenciando que esta parte del personal se siente acorralada y disconforme con la tarea que realiza.

68% de eficiencia en el proceso de Ingreso

Se identificó que la eficiencia en el ingreso es de 68% lo que refleja que el usuario es atendido de manera operativa solo un 32% evidenciando que hay muchas operaciones que no agregan valor al proceso, o tiempos de espera demasiado prolongados.



18% del personal algunas veces desconoce los objetivos y responsabilidades de su puesto

En la encuesta a los clientes internos, se evidencia que un 18% algunas veces desconoce los objetivos y responsabilidades que tiene que efectuar, siendo significativo este porcentaje debido a lo delicado del tema, todo el personal debe conocer que es lo que debe hacer y lo que se espera de ellos.

Nivel de cumplimiento de 43% acciones e instrumentos que garantizan calidad del servicio.

El nivel de cumplimiento de la carta iberoamericana, es de un 43% en el apartado “acciones e instrumentos que garantizan la calidad en el servicio”, lo que nos brinda un porcentaje amplio de mejora en este apartado.

No implementación de planes de mejora en los procesos.

No existe un procedimiento que diga cuando y como realizar planes, revisiones y otros análisis para mejorar los procesos en el CRIO.

Procesos no documentados en un 100%

No se encuentra documentados los procesos en su totalidad en el CRIO.

2.4.6 Administración de Personal

Nivel de Actividad del Área de Piscina y Electroterapia del 40% y 42.11 respectivamente.

Se evidencia en el muestreo de trabajo realizado en el CRIO, que el nivel de actividad en estas dos áreas de atención es muy baja.

Horarios consulta médicas inadecuados 19%

Los usuarios entrevistados en la encuesta para clientes externos, en un 19% piensan que son inadecuados los horarios de consulta médica, lo que abona a la alta tasa de inasistencia que existe en el CRIO.



Nivel de actividad de personal del centro es de 72.61%

El nivel de inactividad del CRIO es de 28.39%, esta información se obtuvo del muestreo de trabajo realizado en el CRIO, lo que evidencia que no es la falta de personal una razón para los problemas de saturación.

14% de usuarios ha sido víctima de maltrato o discriminación al menos una vez.

El 14% de usuarios entrevistados en la encuesta de cliente externo dice que alguna vez fue víctima de maltrato por alguna parte del personal, este dato aunque relativamente bajo es significativo por el tipo de dato que se recogió.

2.5 Formulación del Problema

Para la formulación del problema se tomarán las problemáticas descritas anteriormente utilizando la técnica Diagrama de Ishikawa o “Causa – Efecto”. Ya que permitirá interrelacionar los diferentes aspectos, y su efecto e impacto en la problemática central del Centro.

2.5.1 Definición del Problema

“El Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, cuenta con una deficiente gestión y aplicación de mecanismos lo cual no permite el aseguramiento de la calidad de los servicios prestados y satisfacción de los usuarios”.

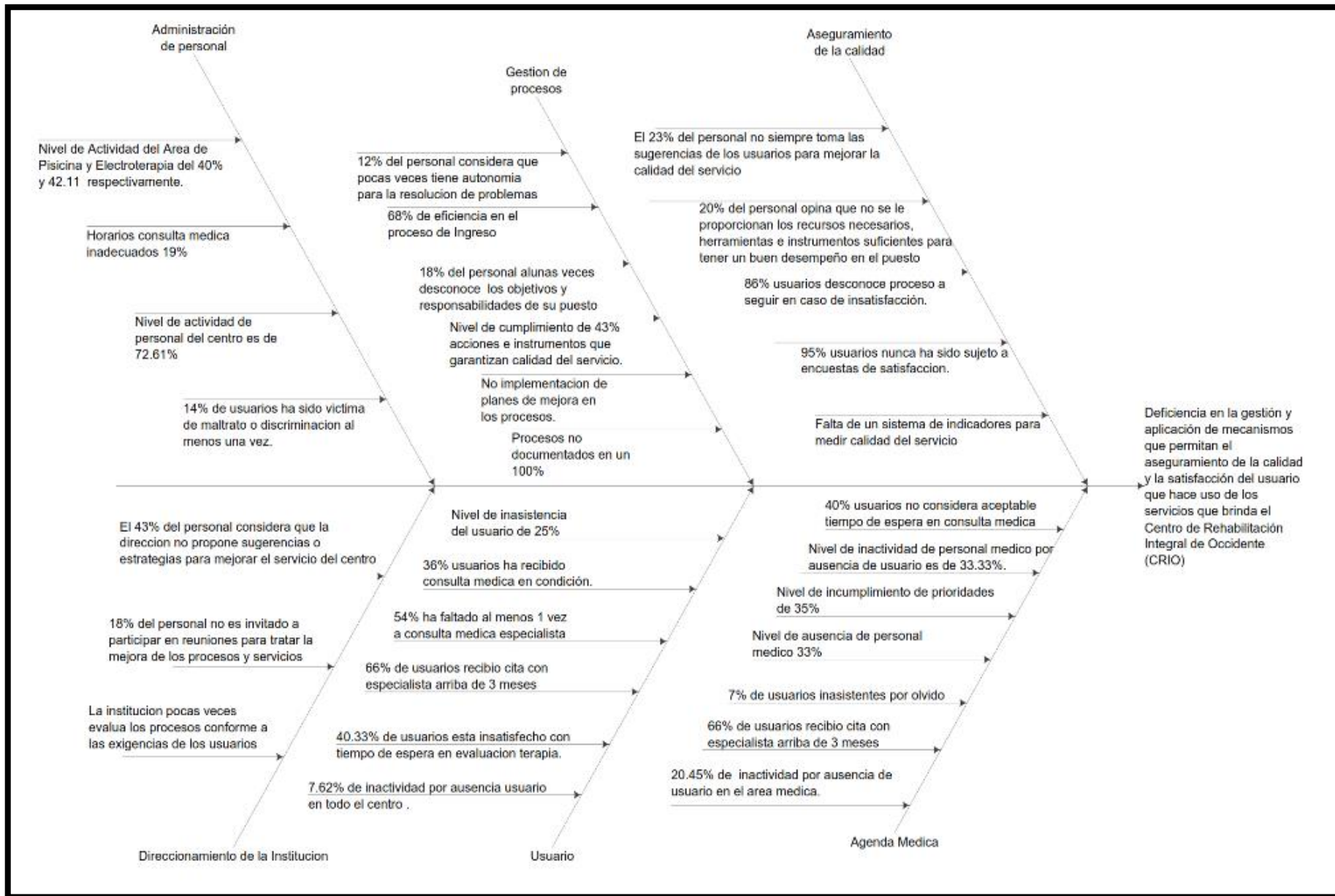


Figura 24 Diagrama ishikagua formulación del problema

DISEÑO DEL MODELO DE GESTION POR PROCESOS

CAPITULO III: METODOLOGÍA DEL DISEÑO

3.1 Modelo de Gestión por Procesos

El modelo de Gestión por Procesos a desarrollar en el centro se esquematiza de la siguiente manera

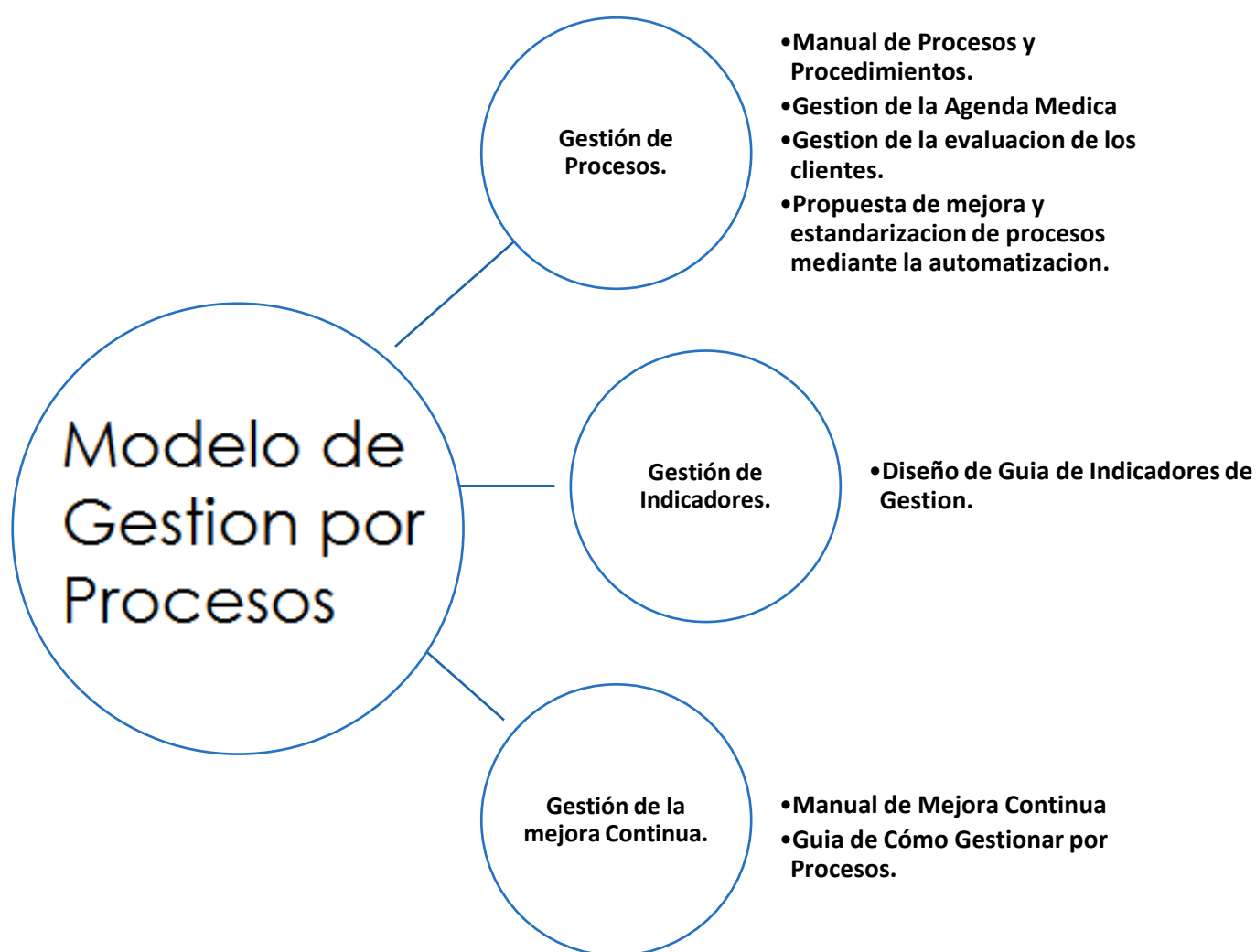


Figura 25 - Planteamiento del Diseño del Modelo de Gestión por procesos



GESTIÓN DE PROCESOS.

La gestión por procesos es una metodología para evaluar y mejorar la gestión o administración de una organización, a diferencia de la gestión por competencias que se basa en medir y desarrollar las aptitudes de los usuarios o empleados o la gestión por funciones que sub-divide la organización en departamentos afines y los ordena de forma jerárquica, la gestión por procesos ordena y clasifica la participación de las personas según el *PROCESO* en el que participa, identificando flujos que agregan valor a la organización y haciendo robusta pero a la vez flexible a los cambios la organización.

Pero antes de introducir la gestión por procesos y controlar toda su cadena de valor, es necesario identificar y modelar la base de la gestión, el cual es el proceso en sí, es por ello que la primera etapa de este diseño comprende la identificación, levantamiento y modelamiento de los diferentes procesos y procedimientos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, este primer paso nos dará las bases para establecer “QUE ES LO QUE SE DEBE GESTIONAR”, y se plasmará en el **MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE**.

Identificados los diferentes procesos existentes en el centro, se procederá también, a cerrar algunas brechas detectadas en la etapa de diagnóstico, y es por ello que se dedicará un apartado para la administración o **gestión de los procesos relacionados a la agenda medica** del centro.

Luego, se procederá al **diseño de mecanismos para la evaluación del cliente interno y externo**, esto con el fin de medir el nivel de calidad o satisfacción del centro.

Se establecerá una propuesta de mejora para la estandarización de procesos mediante el modelamiento y automatización, mediante herramientas de Business Process Management.

Manual de Procesos y Procedimientos

El manual de procesos es un documento que recopila y registra lo que se hace en una organización de manera sistemática y normalizada, el primer paso para la gestión por procesos es identificar y modelar los diferentes procesos, para este estudio se utilizara la simbología ANSI, según la metodología siguiente:

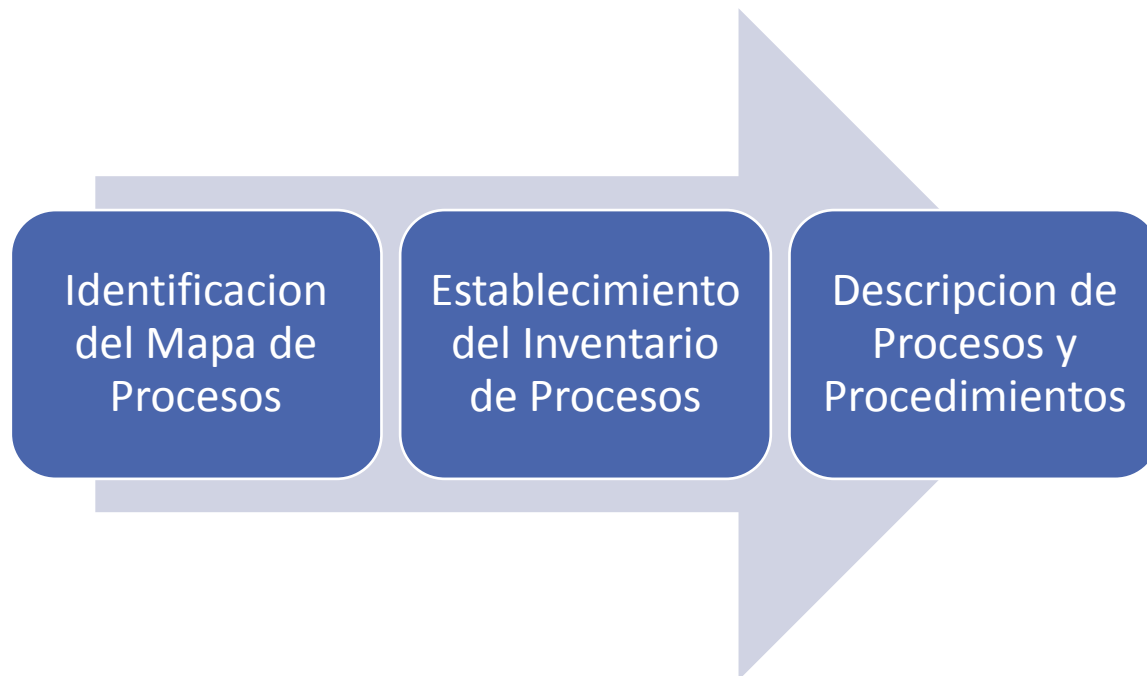


Figura 26 - Metodología Manual de procesos y procedimientos

1. *Identificación del mapa de procesos: Se identificarán y establecerán cuales son los macro-procesos que conforman al Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, para esto se puede hacer uso de la metodología descrita en la etapa de diagnóstico, mediante un panel de expertos y el análisis de los objetivos misionales del Centro. Los macro procesos deberán clasificarse en claves o misionales, de apoyo y estratégicos.*
2. *Establecimiento del inventario de procesos: En este punto se desglosarán todos aquellos procesos identificables, y posteriormente se deberá hacer una evaluación sobre su clasificación según el aporte a la misión del centro.*

3. *Descripción de Procesos y Procedimientos: Se detallara cada proceso inventariado, asignando mediante una ficha, nombre, responsable, límites, y una descripción detallada de las diferentes actividades o procedimiento a seguir.*

Gestión de la Agenda Médica

En este apartado abarcará la planificación y modelamiento del proceso diseñado para la gestión de la agenda médica.

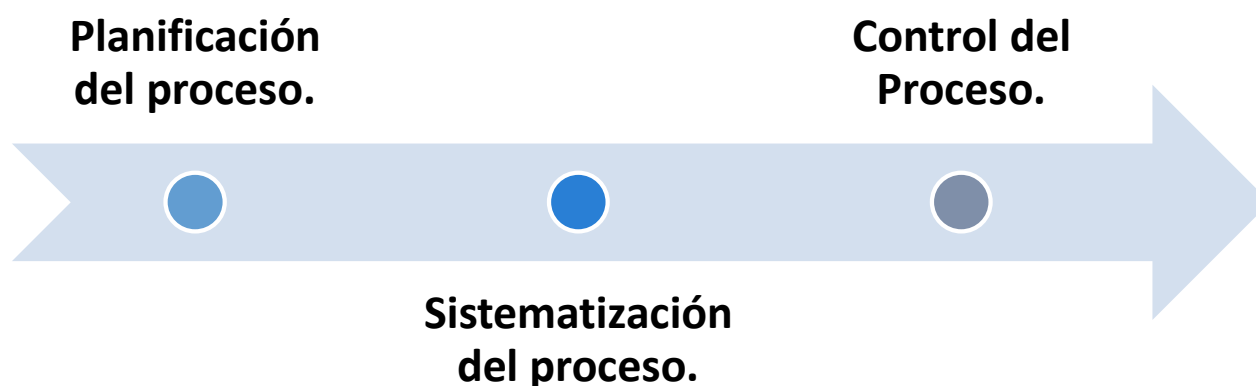


Figura 27 - Metodología Gestión de la Agenda Medica

- *Planificación del Proceso: Se definirá el propósito o finalidad del proceso.*
- *Sistematización del Proceso: Se detallará un orden lógico del proceso mediante diagramas de flujo utilizando el Sistema de símbolos estandarizados (ANSI).*
- *Control del Proceso: El control del Proceso de la Agenda Medica se registrá bajo el diseño de 5 indicadores, su ficha correspondiente será diseñada en el capítulo II dedicado a la gestión de indicadores, en este capítulo solo se describirán brevemente cada uno de ellos.*



Diseño de Mecanismos para la evaluación del cliente externo.

El seguimiento de la información relativa de la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos. Estas medidas de la satisfacción del cliente deben considerarse vitales para la evaluación del desempeño de la organización, se elaboraran procesos definidos para este fin y se establecerán los métodos para obtener y utilizar dicha información.

- *Evaluación de cliente externo: para realizar la evaluación del servicio relativa a la percepción del cliente externo se diseñaran los siguientes mecanismos de captación de información.*

Sub-proceso: Recepción de quejas y/o sugerencias.

- *Este sub-proceso, contendrá la metodología a seguir para la recepción, análisis y seguimiento de todas las quejas que los usuarios de los servicios del CRIO depositen en un buzón debidamente identificado para este fin, estableciendo un procedimiento detallado con responsables definidos para una mejor eficacia en la resolución de las quejas.*

Sub-proceso: Encuesta de satisfacción al cliente externo.

- *Este sub-proceso, contiene un procedimiento mediante el cual se pretende dar una pauta a seguir en cuanto a la medición de la satisfacción del usuario del CRIO mediante instrumentos elaborados metodológicamente, para determinar el nivel de calidad que el usuario percibe sobre la atención.*

Mejora y estandarización de procesos mediante la automatización

La mejora de procesos BPM es una disciplina que consiste en 5 fases:

- 1- Modelización
- 2- Automatización
- 3- Ejecución
- 4- Monitorización
- 5- Optimización

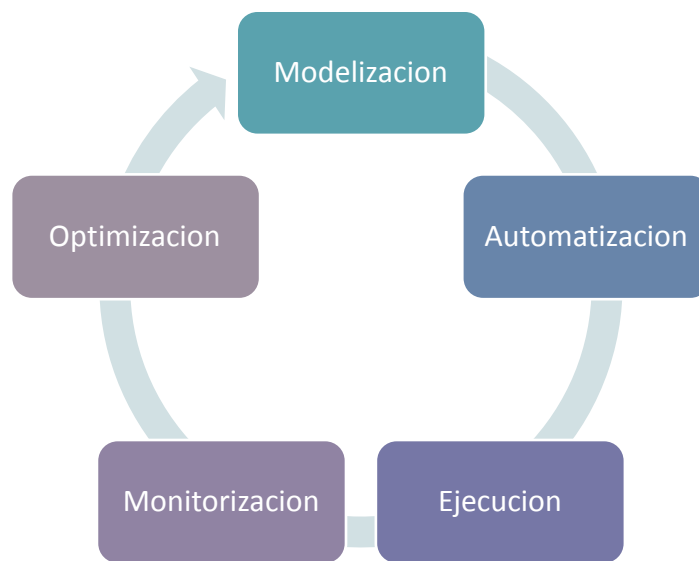


Figura 28 - Metodología Automatización de procesos

Modelización: La primera fase del BPM es para crear un modelo. Un **modelo** es un objeto creado para representar otra cosa.

Durante la **Fase de Modelización**, comenzamos creando un diagrama de alto nivel del proceso. Inicialmente, el objetivo es reunir suficiente detalle para entender conceptualmente cómo funciona el proceso y los principales pasos a seguir sin distraerse con los detalles finos de la forma en que se llevará a cabo. Para esto se retomara la modelización presentada en la etapa de diagnóstico, usando la metodología de IDEF0, lo cual brindara un panorama general de las fases, actores y procedimientos a ejecutar en el proceso.



Automatización: Durante la **Fase de Automatización**, el modelo se amplía para crear el conjunto específico de instrucciones, datos de formularios y reglas necesarias para ejecutar el proceso. Es en este punto donde se toman las decisiones sobre cómo se implementan específicamente los procesos. Para esto se determinara el alcance y prioridad del proceso a utilizar, así también se evaluara el software a utilizar para la automatización.

Ejecución: La **Fase de Ejecución** del BPM consiste en interpretar las instrucciones creadas durante la Fase de Automatización para gestionar el flujo de trabajo desde el principio del proceso hasta su finalización. Dentro del software BPM, el **motor de flujo de trabajo** (workflow engine) es el responsable de la creación de las tareas y dirigir las automáticamente a las personas adecuadas o sistemas basándose en las reglas del proceso, de la misma forma en que un sistema de GPS le proporciona paso a paso las instrucciones de conducción a su destino. Y, al igual que un conductor puede leer las direcciones manualmente a partir de un mapa para lograr el mismo objetivo, los sistemas GPS son mucho más eficientes y permiten al conductor concentrarse en la conducción en lugar de preocuparse por la navegación.

Monitorización: La **Fase de Monitorización** es donde se lleva a cabo la medición, seguimiento y revisión del rendimiento del proceso para las posibles mejoras; para establecer esto, es necesario que el control sea de igual manera un proceso automatizado, por lo cual se creara una base de datos la cual almacenara información sobre la capacidad y rendimiento del proceso y se presentara en tiempo real, para la gestión, análisis de los procesos por parte de la alta gerencia del centro. La fase de monitorización tendrá los siguientes pasos:

Diseño de la base de datos

Modelamiento del proceso

Diseño de la aplicación.

Optimización: Durante la **Fase de Optimización**, los gestores utilizan los datos y las lecciones aprendidas de la Fase de Monitorización como base para cambiar el proceso. La optimización puede incluir cosas tales como la mejora de los formularios de recogida de datos, la adición o eliminación de tareas, la automatización de los pasos que se completaron previamente de forma manual, o la modificación de los informes generados. El objetivo de esta fase es identificar los cambios que mejorarán el proceso, esta



última etapa será el resultado del correcto funcionamiento de las herramientas diseñadas en la automatización, la optimización del proceso y por ende de los recursos se hará por la alta gerencia del centro, como resultado del análisis de los indicadores de proceso.

GESTIÓN DE INDICADORES.

Para implementar una gestión por procesos es necesario el establecimiento de mecanismos que permitan el seguimiento y control de los procesos con el objetivo de medir sus resultados en relación a los planes adoptados y diagnosticar si fuere el caso, las desviaciones a las referencias establecidas. Para ello El capítulo 2 se basara en establecer una guía metodológica para el diseño y gestión de indicadores,

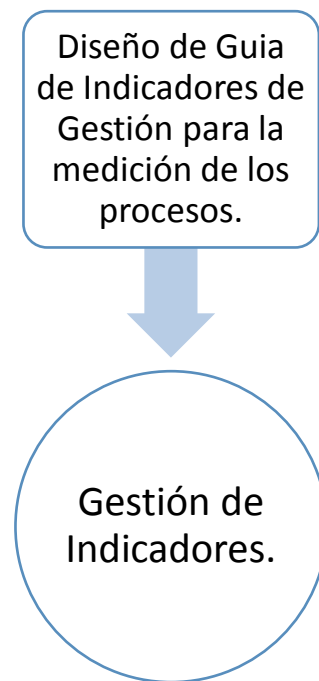


Figura 29 – Gestión de Indicadores

Diseño de Guía de Indicadores de Gestión para la Medición de Procesos

Consistirá en el diseño de indicadores claves que permitirán monitorear el comportamiento de las variables que se desean controlar en el centro. Se establecerán fichas de indicadores los cuales contendrán la información necesaria para el cálculo del indicador y los estándares que faciliten el análisis del resultado obtenido. Para este diseño se utilizara la siguiente metodología, la cual consiste en el ciclo para construcción de indicadores:



Figura 30 - Metodología Gestión de Indicadores

1. **Identificación de la misión:** En esta etapa se identificará cual es la misión del proceso, producto o servicio que se ofrece, y mediante esto se establecerá, que es lo que el indicador tiene que medir para controlar el proceso.
2. **Diseño de indicadores:** Una vez establecidos los servicios, procesos que se desean controlar, se diseñará la metodología de control y gestión de los indicadores la cual comprende:
 - a. Establecer misión del objetivo.
 - b. Establecer mecanismo de toma, registro y análisis del indicador.
 - c. Establecer los parámetros de control del indicador.
3. **Validar Indicadores:** El indicador deberá someterse a una auditoría para la verificación y validación de la información obtenida mediante este, por lo cual se deberá diseñar un procedimiento, para análisis y mejora de indicadores, que sirva de retroalimentación a la gestión de indicadores.
4. **Comunicar e Informar:** Un indicador sirve para medir objetivos específicos en un proceso, es por ello que el indicador se deberá difundir entre los diferentes involucrados del proceso, para que exista concientización con enfoque a objetivos y metas.



GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINÚA.

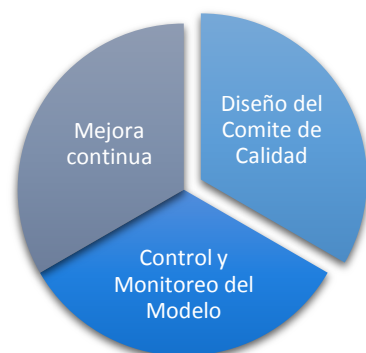
Este capítulo contendrá toda la documentación respectiva al modelo que permita su adecuada gestión, implementación y continuidad esto se hará a través del diseño de un Manual de Mejora Continua que permitirá la evaluación del modelo que permita que sea un modelo sostenible en el tiempo y flexible a cambios y una Guía de cómo gestionar por procesos para que el personal del centro pueda entender la metodología detrás de la creación del modelo diseñado y su funcionamiento.

MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO.

La mejora de los procesos espera lograr la reducción del número de no conformidades detectadas en los servicios que se brindan, dichas inconformidades se refieren a cualquier variación en las características de los servicios que ocasionan el incumplimiento de las necesidades o requisitos de los clientes internos y externos definidos para el servicio.

En el sistema de Gestión por Procesos para el Centro de Rehabilitación de Occidente (CRIO), se integraran los procesos de Medición y Mejora, estos nuevos procesos tienen como propósito orientar al personal en la aplicación de la mejora continua del modelo.

Para la ejecución de estos procesos, se plantea el Manual de Mejora Continua, que tendrá los siguientes apartados:





1. **Diseño del comité de Calidad:** Abarcara los aspectos necesarios para conformar un equipo de calidad en el CRIO, a través de una propuesta de conformación que contiene los Perfiles necesarios de los miembros integrantes del Comité de Calidad, Funciones de cada uno de sus miembros y sus respectivas aptitudes y habilidades requeridas.

El comité será el encargado de realizar evaluaciones internas de calidad, que darán como resultados acciones de mejora al modelo a través de la Implantación de acciones correctivas y preventivas con la evaluación de las inconformidades encontradas y problemas en la implantación del Sistema de Gestión por Procesos, orientando a la ejecución de acciones correctivas y preventivas pertinentes, además de un seguimiento de todas las acciones planteadas para lograr las metas deseadas.

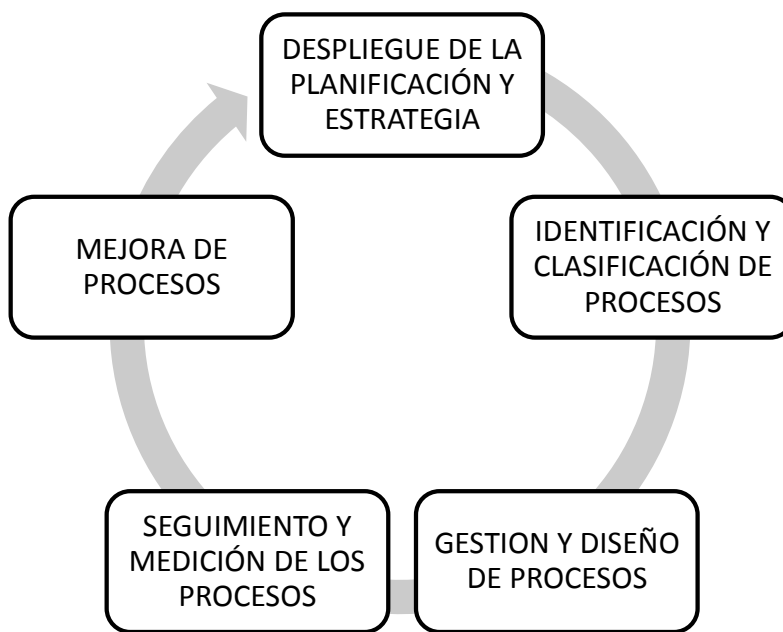
2. **Control y monitoreo del Modelo:** En esta etapa del manual se recopilarán todos los indicadores que el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente necesita medir, para controlar los procesos del modelo, además el diseño del proceso de Medición y control para este fin.
3. **Mejora continua:** La mejora continua del modelo se basa en la evaluación continua, a través de la aplicación del Ciclo de Shewhart: (Plan, Do, Check, Act), (planificar, hacer, verificar, actuar) de todos los aspectos que conforman el modelo: su diseño, ejecución, las medidas de control y su ajuste.

El modelo de Mejora continua será utilizado dentro del modelo de Gestión por Procesos para identificar problemas o áreas de mejora y garantizar su adaptación continua a la situación del Centro.

GUIA DE CÓMO GESTIONAR POR PROCESOS.

Se elaborara un manual en el cual se plantean los pasos a seguir para elaborar un Modelo de Gestión por Procesos, detallando punto por punto que se debe hacer para poder llegar a una solución eficaz y acorde a las exigencias de calidad de clientes internos y externos.

A continuación se detalla la secuencia para aplicar un modelo de gestión por procesos, el manual explicara de una forma clara y concisa como aplicar esta técnica.



La implantación de la gestión de procesos se ha revelado como una de las herramientas de mejora de la gestión más efectivas para todos los tipos de organizaciones, además permite alinear las actuaciones por parte de una organización hacia determinados resultados.

Despliegue de la Planificación y estratégica El despliegue de la planificación y estrategia se consigue a través de un análisis de la razón de ser de la institución a través de su Misión, Visión para poder posteriormente relacionar los procesos con la misión y Visión de la institución y como estos influye y se orientan hacia la consecuencia de resultados. Para ello se requerirá:

- *Concientización de la Dirección*
- *Constitución de grupos de trabajo*
- *Capacitación del grupo de trabajo*
- *Análisis de misión y visión*



Identificación y clasificación de procesos: Consistirá en la identificación de los procesos que deben y conforman a la institución y la determinación e interpretación de las interrelaciones existentes entre los mismos a través de un mapa de procesos que viene a ser a la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el modelo de gestión. Para ello se requerirá:

- *Identificación de los grupos de interés, clientes/ usuarios*
- *Identificación de procesos de la organización y su finalidad*
- *Construcción del Mapa de Procesos.*
- *Selección de Procesos Críticos.*

Gestión y Diseño de procesos: tendrá como finalidad determinar los criterios y métodos para asegurar que las actividades que comprenden dicho proceso se llevan a cabo de manera eficaz, al igual que el control del mismo. Esto implica que la descripción de los procesos se centrara en todas aquellas características relevantes que permitan el control de los mismos y la gestión del proceso. Para ello se requerirá:




- *Descomposición de procesos en subprocesos, actividades.*
- *Descripción de las características de cada proceso.*

Seguimiento y medición de procesos: con el fin de conocer los resultados que se están obteniendo y si estos resultados cumplen con los objetivos previstos se desarrollara el seguimiento y la medición de los procesos, ya que no se puede considerar que un modelo de gestión tiene un enfoque basado en procesos si, aun disponiendo de un buen mapa de proceso y unos diagramas y fichas de procesos coherentes el modelo no se preocupa por conocer sus resultados. Para ello se requerirá:

- *Diseño de indicadores del proceso*
- *Seguimiento y control de los procesos /Medición y evaluación de objetivos: indicadores*

Gestión y mejora de procesos: consistirá en la identificación de los procesos que no alcanzan los resultados planificados y de aquellos donde existen oportunidades de mejora fin de aumentar la capacidad del proceso para cumplir con los requisitos establecidos, es decir, para aumentar la eficacia y/o eficiencia del modelo. Para ello se requerirá:



-  *Diseño de Comité de Calidad.*
-  *Evaluaciones internas de calidad.*
-  *Mejora continua (Implantación de acciones correctivas y preventivas).*

3.2 Funcionamiento del Modelo de Gestión por Procesos

A continuación se plantea como se relaciona el modelo de gestión por procesos que se diseñó en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO), de una forma en la que se garantice la mejora continua de una forma integral y eficiente.

Todas las partes de nuestro modelo se interrelacionan de manera que entre ellas se retroalimenten y fluyan de una forma que garantice la eficacia en la aplicación del modelo, las cuales se representan en forma gráfica en la figura siguiente:

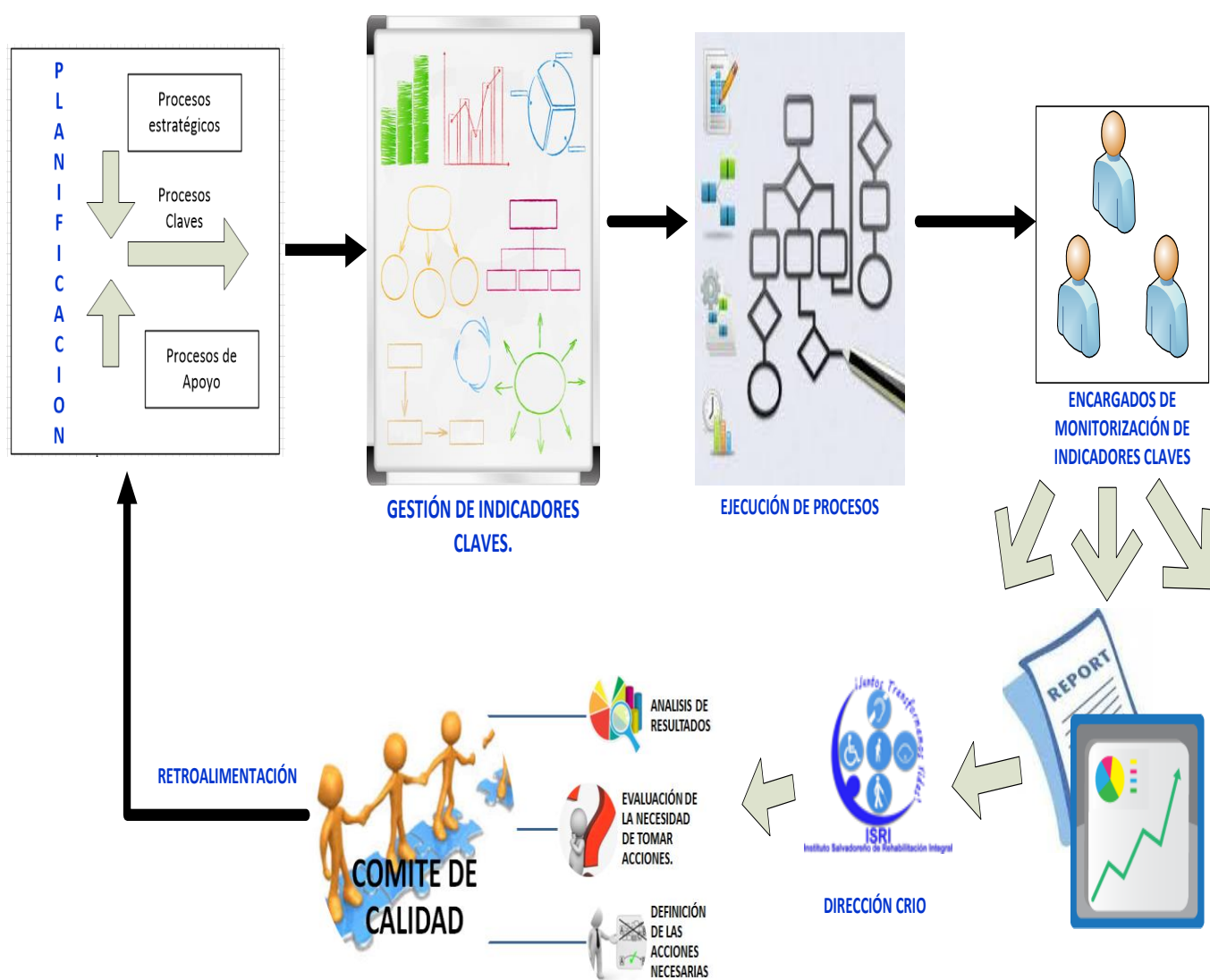
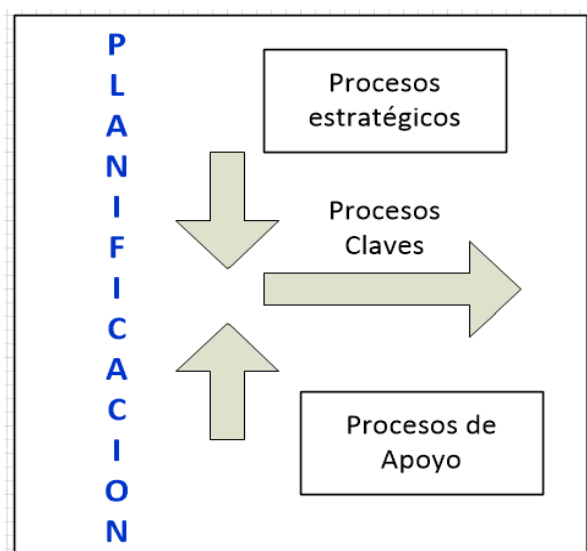


Figura 31 - funcionamiento del modelo de gestión por procesos

En el Diagrama anterior se puede observar el funcionamiento general del Modelo de Gestión por Procesos a implementarse en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, la forma en la que se interrelaciona y funciona de una forma eficaz y eficiente, logrando crear un ciclo de mejora continua. A continuación se detalla el funcionamiento general del modelo dentro del Centro:

Planificación:

El inicio y en su vez el final del ciclo es en donde se modela la forma adecuada de realizar los procesos, los procedimientos y actividades de toda la gestión del centro; y se definen las acciones para la mejora de la eficiencia, efectividad y funcionamiento de la organización para ello nos basamos en el análisis de los resultados de los indicadores claves.



La planificación empieza con la recolección inicial y posterior elaboración de un inventario de todos los procesos que conforman el CRIO, los cuales se subdividen en categorías con respecto a su naturaleza, formando grupos los cuales permiten tener un mayor control sobre ellos para posteriormente lograr analizarlos e clasificarlos en el mapa de procesos.

En el Mapa de procesos se definirían los procesos claves o misionales que son la razón de ser de las organizaciones, en la cual se encuentran en su mayoría

las oportunidades de mejora, estratégicos que tienen que ver con la alta dirección de la institución y de apoyo que son procesos que sirven de una manera indirecta pero no menos importante para conseguir los objetivos.

Definiendo así de esta forma todos los procesos que están alineados al objetivo misional del centro que es brindar un servicio integral de rehabilitación que en su caso son los primeros procesos en analizarse. Ya una vez implementándose el modelo la planificación se retroalimenta de mediciones, controles, indicadores y problemas encontrados en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO),



analizando los procesos y procedimientos para determinar las necesidades encontradas y rediseñándolos continuamente a fin de mejorar la gestión del Centro.

A través del diseño del Mapa de procesos y procedimientos actuales del Centro, la creación de procesos para la administración de la agenda médica, el diseño de procesos para la evaluación de la satisfacción de los clientes externos e internos y la propuesta de automatización de los procesos claves se pretende otorgarle al centro toda la documentación necesaria para establecer la manera correcta de realizar sus procesos y sub-procesos, definiendo responsables, los insumos o información necesaria para que el proceso se desarrolle, los controles o indicadores que miden los procesos y los productos que brinda o que se espera alcanzar en cada uno. Esto sirve para estandarizar y entender los procesos y cómo interactúan entre sí para poder llegar al fin último que es brindar un servicio integral de rehabilitación.

El desarrollo del manual de procesos y procedimientos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) se realizara mediante la simbología American National Standard Institute (ANSI), el cual permite el modelamiento de diagramas de flujo para procesos administrativos⁹

Para los procesos claves objeto de estudio, se utilizó la herramienta Business Process Modeler, que consiste en crear un diagrama de alto nivel del proceso, usando la metodología IDEF0. Luego de modelarlos con la metodología antes descrita, se procede a su automatización utilizando la herramienta Bonita Soft, la cual permite que el flujo del proceso se haga de una forma eficiente y que sus controles sean registrados inmediatamente.

A su vez, se diseñaran diferentes procesos, los cuales se definió la necesidad de elaborarse en la etapa de diagnóstico desarrollándolos para cubrir en el modelo de gestión como parte integral para la fluidez y eficiencia en la prestación de un servicio integral. Se diseñaron procesos de mecanismos para la evaluación de clientes internos y externos, lo que permite cubrir uno de los hallazgos en la evaluación de la situación actual, que era medir la percepción que ambos clientes tienen de la calidad recibida y ofrecida según el caso.

⁹ La simbología y la forma de aplicación de la metodología se describe más a fondo en el manual de procesos y procedimientos del CRIO.

Así como también se planteó un proceso para gestionar la agenda médica, el cual utilizara siempre la metodología ANSI, el cual se apoyara mediante una herramienta informática la cual ayudara al control y eficiencia de este procesos, que cubre una de las problemáticas más importantes encontradas en el diagnóstico.

Gestión de Indicadores Claves, Ejecución y Monitorización de Indicadores Claves:

Gestión de Indicadores Claves.

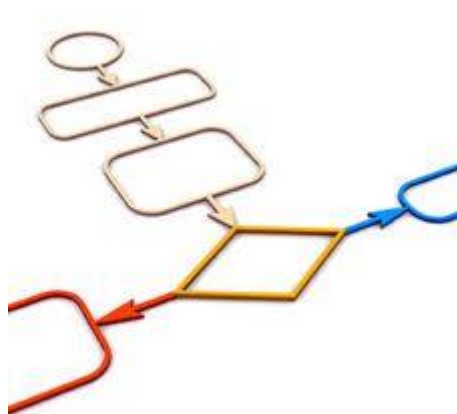


Se planifican los resultados óptimos que deben obtenerse en cada uno de los procesos analizados, esto para poder comparar contra un estándar definido, posteriormente de la primera medición se ajustaran estos estándares obteniendo datos reales para una mejor eficiencia en la aplicación de indicadores.

Se diseñan los indicadores para cada uno de los procesos, determinando las personas encargadas de su medición y la forma en que se maneja y analizara dicha información.

Aquí se establece cada indicador clave para monitorear el modelo, definiendo todas las características necesarias para su medición, control y análisis.

Ejecución de procesos y Monitorización de indicadores clave:



Una vez definidos cada indicador clave del modelo, y procediendo a la ejecución de los procesos del mismo, cada indicador determinado será monitoreado y calculado de una forma preestablecida, por las personas definidas para esa labor; las cuales recolectaran y analizaran los datos recogidos en dichos procesos, y los documentaran a través de **Reportes** en los cuales se detallara de una forma ordenada y resumida los resultados obtenidos en el alcance de las metas y estándares planteados anteriormente.



Estos encargados de monitorear, pueden ser personas ajenas al proceso o personas que administren o son dueños de estos procesos, dependiendo de los resultados que se espere obtener en ellos, a su vez pueden ser las mismas personas que conformen en su momento el comité de calidad, que será el ente que gestione la información que se obtiene.

Comité de Calidad:



Igualmente llamados equipos de mejora o círculos de calidad conformados por la Dirección del CRIO y preferiblemente por las personas encargadas de la monitorización de los procesos o personas claves de amplio conocimiento acerca de la gestión del centro.

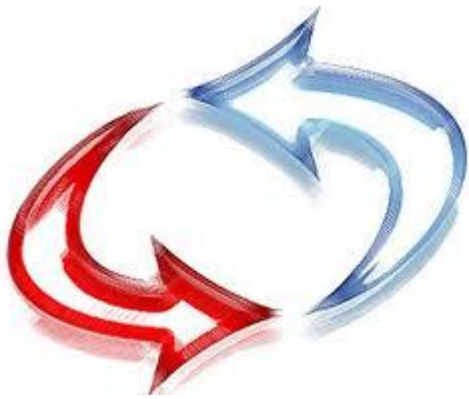
Estas personas tendrán la responsabilidad del análisis de los indicadores a fin de evaluar aspectos de mejora, posibles fallas, identificación de futuras problemáticas o si las problemáticas identificadas ameritan la atención del equipo para resolverlo, cuantificar su impacto, y determinar las acciones necesarias para su solución.

Deberán dar seguimiento a cada uno de los problemas encontrados, priorizándolos para definir la factibilidad de plantear mejoras para corregir y mejorar los diferentes procesos.

Se definirá quienes serán los encargados de realizar las mejoras, definiendo recursos y gestionando para la realización de estas.

Los resultados arrojados, servirán para retroalimentar desde un inicio el modelo de Gestión, cumpliendo de esta forma con un círculo de mejora continua.

Retroalimentación de la planificación:



Los resultados, insumos, hallazgos y toda información que se recolecta a través del modelo de gestión, servirá para retroalimentar el círculo del modelo de gestión, para mejorar continuamente los procesos y por ende la prestación de un servicio integral y de calidad.

Una vez implementadas las soluciones se deberán medir los resultados alcanzados, a través de los indicadores del proceso, presentando datos de cómo estábamos antes y como estamos ahora. Después de implementada la solución y comprobado que se logró resolver el problema se deberá estandarizar su solución y evitar su reaparición. Estandarizar la solución es documentar los cambios surgidos en un procedimiento para no volver a caer en situaciones que ya habíamos corregido así los procesos del modelo se rediseñaran a fin de cumplir las necesidades actuales del centro e ir adecuando el modelo a necesidades específicas según se requiera.

Se documentaran los resultados obtenidos en la implementación de mejoras y modificaciones en los procesos, estos deberán de organizarse en forma periódica y separados por fecha para ser archivados.



CAPITULO IV: GESTIÓN DE PROCESOS.

4.1 Manual de Procesos y Procedimientos

Un manual de procedimientos es un instrumento administrativo que apoya el quehacer cotidiano de las diferentes áreas de una empresa y organización. En los manuales de procedimientos son consignados, metódicamente tanto las acciones como las operaciones que deben seguirse para llevar a cabo las funciones generales de la empresa. Además, con los manuales puede hacerse un seguimiento adecuado y secuencial de las actividades anteriormente programadas en orden lógico y en un tiempo definido. Los procedimientos, en cambio, son una sucesión cronológica y secuencial de un conjunto de labores concatenadas que constituyen la manera de efectuar un trabajo dentro de un ámbito predeterminado de aplicación. Todo procedimiento implica, además de las actividades y las tareas del personal, la determinación del tiempo de realización, el uso de recursos materiales, tecnológico y financiero, la aplicación de métodos de trabajo y de control para lograr un eficiente y eficaz desarrollo en las diferentes operaciones de una empresa.

Las ventajas de contar con manuales de procedimientos son:

- a. Auxilian en el adiestramiento y capacitación del personal.*
- b. Auxilian en la inducción al puesto.*
- c. Describen en forma detallada las actividades de cada puesto.*
- d. Facilitan la interacción de las distintas áreas de la empresa.*
- e. Indican las interrelaciones con otras áreas de trabajo.*
- f. Permiten que el personal operativo conozca los diversos pasos que se siguen para el desarrollo de las actividades de rutina.*
- g. Permiten una adecuada coordinación de actividades a través de un flujo eficiente de la información.*
- h. Proporcionan la descripción de cada una de sus funciones al personal.*

Si bien, es necesario identificar cuáles son los diferentes procesos y procedimientos en una organización, es necesario mantener un registro actualizado mediante la cual se establezca revisión y mejora de los mismos. El primer paso luego de la identificación de procesos, es el modelamiento, el cual consiste en

representar gráficamente o en un lenguaje grafico el flujo del proceso. Un diagrama de flujo elaborado con un lenguaje grafico incoherente o no accesible transmite un mensaje deformado e impide comprender el procedimiento que se pretende estudiar. Es por ello que es necesario establecer o contar con una metodología o simbología que tenga un significado preciso, y de convenir en reglas claras para su utilización. Para este estudio se utilizaran la simbología de la American National Standard Institute (ANSI por sus siglas en ingles), la cual permite el modelamiento de diagramas de flujo para procesos administrativos, los cuales se mencionan a continuación:

| SIMBOLO | REPRESENTA | SIGNIFICADO |
|---------|------------------------|--|
| | INICIO / FIN | Indica el principio o el fin del flujo. Puede ser acción o lugar, además, se usa para indicar una oportunidad administrativa o persona que recibe o proporciona información. |
| | ACTIVIDAD | Describe las funciones que desempeñan las personas involucradas en el procedimiento. |
| | DOCUMENTO | Representa cualquier documento que entre, se utilice, se genere o salga del procedimiento. |
| | DECISION O ALTERNATIVA | Indica un punto dentro del flujo en donde se debe tomar una decisión entre dos o más opciones. |
| | ARCHIVO | Indica que se guarde un documento en forma temporal o permanente. |
| | CONECTOR DE PAGINA | Representa una conexión o enlace con otra hoja diferente, en la que continua el diagrama de flujo |
| | CONECTOR | Representa una conexión o enlace de una página del diagrama de flujo con otra parte del mismo. |

Figura 32 - Significado metodología ANSI

La simbología anteriormente descrita, es la que se usara para la elaboración del manual de procesos y procedimientos del Centro de Rehabilitación de Occidente, el cual se presenta a continuación:

**MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS
DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
DE OCCIDENTE.**



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRI0-13-001

PAGINA:
2 / 182

TITULO: INDICE.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
AGOSTO 2014

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
AGOSTO 2014

INDICE

| | | |
|-------------|--|-----------|
| I. | PRESENTACIÓN | 5 |
| II. | INTRODUCCIÓN | 6 |
| III. | OBJETIVOS | 7 |
| IV. | PLANEACION ESTRATEGICA | 8 |
| V. | MAPA DE PROCESOS | 11 |
| V.1 | CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS. | 11 |
| VI. | INVENTARIO DE PROCESOS | 13 |
| VI.1 | PROCESOS ADMINISTRATIVOS. | 13 |
| VI.2 | PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN. | 14 |
| VI.3 | PROCESOS DE GESTION DE CAPITAL HUMANO. | 15 |
| VI.4 | PROCESOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL | 15 |
| VI.5 | PROCESOS DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA | 15 |
| VI.6 | PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD | 16 |
| VI.7 | PROCESOS DE GESTION GERENCIAL | 16 |
| VI.8 | PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES. | 17 |
| 1 | PROCESOS ADMINISTRATIVOS | 18 |
| 1.1 | GESTIÓN DE BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES. | 18 |
| 1.1.1 | SUB PROCESO: LEVANTAMIENTO FÍSICA DE INVENTARIOS DE BIENES DE LARGA DURACIÓN | 20 |
| 1.1.2 | SUB PROCESO: PRÉSTAMO DE BIENES MUEBLES ENTRE AMBIENTES | 23 |
| 1.1.3 | SUB PROCESO: PRÉSTAMO DE BIENES MUEBLES ENTRE DEPENDENCIAS DEL ISRI. | 25 |
| 1.1.4 | SUB PROCESO: TRANSFERENCIA DE BIENES MUEBLES ENTRE AMBIENTES | 27 |
| 1.1.5 | SUB PROCESO: TRANSFERENCIAS DE BIENES MUEBLES ENTRE DEPENDENCIAS DEL ISRI. | 29 |
| 1.1.6 | SUB PROCESO: DESCARGO DE BIENES MUEBLES | 32 |
| 1.1.7 | SUB PROCESO: PERDIDA Y/O REPOSICION DE BIENES | 37 |
| 1.2 | MANEJO DE CAJA CHICA. | 40 |
| 1.2.1 | SUB PROCESO: APERTURA DE FONDO DE CAJA CHICA. | 42 |
| 1.2.2 | SUB PROCESO: SOLICITUD Y ADQUISICIÓN DE COMPRA A TRAVES DE FONDO DE CAJA CHICA. | 45 |
| 1.2.3 | SUB PROCESO: REINTEGRO DE FONDO DE CAJA CHICA. | 48 |
| 1.2.4 | SUB PROCESO: LIQUIDACIÓN DE CAJA CHICA | 51 |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
3 / 182

TITULO: INDICE.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
AGOSTO 2014

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
AGOSTO 2014

| | | |
|----------|---|------------|
| 1.3 | CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PAA (PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES) | 54 |
| 1.3.1 | SUB PROCESO: SEGUIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS INCLUIDOS EN EL PAA | 56 |
| 1.3.2 | SUB PROCESO: CONTROL DE CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS | 59 |
| 1.4 | GESTIÓN Y CONTROL DE TRANSPORTE | 62 |
| 1.4.1 | SUB PROCESO: CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL USO DEL TRANSPORTE | 64 |
| 1.4.2 | SUB PROCESO: SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE (MANEJO Y CONTROL DE CUPONES) | 66 |
| 1.5 | GESTIÓN DE DONACIONES | 69 |
| 1.6 | ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE PRESUPUESTO | 73 |
| 1.6.1 | SUB PROCESO: ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO ANUAL | 74 |
| 1.6.2 | SUB PROCESO: CONTROL DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO | 77 |
| 1.7 | CONTROL DE ASISTENCIA Y PERMANENCIA EN LOS LUGARES DE TRABAJO | 80 |
| 1.7.1 | SUB PROCESO: CONTROL DE MARCACIÓN LLEGADAS TARDÍAS | 81 |
| 1.1.1 | SUB PROCESO: ADMINISTRACIÓN DE PERMISOS Y LICENCIAS | 83 |
| 1.7.2 | SUB PROCESO: CONTROL DE MISIONES OFICIALES | 86 |
| 2 | PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN | 88 |
| 2.1 | MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES Y EQUIPO | 88 |
| 1.1.1 | SUB- PROCESO: MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INSTALACIONES Y EQUIPO | 89 |
| 2.1.1 | SUB- PROCESO: MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE INSTALACIONES Y EQUIPO | 92 |
| 2.2 | MANTENIMIENTO VEHICULAR | 95 |
| 2.2.1 | SUB- PROCESO: MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOS | 96 |
| 2.3 | SOPORTE INFORMÁTICO | 99 |
| 2.3.1 | SUB- PROCESO: ASISTENCIA REMOTA O PRESENCIAL | 100 |
| 2.4 | SEGURIDAD Y VIGILANCIA | 103 |
| 2.4.1 | SUB- PROCESO: ORIENTACIÓN Y CONTROL DEL INGRESO DE PERSONAS A LA INSTITUCIÓN | 104 |
| 2.4.2 | SUB- PROCESO: REGISTRO DE INGRESO Y SALIDA DE EQUIPO | 107 |
| 2.4.3 | SUB- PROCESO: REGISTRO DE SALIDAS U CONDICIÓN DE VEHÍCULOS CON MISIÓN OFICIAL | 110 |
| 3 | PROCESOS DE GESTIÓN DE CAPITAL HUMANO | 113 |
| 3.1 | CAPACITACIÓN DEL PERSONAL | 113 |
| 3.1.1 | SUB- PROCESO: CAPACITACIONES INTERNAS | 114 |
| 3.1.2 | SUB- PROCESO: CAPACITACIONES EXTERNAS | 117 |
| 4 | PROCESOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL | 120 |
| 4.1 | INGRESAR USUARIOS | 120 |
| 4.1.1 | SUB-PROCESO: RECEPCIÓN Y TOMA DE DATOS | 121 |
| 4.1.2 | SUB- PROCESO: INGRESO A SERVICIOS MÉDICOS | 123 |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
4 / 182

TITULO: INDICE.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
AGOSTO 2014

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
AGOSTO 2014

| | | |
|-------|--|-----|
| 4.1.3 | SUB- PROCESO: INGRESO A SERVICIOS TERAPEUTICOS..... | 125 |
| 4.2 | INTERVENIR USUARIOS..... | 127 |
| 4.2.1 | SUB-PROCESO: INTERVENCIÓN EN SERVICIOS MÉDICOS..... | 128 |
| 4.2.2 | SUB-PROCESO: INTERVENCIÓN EN SERVICIOS TERAPÉUTICOS..... | 130 |
| 4.2.3 | SUB-PROCESO: INTERVENCIÓN EN SERVICIOS PSICOLÓGICOS..... | 133 |
| 4.2.4 | SUB-PROCESO: INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL..... | 135 |
| 4.3 | EGRESAR USUARIOS..... | 137 |
| 4.3.1 | SUB-PROCESO: EGRESO POR SOLICITUD DE USUARIO..... | 138 |
| 4.3.2 | SUB-PROCESO: EGRESO POR CUMPLIMIENTO DE PLAN DE REHABILITACIÓN..... | 140 |
| 4.3.3 | SUB-PROCESO: EGRESO POR INCUMPLIMIENTO DEL USUARIO..... | 142 |
| 4.3.4 | SUB-PROCESO: EGRESO POR TRANSFERENCIA A OTRO CENTRO..... | 144 |
| 5 | PROCESOS DE REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA..... | 146 |
| 5.1 | ESTABLECIMIENTO DE RED DE APOYO DE LA COMUNIDAD..... | 148 |
| 5.2 | INTERVENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD DENTRO DE LA COMUNIDAD..... | 152 |
| 6 | PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD..... | 155 |
| 7 | PROCESOS DE GESTIÓN GERENCIAL (GESTIÓN DE PLANEACIÓN, CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL)..... | 158 |
| 7.1 | DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO..... | 158 |
| 7.1.1 | SUB-PROCESO: GESTIÓN DEL PLAN ANUAL OPERATIVO..... | 159 |
| 7.1.2 | SUB-PROCESO: GESTIÓN DE LOS PLANES DE TRABAJO ANUALES POR AREA..... | 161 |
| 7.2 | GESTIÓN DE LA CALIDAD..... | 163 |
| 7.2.1 | SUB-PROCESO: GESTIÓN DE LA MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA CONTINUA..... | 164 |
| 7.2.2 | SUB-PROCESO: GESTIÓN DE COMITÉS DE APOYO A LA DIRECCIÓN..... | 166 |
| 7.2.3 | SUB-PROCESO: CONTROL DE RIESGOS INSTITUCIONALES..... | 169 |
| 7.3 | COMUNICACIÓN Y PROMOCIÓN..... | 171 |
| 7.3.1 | SUB-PROCESO: PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS DE CRIO..... | 172 |
| 7.3.2 | SUB-PROCESO: FORTALECIMIENTO DE LA RED DE APOYO SOCIAL A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN DE GRUPOS DE INTERÉS..... | 175 |
| 8 | PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA TOMA DE DECISIONES..... | 178 |
| 8.1 | ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA TOMA DE DECISIONES..... | 178 |
| 8.1.1 | SUB-PROCESO: GESTIÓN DEL UTEC Y EPI..... | 179 |
| 8.1.2 | SUB-PROCESO: GESTIÓN DEL PERC..... | 181 |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
5 / 182

TITULO: PRESENTACION.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

I. PRESENTACIÓN

El presente manual de procesos y procedimientos pretende establecer una guía para el buen funcionamiento del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) a través de poder describir y detallar cada una de las actividades contenidas en los procesos de manera que la información que se procese se caracterice por ser confiable, oportuna, suficiente y pertinente y de cumplimiento al Art. 31 del reglamento de normas técnicas de control interno específicas del instituto salvadoreño de rehabilitación Integral (ISRI), con el fin de evitar caer en formas de ejecución de tareas incorrectas que consuman tiempos innecesarios o caer en errores por la falta de comprensión de las actividades a ejecutarse, es de esta manera que este documento presenta de forma estandarizada la correcta efectuación de los procesos y procedimientos a desarrollarse dentro de la institución.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
6 / 182

TITULO: INTRODUCCION.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

II. INTRODUCCIÓN

“El manual de Procesos y Procedimientos” es una herramienta necesaria para el aseguramiento de la calidad de los servicios que se ofrece en el Centro de Rehabilitación Central de Occidente (CRIO) ” facilita la identificación de los elementos básicos de los procesos, especifica los procedimientos que lo integran, los insumos, los usuarios de los servicios, los responsables del proceso, los indicadores que determinan si los resultados están o no cumpliendo con los estándares de calidad especificados”

El Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, CRIO como entidad del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) , inició sus labores hace veinte y ocho años, teniendo como área de influencia el Occidente del País, con la responsabilidad de la provisión de servicios de rehabilitación oportunos y de calidad en las áreas de Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Terapia Educativa, Educación Física Adaptada, Consulta Médica Especializada y Psicología, a la población con discapacidades físicas, intelectuales, sensoriales, mixtas y todas aquellas psicológicas derivadas de una discapacidad

Por lo anterior se hace indispensable contar con un manual de procesos y procedimientos que permita identificar plenamente las etapas que comprenden estas actividades, desde su origen hasta la terminación de la prestación de los servicios de rehabilitación que presta el centro.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
7 / 182

TITULO: MAPA DE PROCESOS.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Contar con un instrumento técnico-administrativo que proporcione a los procesos y procedimientos la uniformidad, contenido y presentación que permita optimizar el cumplimiento de las actividades del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Establecer los procesos y procedimientos adecuados, que se ajusten a las necesidades de la institución, y que adicionalmente faciliten el desarrollo de los diferentes procesos y procedimientos.
- Facilitar la incorporación de nuevo personal a la institución, contribuyendo con ello, a contar con herramientas técnicas que permitan, a quienes laborarán en las diferentes áreas, el conocimiento a mayor profundidad de los procesos y procedimientos que se desarrollaran en dichas áreas.
- Instituir la aplicación del Manual de Procesos y Procedimientos, de acuerdo con criterios técnicos, prácticos y estandarizados de trabajo, para que los servidores públicos del Instituto de Rehabilitación Integral de Occidente ejecuten sus actividades en observancia con lo que éste establece, y las desarrollen con calidad, eficiencia y prontitud.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
8 / 182

TITULO: MAPA DE PROCESOS.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

IV. PLANEACION ESTRATEGICA

MISION

- Somos la Institución pública autónoma cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario y su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social.

VISION

- Ser una institución en servicios de rehabilitación integral para personas con discapacidad, reconocida por su excelencia a nivel nacional e internacional.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

1. Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas físicas, intelectuales, sensoriales, psicológicas y mixtas.
2. Promover y desarrollar programas de orientación, capacitación vocacional e inserción productiva para personas con discapacidad.
3. Contribuir a la rehabilitación, vida independiente e integridad de los adultos mayores.
4. Intervenir tempranamente las discapacidades en las diferentes áreas de atención.
5. Contribuir en la prevención y detección temprana de las discapacidades.
6. Promover la equiparación de oportunidades para la plena participación social de las personas con discapacidad.
7. Promover la investigación orientada a la consecución de sus fines.
8. Dirigir el desarrollo institucional.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
9 / 182

TITULO: MAPA DE PROCESOS.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

PLATAFORMA ESTRATÉGICA

En las acciones de rehabilitación, educación e integración del proceso de la rehabilitación integral cobran una importancia fundamental las dimensiones de desarrollo personal y social. Frente a esto, las últimas iniciativas de participación social en salud han contribuido a transformar la visión sobre la discapacidad, sus causas, las formas de aceptarla y de integrar a estas personas.

Sin embargo, estas acciones aún se desenvuelven en escenarios clínicos, restringiendo los ámbitos de desarrollo comunitario y social dado el uso y significado de estos recintos dentro de la memoria colectiva de la sociedad.

En esta esfera de análisis es principalmente la acción de la integración la que se ve más obstruida a causa de una infraestructura inadecuada y de carencias programáticas, que actualmente se centran en actividades terapéuticas de mantención o complementarias, en otras palabras el de un modelo asistencialista o médico, las que no involucran al resto de la comunidad disminuyendo considerablemente el proceso de la rehabilitación integral.

Sin duda, la estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) busca salvar estos obstáculos y, a la vez, generar sistemas sustentables y de retroalimentación entre los grupos organizados de Personas con discapacidad (PcD) y la comunidad, alcanzando la integración y eliminando la condición de minusvalía.

Cuando se plantea la estrategia de RBC, se asume que la integración se hace real cuando, por parte de la sociedad y de las propias Personas con Discapacidad, se acepta la diversidad, permitiendo la convivencia de todos en igualdad, reconociendo que cada individuo es una persona y no un paciente. Si no se producen los espacios e instancias para el desarrollo comunitario en salud, no es posible la integración de las Personas con Discapacidad.

El énfasis de la rehabilitación integral tal y como está contemplada en la Visión del ISRI, trasciende más allá de la atención médica y se potencia en la participación activa de las personas con discapacidad, de sus familiares, de actores y líderes locales y de todos los sectores involucrados dentro del desarrollo comunitario. Funciona sobre la convicción de una rehabilitación integral, orientada a la plena integración social, basada en la transformación de la sociedad para aceptar la diversidad de todos los seres humanos y su igualdad de derechos sin discriminaciones de ninguna índole.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
10 / 182

TITULO: MAPA DE PROCESOS.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

Por todo lo anterior el Plan Estratégico Institucional 2010-2014 del ISRI toma como base la premisa de una verdadera rehabilitación integral y está compuesto por seis Ejes Estratégicos que son sus pilares fundamentales. Estos Ejes han sido definidos teniendo en cuenta el diagnóstico situacional del ISRI que se desarrolló en 2009 con la plena participación de los actores clave y están sustentados en el Plan de Gobierno 2010-2014.

EJES ESTRATEGICOS DEL ISRI.





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
11 / 182

TITULO: MAPA DE PROCESOS.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

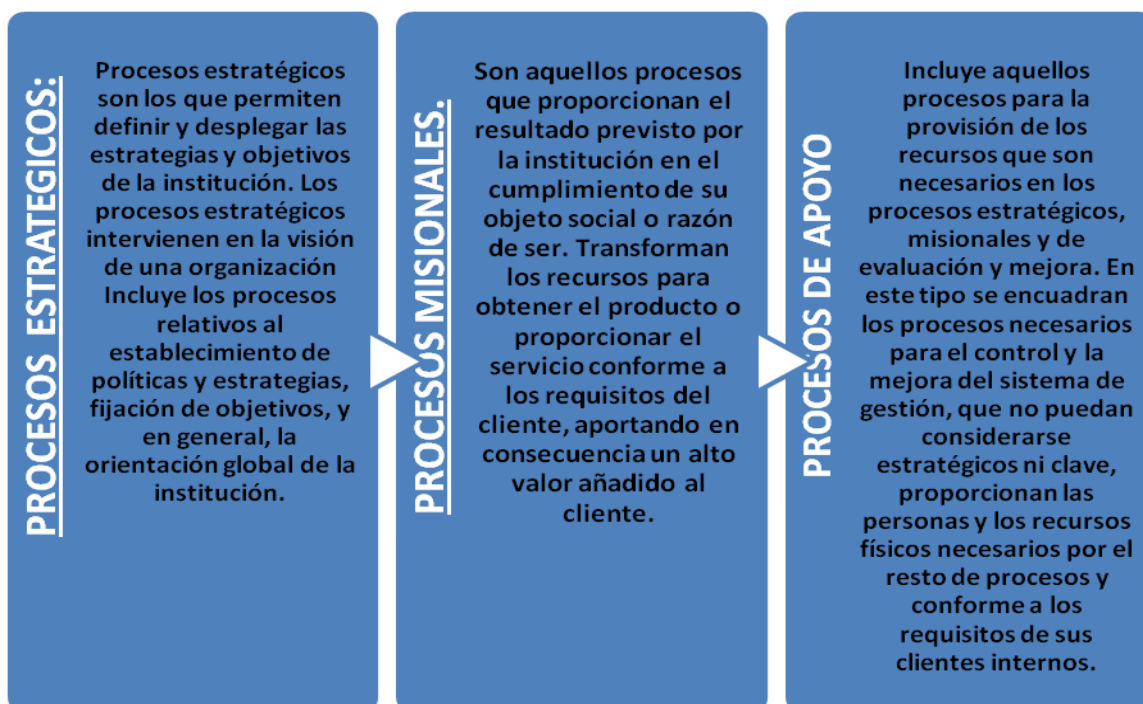
Fecha de aprobación:
ENERO 2014

V. MAPA DE PROCESOS

Los procesos se definen como el “conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados” Los procesos están clasificados en tres grandes grupos: Estratégicos, Misionales y de Apoyo. Se definen cada uno de estos procesos de la siguiente manera:

V.1 CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS.

No hay una aceptación unánime sobre la clasificación de los procesos ni sobre la forma de graficar a una institución vista como un conjunto de procesos. Al no existir normalización ni práctica generalmente aceptada al respecto, vamos a distinguir los procesos por su misión; con la utilización de la siguiente clasificación:





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
12 / 182

TITULO: MAPA DE PROCESOS.

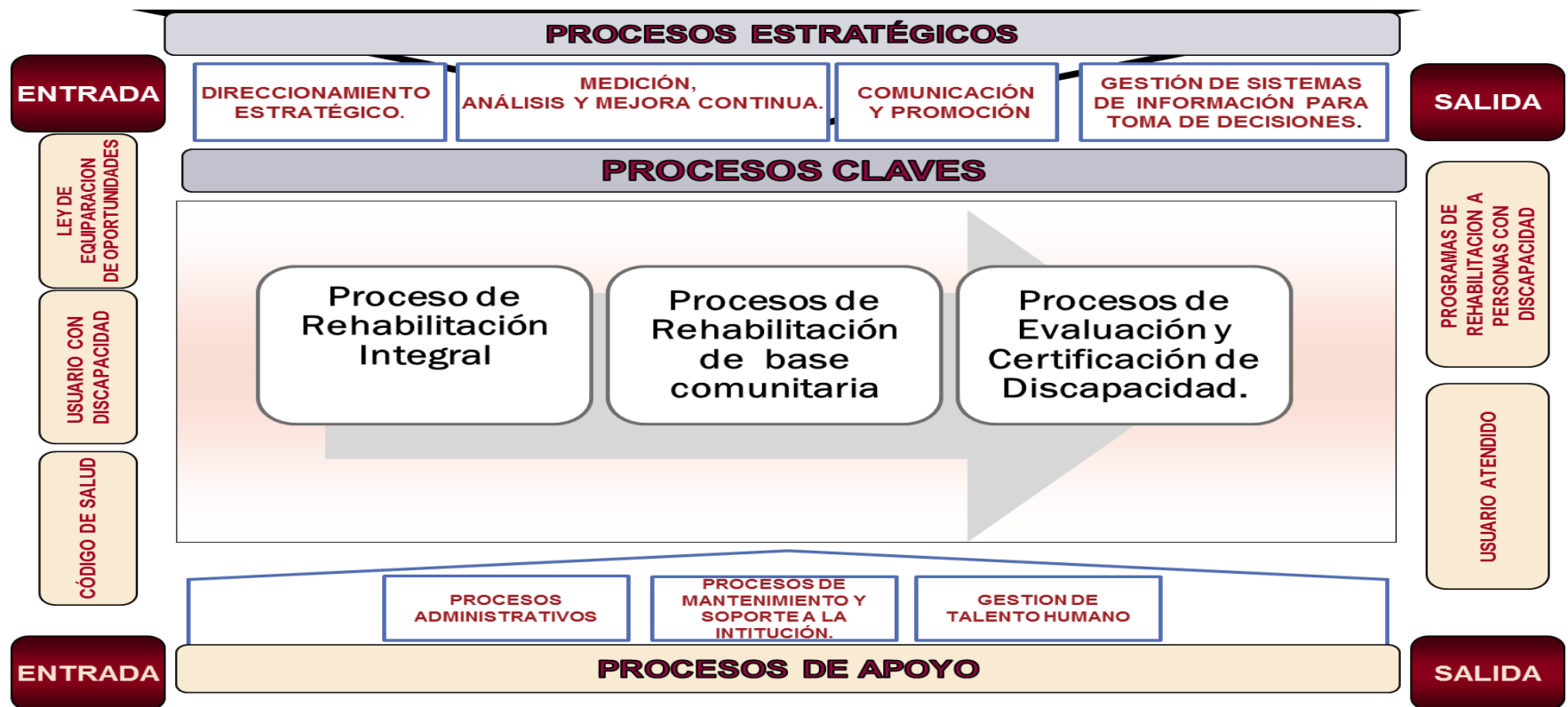
VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

MAPA DE PROCESOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE (CRIO)





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
13 / 182

TITULO: INVENTARIO DE PROCESOS.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

En el mapa de procesos se muestran los macro – procesos identificados según las funciones que en ellos se realizan, identificados a continuación de una manera más detallada se muestra el inventario de todos los procesos y subprocesos contenidos en estas grandes clasificaciones de macro - procesos:

VI. INVENTARIO DE PROCESOS

Se presenta a continuación el inventario de procesos del CRIO que no es más que un listado de los procesos y sub-procesos del CRIO identificados en el centro, además estos han sido clasificados dentro 8 macro-procesos identificados en el Mapa de Procesos.

VI.1 PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

| | |
|--|---|
| Gestión de Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles. | Levantamiento Física de inventarios de Bienes de Larga Duración. |
| | Préstamo de Bienes Muebles entre ambientes |
| | Préstamo de Bienes Muebles entre Dependencias del ISRI |
| | Transferencias de Bienes Muebles entre ambientes |
| | Transferencia de bienes muebles entre dependencias del ISRI |
| | Descargo de Bienes Muebles |
| Manejo de Caja Chica. | Perdida Y/O Reposición de Bienes |
| | Apertura de Fondo de Caja Chica |
| | Solicitud y Adquisición de compra a través de fondo de caja chica |
| | Reintegro de Fondo de Caja Chica. |
| Control y Seguimiento del PAA (Plan Anual de Adquisiciones) | Liquidación de Caja Chica |
| | Seguimiento de Bienes y Servicios Incluidos en el PAA |
| Gestión y Control de Transporte | Control de Contratos de Bienes y Servicios. |
| | Control y seguimiento del Uso del transporte. |
| | Suministro de combustible (Manejo y control de cupones) |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
14 / 182

TITULO: INVENTARIO DE PROCESOS.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

| | |
|---|--|
| Gestión de Donaciones | - |
| Administración y Control de Presupuesto | Elaboración del Presupuesto Anual. |
| | Control de la Ejecución del Presupuesto. |
| Control de Asistencia y Permanencia en los lugares de Trabajo. | Control de Marcación Llegadas tardías |
| | Administración de Permisos y Licencias. |
| | Control de Misiones Oficiales |

VI.2 PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN.

| | |
|--|---|
| Mantenimiento de Instalaciones y Equipo | Mantenimiento Preventivo de Instalaciones y Equipo |
| | Mantenimiento Correctivo de Instalaciones y Equipo. |
| Mantenimiento Vehicular | Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Vehículos |
| Soporte informático | Asistencia Remota o Presencial. |
| Seguridad y Vigilancia | Orientación y Control a personas que ingresan a la Institución. |
| | Registro de Ingreso y Salida de Equipo |
| | Registros de salidas u condición de Vehículos con Misión Oficial. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
15 / 182

TITULO: INVENTARIO DE PROCESOS.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

VI.3 PROCESOS DE GESTION DE CAPITAL HUMANO.

| | |
|---------------------------|--|
| Capacitación del personal | Capacitaciones Internas. |
| | Capacitaciones de acuerdo a plan ISRI. |

VI.4 PROCESOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

| | |
|---------------------|---|
| Ingresar Usuarios | Recepción y toma de Datos |
| | Ingreso a Servicios Médicos |
| Intervenir Usuarios | Ingreso a Servicios Terapéuticos |
| | Intervención en servicios Médicos |
| | Intervención en servicios Terapéuticos |
| | Intervención en servicios Psicológicos |
| Egresar Usuarios | Intervención en Trabajo Social |
| | Egreso por solicitud de Usuario |
| | Egreso por cumplimiento de plan de Rehabilitación |
| | Egreso por Incumplimiento del Usuario |

VI.5 PROCESOS DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA

| | |
|--|---|
| Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) | Establecimiento de Red de Apoyo a la Comunidad |
| | Intervención a personas con Discapacidad dentro de la Comunidad |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
16 / 182

TITULO: INVENTARIO DE PROCESOS.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

VI.6 PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

| | |
|--|--|
| Evaluación y certificación de Discapacidad | |
|--|--|

VI.7 PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

(GESTION DE PLANEACION, CALIDAD Y DESARROLLLO INSTITUCIONAL)

| | |
|-------------------------------------|--|
| Direccionamiento Estratégico | Gestión del Plan Anual Operativo |
| | Gestión de los planes de trabajo anuales por área. |
| Gestión de la Calidad | Gestión de la Medición, Análisis y Mejora Continua |
| | Gestión de Comités de Apoyo a la Dirección. |
| | Control de Riesgos Institucionales |
| Comunicación y Promoción | Promoción de los Servicios de CRIO |
| | Fortalecimiento de la red de Apoyo social a través de la conformación de grupos de interés |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
17 / 182

TITULO: INVENTARIO DE PROCESOS.

VERSIÓN: 01

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

VI.8 PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES.

| | |
|--|------------------------|
| Análisis de los sistemas de información para toma de Decisiones. | Gestión del UTEC y EPI |
| | Gestión del PERC |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
18 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

A continuación se desarrollaran cada uno de estos procesos.

1 PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

1.1 GESTIÓN DE BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES.

GENERALIDADES:

| | |
|-------------------------------------|---|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Gestión de Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Administrador/a CRIO. |
| ÁREA: | Administrativa. |
| ALCANCE: | |
| | Este proceso abarca a todas las áreas del CRIO. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | |
| | Verificar la eficacia en el Registro, Codificación, Control y Levantamiento de Inventarios de Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles del CRIO. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | |
| | <ul style="list-style-type: none">• Inventario actualizado de los Muebles, Inmuebles e intangibles del CRIO.• Bienes e inmuebles e intangibles de la institución identificados, codificados e inventariados (mobiliario, equipo, vehículos, libros, licencias informáticas e inmuebles). |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | |
| | Lineamientos para el Registro, Codificación, Control y levantamiento de los Bienes de larga duración e intangibles del ISRI. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
19 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|--|--|
| GESTIÓN DE BIENES MUEBLES, INMUEBLES E INTANGIBLES. | Levantamiento Física de inventarios de Bienes de Larga Duración. |
| | Préstamo de Bienes Muebles entre Ambientes |
| | Préstamo de Bienes Muebles entre Dependencias del ISRI. |
| | Transferencias de Bienes Muebles entre Ambientes |
| | Transferencia de Bienes Muebles entre Dependencias del ISRI. |
| | Descargo de Bienes Muebles |
| | Perdida y/o reposición de bienes |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
20 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.1.1 SUB PROCESO: LEVANTAMIENTO FÍSICA DE INVENTARIOS DE BIENES DE LARGA DURACIÓN

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Levantamiento Física de inventarios de Bienes de Larga Duración. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Levantar la de información sobre los activos fijos que se encuentran en e l Centro de Rehabilitación Integral de Occidente. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Solicitar a gerencia emitir el nombramiento mediante acuerdo del responsable del activo fijo y del encargado del seguimiento del activo fijo y control de inventario físico del centro. | Director/a CRIO. |
| 2 | Previo a acuerdo el encargado del seguimiento codificar y registrar en el sistema informático todo bien mueble, no depreciable o intangible propiedad del ISRI según los lineamientos establecidos para Bienes: 1. Mayores o iguales a \$600.0, 2. Menores a \$ 600.0 3. Menores de \$ 57.14, o según otras categorías conforme a los lineamientos del ISRI. | Administrador/a CRIO |
| 3 | Realizar los formularios de registro de inventario, estos deberán estar firmados por el responsable del ambiente, Director del Centro y Encargado de Control y Resguardo de A.F institucional del ISRI en los bienes con precio unitario mayores o iguales a \$600.0 y en los menores de \$600 o menores de \$57.14 deberá firmar el formulario el Responsable del ambiente y el administrador del centro. Además el administrador deberá aplicar la Depreciación a Bienes con precio unitario mayores de \$ 600.0 según lineamientos del ISRI. | Administrador/a CRIO |
| 4 | Realizar los formularios de registro de inventario anexando un resumen de los movimientos institucionales realizados. | Administrador/a CRIO. |
| 5 | Enviar toda la documentación a la gerencia del ISRI que lo remitirá al encargado de control y resguardo de activo Fijo | Director/a CRIO. |
| 6 | Revisar la información del levantamiento de inventario de cada dependencia además de efectuar conciliaciones (comparación de los inventarios de los Bienes en los formularios por escrito con los Bienes Físicos de cada uno de los ambientes del Centro); Si no hay ninguna observación se aprueba el informe. | Encargado de Control y Resguardo de A.F institucional del ISRI. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
21 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

| | | |
|----------|--|--|
| 7 | Realizar el informe consolidado de levantamiento de inventario en el sistema y depreciación por dependencia. | Encargado de Control y Resguardo de A.F institucional del ISRI. |
| 8 | Realizar la Verificación física de la información de inventario remitida del año anterior y elabora el informe de observaciones de hallazgos encontrados la cual remitirá a la dirección del centro para subsanar las observaciones. | Encargado de Control y Resguardo de A.F institucional del ISRI. |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamientos para el Registro, Codificación, Control y levantamiento de los Bienes de larga duración e intangibles del ISRI.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
22 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

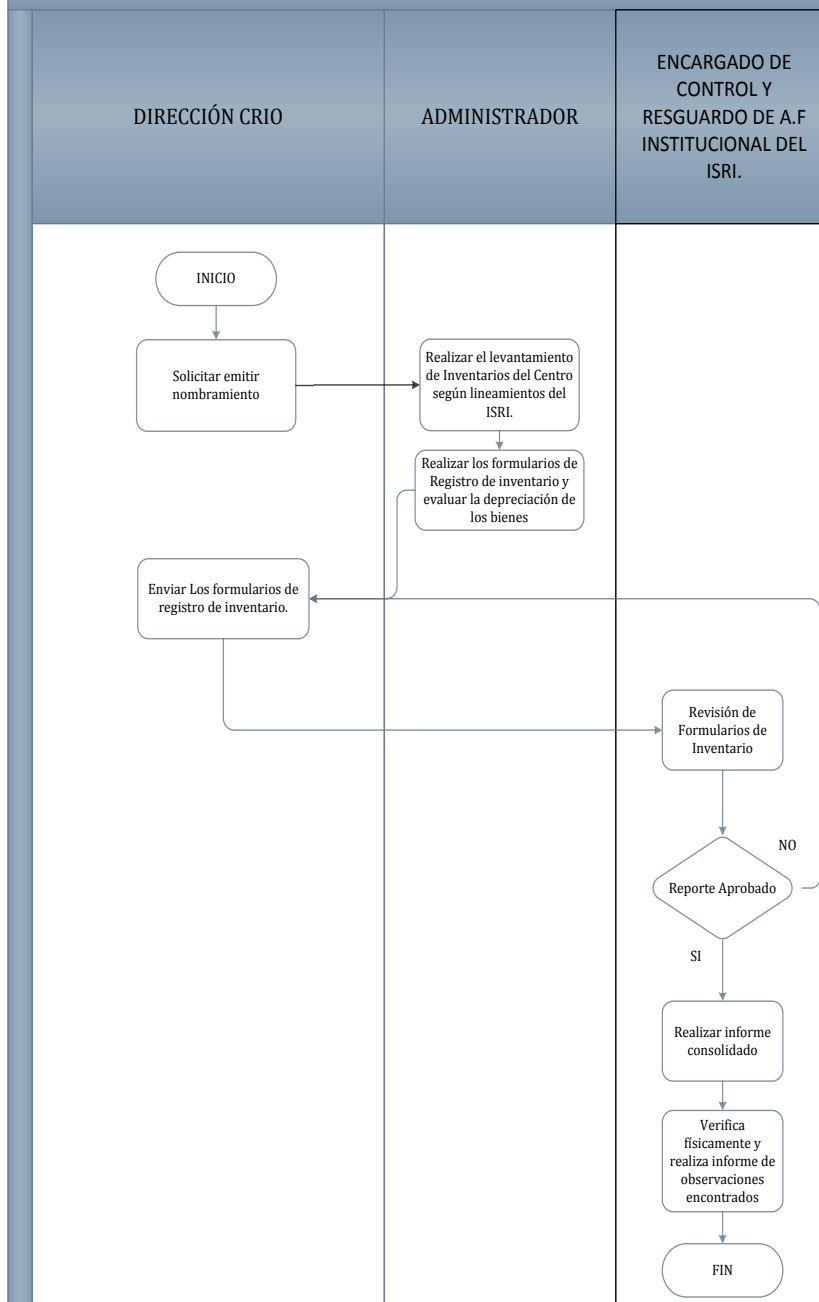
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

MACROPROCESO: Gestión de Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles
 PROCESO: Levantamiento Física de inventarios de Bienes de Larga Duración





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
23 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.1.2 SUB PROCESO: PRÉSTAMO DE BIENES MUEBLES ENTRE AMBIENTES

| | |
|---------------------------------|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Préstamo de Bienes Muebles entre Ambientes |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Autorizar o Rechazar el préstamo de Bienes Muebles entre diferentes Áreas del CRIO. |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|---|---|
| 1 | Solicitar al administrador hoja de solicitud donde especifica: Descripción del Bien a prestar, Área solicitante, Observaciones. | Persona Encargada del área que solicita el Bien Mueble. |
| 2 | Si el administrador rechaza el préstamo del Bien es el fin de subproceso, si lo acepta firma la solicitud y solicita el Vo.bo al Director del Centro. | Administrador/a CRIO |
| 3 | Trasladar el Bien hasta el área o ambiente solicitado. | Persona Encargada del área que solicita el Bien Mueble. |
| 4 | Entregar copia del comprobante de la solicitud autorizada al solicitante y al encargado del área que entrega el bien. | Administrador/a CRIO |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamientos para el Registro, Codificación, Control y levantamiento de los Bienes de larga duración e intangibles del ISRI.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
24 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

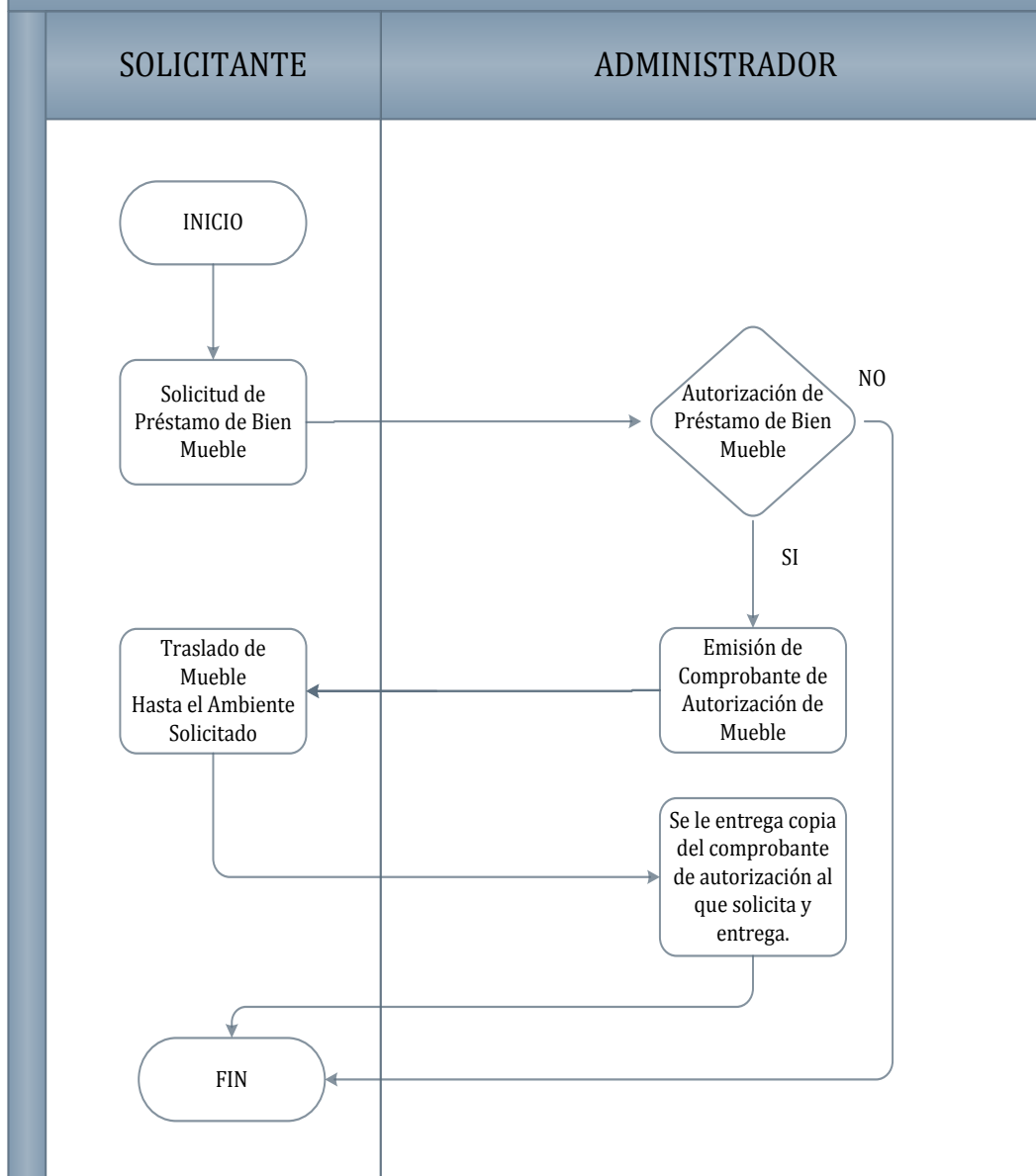
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

MACROPROCESO: Gestión de Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles
PROCESO: Préstamo de Bienes Muebles entre Ambientes





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
25 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.1.3 SUB PROCESO: PRÉSTAMO DE BIENES MUEBLES ENTRE DEPENDENCIAS DEL ISRI.

| | |
|---------------------------------|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Préstamo de Bienes Muebles entre Dependencias del ISRI. |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Autorizar o Rechazar el préstamo de Bienes Muebles entre el CRIO y las diferentes dependencias del ISRI. |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas dependencias del ISRI. |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|---|---|
| 1 | Previo autorización de gerencia del ISRI, el Director de la dependencia solicitante realiza la solicitud del Bien o Mueble a prestar donde se especifica: Descripción del Bien a prestar, Área solicitante, Observaciones y se la envía al Director del Centro correspondiente. | Director de la dependencia solicitante. |
| 2 | Si la Gerencia rechaza el préstamo del Bien es el fin de subproceso, si lo acepta la dirección firma la solicitud. | Director/a CRIO. |
| 3 | Elaborar el comprobante del préstamo del Bien entre dependencias (Acta). | Administrador/a CRIO |
| 4 | Trasladar el Bien o el Mueble hacia La Dependencia. | Director de la dependencia solicitante. |
| 5 | Entregar copia del comprobante de la solicitud autorizada al solicitante y al encargado del área que entrega el bien. | Administrador/a CRIO |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamientos para la Recepción, Registro, Custodia y Distribución de los Bienes adquiridos por el ISRI.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
26 / 182

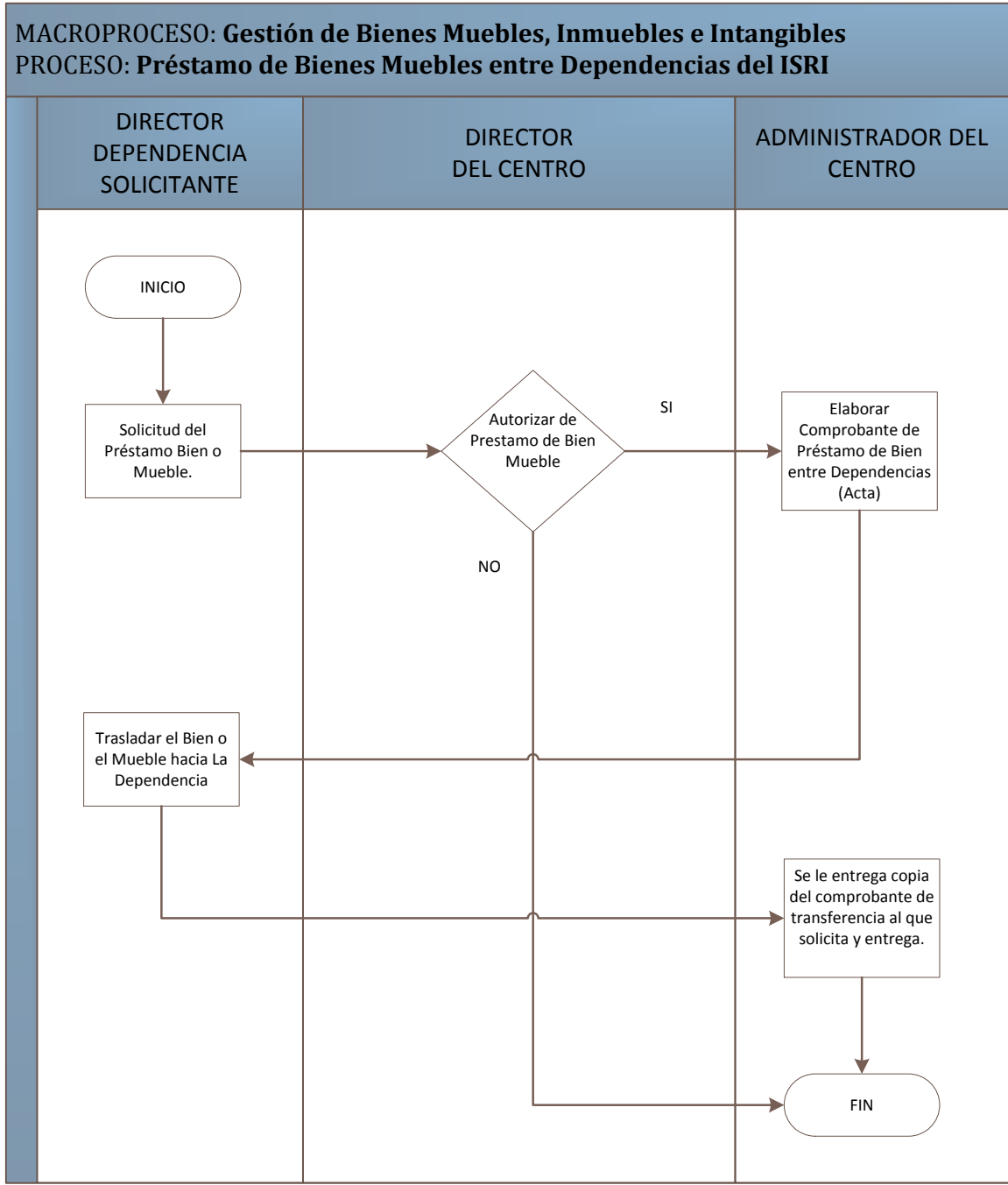
TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
27 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

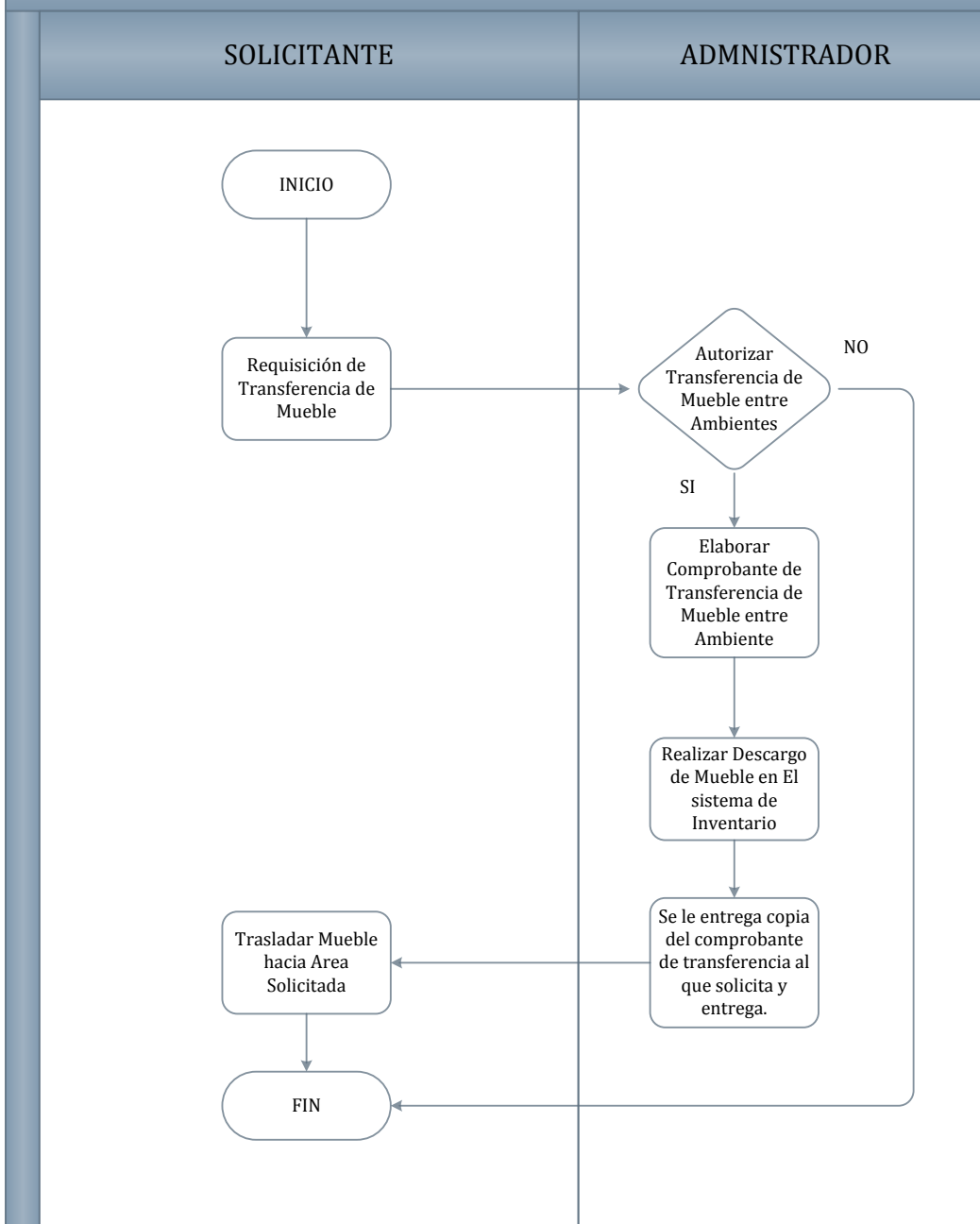
ENERO 2014

1.1.4 SUB PROCESO: TRANSFERENCIA DE BIENES MUEBLES ENTRE AMBIENTES.

| | | |
|--|---|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Transferencias de Bienes Muebles e intangibles entre Ambientes | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Autorizar o Rechazar la transferencia de Bienes Muebles e intangibles entre diferentes Áreas del CRIO. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| Nº | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Solicitar al administrador hoja de solicitud donde especifica: Descripción del Bien a transferir, Área solicitante, Observaciones. | Persona Encargada del área que solicita el Bien Mueble |
| 2 | Previa autorización de dirección, el administrador autoriza o rechaza la transferencia del Bien, si es rechazado es el fin de subproceso, sino, firma la solicitud. | Administrador/a CRIO |
| 3 | Elaborar el comprobante de la transferencia del mueble entre ambientes. | Administrador/a CRIO |
| 4 | Realizarla transferencia del Bien en el sistema informático que la institución maneja para el inventario. | Administrador/a CRIO |
| 5 | Entregar copia del comprobante de la solicitud autorizada al solicitante y al encargado del área que entrega el bien. | Administrador/a CRIO |
| 6 | Trasladar el Bien hasta el área o ambiente solicitado. | Persona Encargada del área que solicita el Bien Mueble |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | | |
| Lineamientos para el Registro, Codificación, Control y levantamiento de los Bienes de larga duración e intangibles del ISRI. | | |
| INDICADORES: | | |
| Indicador: Eficiencia | | |
| Formula: $\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$ | | |
| Valor Máximo: 100 % | | |
| Valor Mínimo: 80 % | | |
| NOTA DE CAMBIO: | | |
| No contiene cambios realizados. | | |

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

MACROPROCESO: Gestión de Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles
SUB-PROCESO: Transferencia de Bienes Muebles entre Ambientes





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
29 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.1.5 SUB PROCESO: TRANSFERENCIAS DE BIENES MUEBLES ENTRE DEPENDENCIAS DEL ISRI.

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Transferencias de Bienes Muebles entre Dependencias del ISRI. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Autorizar o Rechazar la transferencia de Bienes Muebles e intangibles entre el CRIO y las diferentes dependencias del ISRI. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas dependencias del ISRI. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Previo autorización de gerencia del ISRI, el Director de la dependencia solicitante realiza la requisición de transferencia del Bien o Mueble donde realiza la solicitud donde especifica: Descripción del Bien a transferir, Área solicitante, Observaciones y se la envía al Director del Centro correspondiente | Director de la dependencia solicitante. |
| 2 | Si el Director rechaza la transferencia del Bien es el fin de subproceso, si lo acepta firma la solicitud. | Director/a CRIO. |
| 3 | Elaborar el comprobante de la transferencia del mueble entre dependencias (Acta) | Administrador/a CRIO |
| 4 | Revisar la solicitud y dar su Vo.Bo al comprobante de transferencia del mueble. Si lo rechaza pasa a revisión otra vez para el administrador para que solucione las inconsistencias detectadas. | Encargado de Control y Resguardo de A.F institucional del ISRI. |
| 5 | Realizar el descargo del Bien o Mueble en el sistema informático que la institución maneja para el inventario y Revisa el comprobante de transferencia y manda una copia a la gerencia Administrativa para el Encargado de control y resguardo del activo fijo institucional. | Administrador/a CRIO |
| 6 | Trasladar el Bien o el Mueble hacia La Dependencia con el formulario ya autorizado por el Director que transfiere el bien, firma del responsable del ambiente que entrega el bien. Del encargado de control y resguardo de A.F; firmando en ese momento el director del centro que recibe el Bien. | Director de la dependencia solicitante. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
30 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamientos para el Registro, Codificación, Control y levantamiento de los Bienes de larga duración e intangibles del ISRI.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

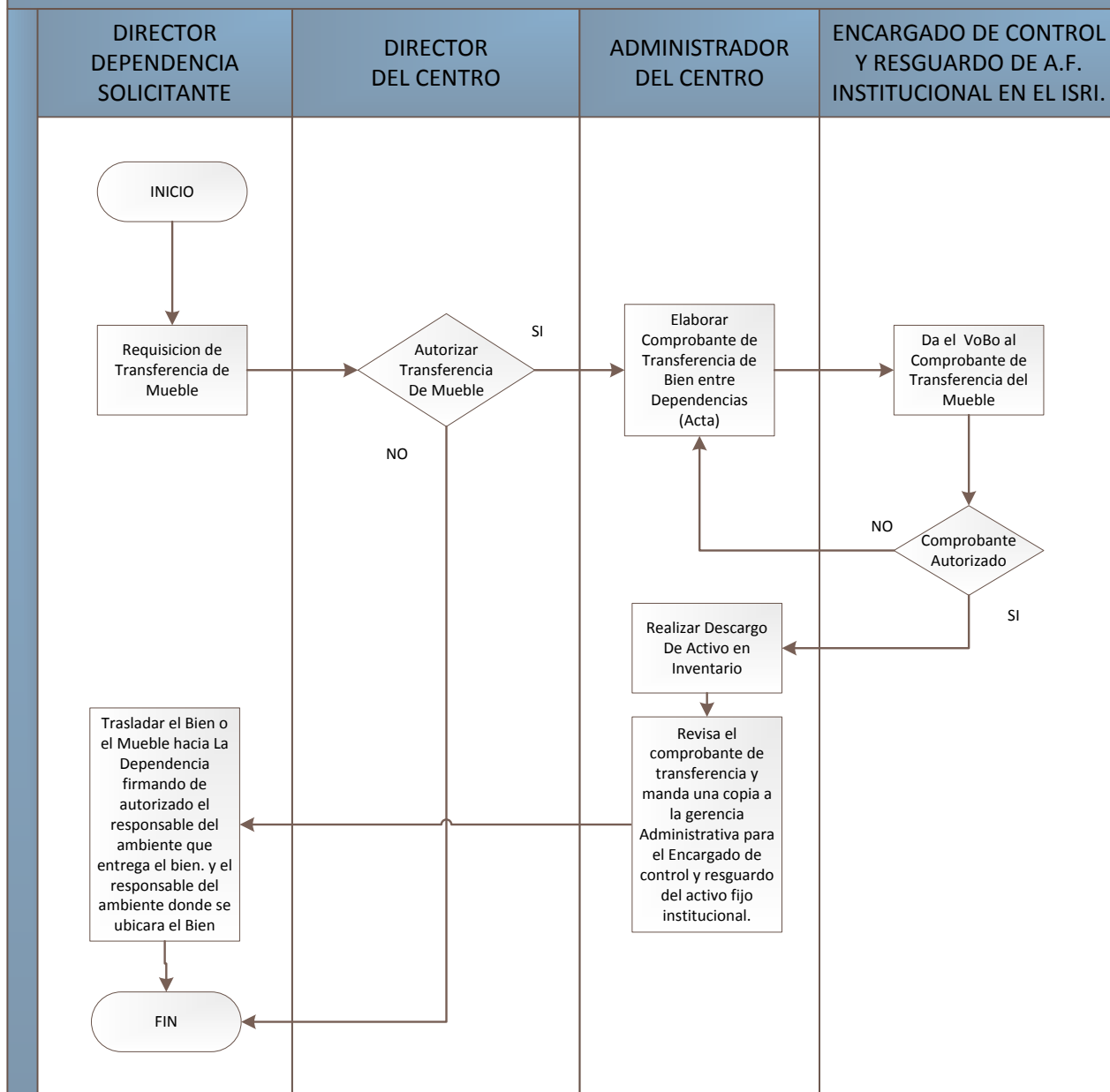
Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

MACROPROCESO: Gestión de Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles
PROCESO: Transferencia de Bienes Muebles entre Dependencias del ISRI





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
32 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.1.6 SUB PROCESO: DESCARGO DE BIENES MUEBLES.

| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Descargo de Bienes Muebles | |
|------------------------------------|---|-----------------------------|
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Realizar los procedimientos involucrados en la descarga de bienes adquiridos para la institución ya sea por obsolescencia o por daño. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| BIENES MAYORES A \$57.14 | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Identificar los bienes mayores de \$57.14 que son sujetos a descargo por obsolescencia, deterioro, o desuso y solicita el Descargo del Bien al administrador del Centro. | Solicitante |
| 2 | Trasladar a la bodega de descargo y realizar el proceso de transferencia de bienes entre ambiente dentro del Centro. | Administrador/a CRIO |
| 3 | Solicitar al área correspondiente la opinión técnica del experto en la materia y de acuerdo a la opinión del experto el Director acepta o rechaza el Descargo del Bien si lo rechaza se transfiere el bien al ambiente original y es el fin del subproceso, si lo acepta en Febrero de cada año el Director enviara a la gerencia el listado de dichos bienes, anexando las actas de descargo, quien remitirá a la UCBI para que inicie el proceso de acuerdo a la normativa establecida. | Director/a CRIO |
| 4 | Realizar a través de una comisión la inspección de los bienes, si no cumple condiciones para el descargo se transfiere los bienes al ambiente original y es el fin del proceso, si cumplen hace la emisión de acta de descargo del Bien. | UCBI |
| 5 | Realizar la revisión, inspección y valoración de los Bienes a fin que estos cumplan con la normativa de descargo. | La UCBI y la DGP. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
33 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|--|---|
| 6 | Realizar el retiro de bienes de cada dependencia hacia Centro de Acopio y realizar la subasta. | Encargado de Control y Resguardo de A.F institucional del ISRI. |
| 7 | Realizar el descargo del Bien en el sistema informático que la institución maneja para el inventario previo a la presentación del acta de subasta por la UCBI. | Administrador/a CRIO |

BIENES MENORES A \$57.14

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|---|----------------------|
| 1 | Identificar los bienes menores de \$57.14 que son sujetos a descargo por obsolescencia, deterioro, o desuso y solicita el Descargo del Bien al administrador del Centro. | Solicitante |
| 2 | Trasladar a la bodega de descargo y se realiza el proceso de transferencia de bienes entre ambiente dentro del Centro. | Administrador/a CRIO |
| 3 | Solicitar al auxiliar de mantenimiento la opinión técnica para proceder a la destrucción del bien. si lo rechaza se transfiere el bien al ambiente original y es el fin del subproceso, | Director/a CRIO. |
| 4 | Elaborar acta de destrucción de bienes y destruye el bien, en presencia del responsable del ambiente, administrador y Director del centro, quienes firman el acta respectiva. | Administrador/a CRIO |
| 5 | Realizar el descargo del Bien en el sistema informático que la institución maneja para el inventario | Administrador/a CRIO |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
34 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamientos para el Registro, Codificación, Control y levantamiento de los Bienes de larga duración e intangibles del ISRI.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
35 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

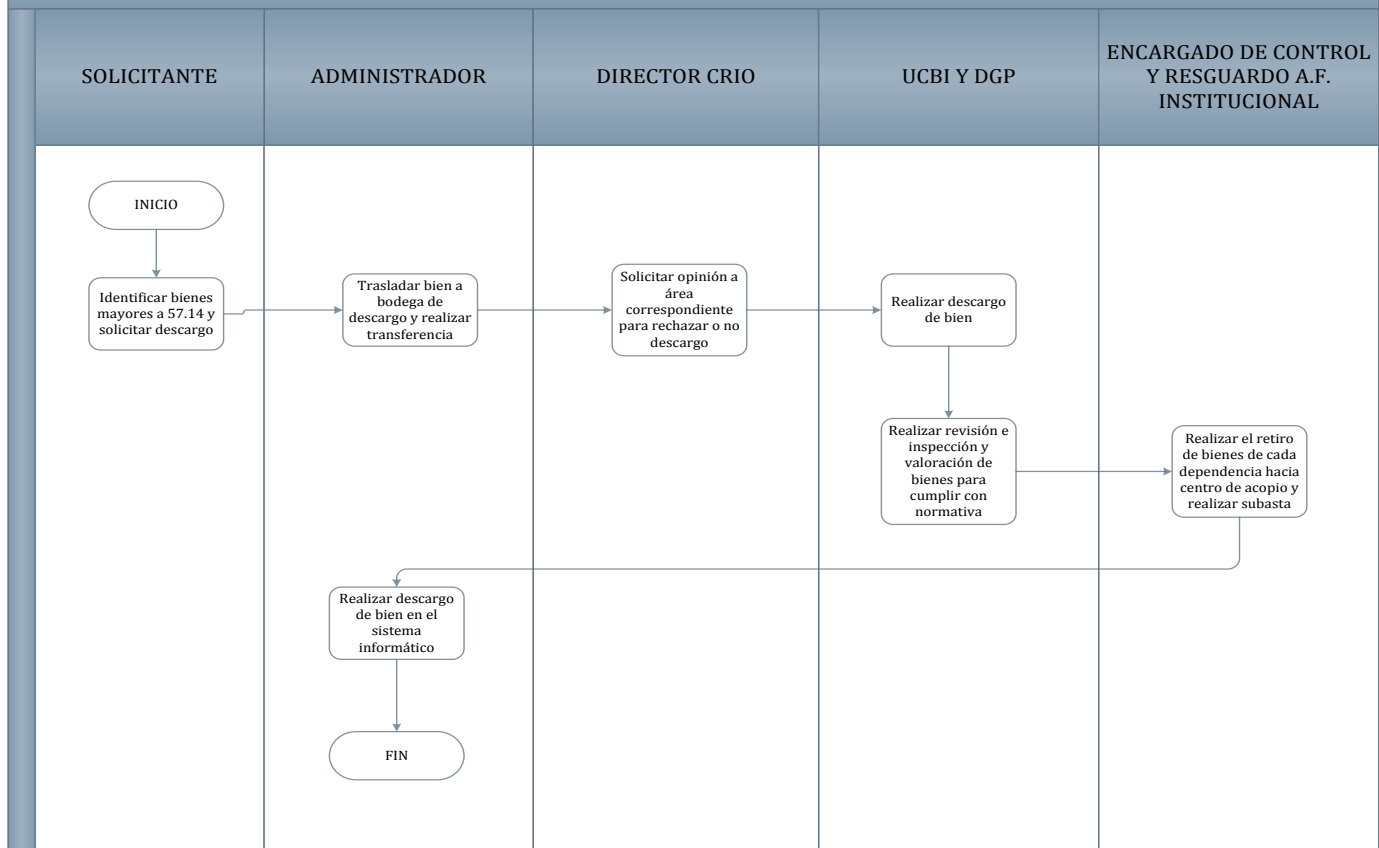
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

MACROPROCESO: **Gestión de Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles**
 PROCESO: **Descargo de Bienes Muebles mayores a 57.14**





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
36 / 182

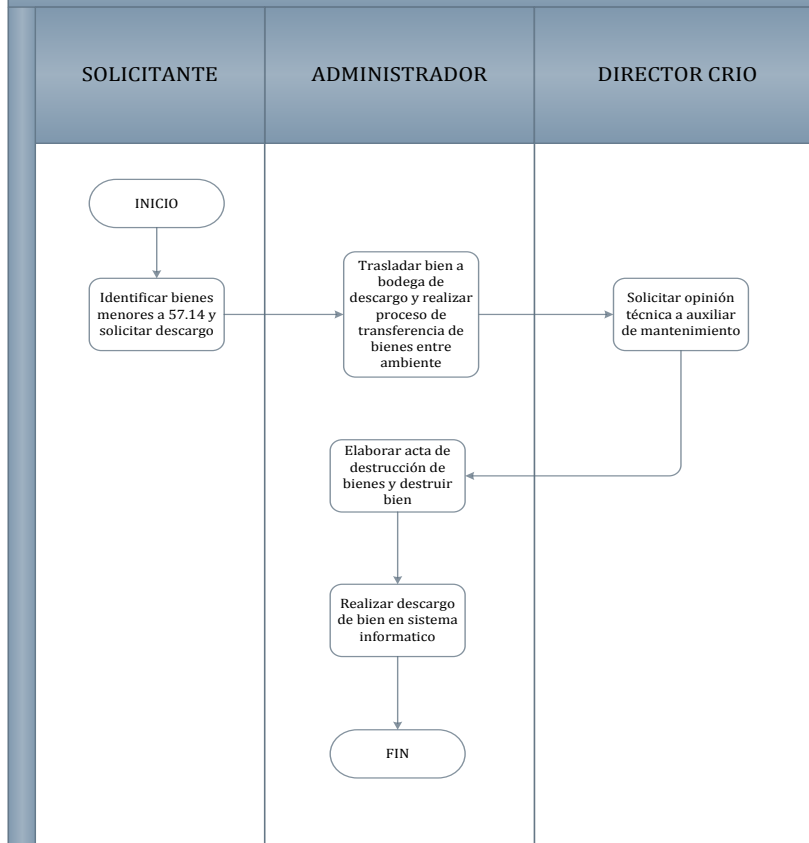
TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

MACROPROCESO: **Gestión de Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles**
PROCESO: **Descargo de Bienes Muebles menores a 57.14**





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
37 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.1.7 SUB PROCESO: PERDIDA Y/O REPOSICION DE BIENES

| | | |
|------------------------------------|---|------------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Perdida y/o Reposición de Bienes | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Reponer equipo o bien, ya sea en efectivo o físico. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Director/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Reportar a Dirección del centro perdida o daño de bien que este sufriera siempre y cuando no provenga de deterioro natural de uso legítimo o causa justificada como fuerza mayor o caso fortuito. | Responsables de área |
| 2 | Realizar investigación y deducir responsabilidades, en caso de ser necesario interponer denuncia a policía, fiscalía, asesoría jurídica y aseguradora por medio de jefe de la unidad de control de bienes institucionales. | Administrador/a CRIO |
| 3 | Validar con base a investigación realizada y una vez deducida la responsabilidad, la Dirección y la jefatura inmediata, previo a las opiniones técnicas y la documentación pertinente a efectos de autorizar la reposición definiendo si se recibe un bien igual o de superior característica o en efectivo. | Director/a CRIO |
| 4 | Definir de considerarse recibo en efectivo, el valor del bien a reponer será el valor actual privando el criterio de lo más conveniente de acuerdo a los intereses del instituto debiendo hacer el pago en tesorería quien emitirá el recibo correspondiente y dar inicio de adquisición de bien por medio de UACI. | Director/a CRIO |
| 5 | Recibir bien en caso de ser repuesto en físico, se le asignara el mismo número de inventario que el bien que se está sustituyendo, recibiendo bien en Dirección de CRIO y procediendo a elaborar acta de recepción de bien, la cual se envía a UCBI. | Director/a CRIO |
| 6 | Realizar descargo o ajuste contable a UCBI por detrimento patrimonial de los bienes robados, hurtados o extraviados, quien a su vez hará el trámite correspondiente a la UFI. | Administrador/a CRIO |
| 7 | Proceder a pago o reposición de bien. | Responsable de perdida |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
38 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamientos para el Registro, Codificación, Control y levantamiento de los Bienes de larga duración e intangibles del ISRI.
Normas técnicas de control interno específicas del ISRI.
Manual técnico del sistema de administración financiera integrada.
Reglamento interno de ISRI.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
39 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

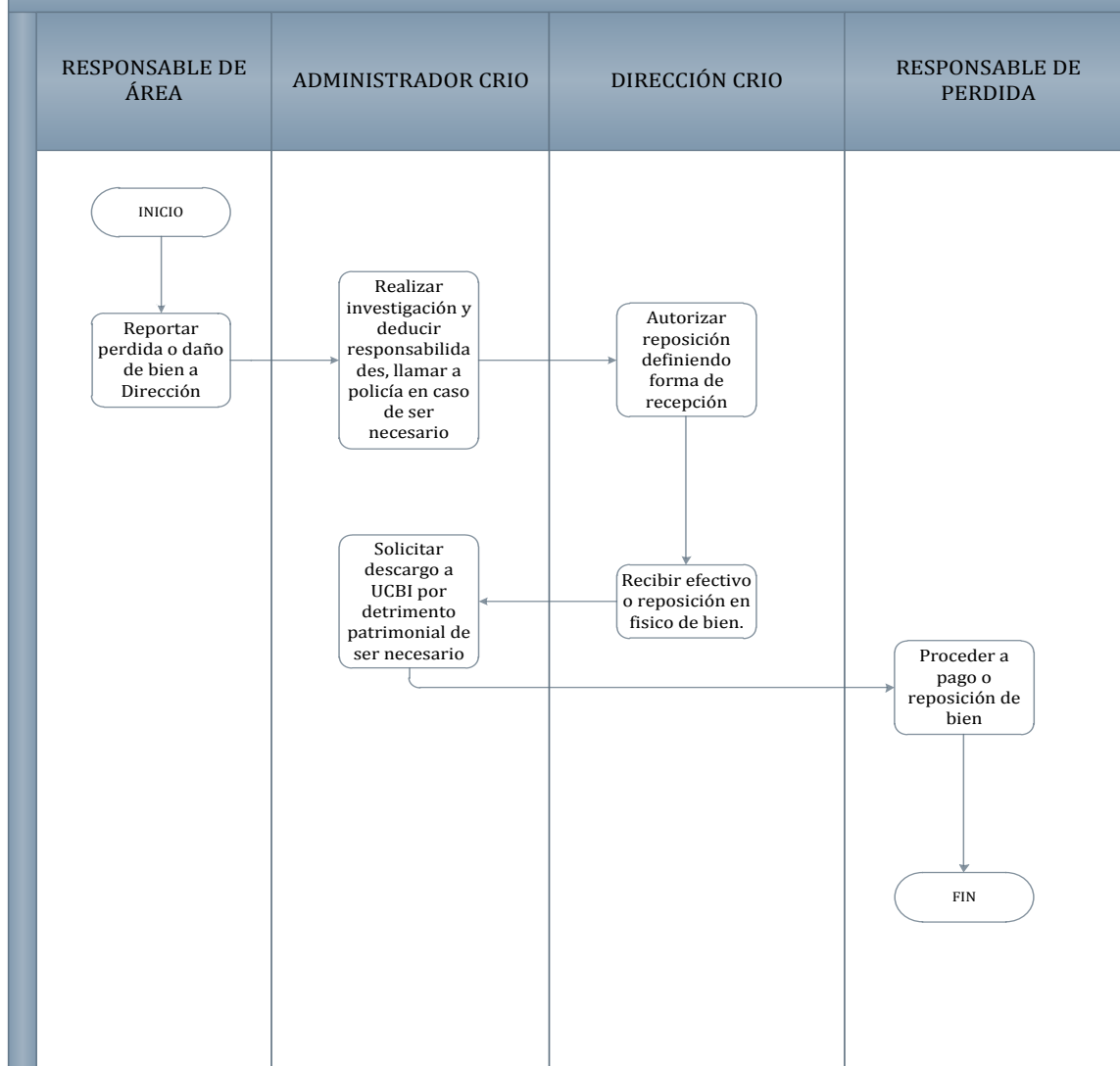
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

MACROPROCESO: **Gestión de Bienes Muebles, Inmuebles e Intangibles**
 PROCESO: **Perdida y/o reposición de bienes**





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
40 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.2 MANEJO DE CAJA CHICA.

- **GENERALIDADES:**

| | |
|-------------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Manejo de Caja Chica. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Administrador/a CRIO. |
| ÁREA: | Administrativa. |
| ALCANCE: | |
| | Este proceso abarca a todas las áreas del CRIO. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | |
| | Llevar el control de los fondos que son utilizados para solventar Gastos urgente de las diferentes áreas del CRIO. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | |
| | <ul style="list-style-type: none">• Realizar valoración de necesidades de compra• Autorizar vales de compra y Recepción de Facturas• Elaborar reprogramación y pólizas de reintegro de fondo de caja chica• Elaborar liquidación de Caja Chica. |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | |
| | Normas y procedimientos para la utilización del Fondo de Caja Chica del ISRI. Manual Técnico SAFI |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
41 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|-----------------------|---|
| Manejo de caja chica. | Apertura de Fondo de Caja Chica |
| | Solicitud y Adquisición de compra a través de fondo de caja chica |
| | Reintegro de Fondo de Caja Chica. |
| | Liquidación de Caja Chica |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
42 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.2.1 SUB PROCESO: APERTURA DE FONDO DE CAJA CHICA.

| | | |
|------------------------------------|--|----------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Apertura de Fondo de Caja Chica. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Gestionar el monto de caja chica y hacerlo efectivo al inicio de cada periodo. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Realizar el plan Anual de Adquisiciones donde se especifica un monto de caja chica | Administrador/a CRIO |
| 2 | Solicitar a gerencia emitir acuerdo de nombramiento del encargado de fondo de caja chica y del autorizante de la misma. | Director/a CRIO |
| 3 | Solicitar ya con previa autorización a la Gerencia del ISRI autorización del monto programado en el PAA. mediante acuerdo | Administrador/a CRIO |
| 4 | Emitir acuerdo | Gerencia del ISRI |
| 5 | Solicitar apertura a la UFI Enviando acuerdo con toda la información del encargado de caja chica, (DUI, NIT, póliza de liquidación y recibos originales por el encargado de caja). | Administrador/a CRIO |
| 6 | Verificar la Información y realizar el cheque por el monto especificado y se convoca al administrador del CRIO a recogerlo. | Tesorería del ISRI |
| 7 | Recoger cheque y proceder a cobrarlo en el banco correspondiente. | Administrador/a CRIO |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
43 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Normas y procedimientos para la utilización del Fondo de Caja Chica del ISRI.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
44 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

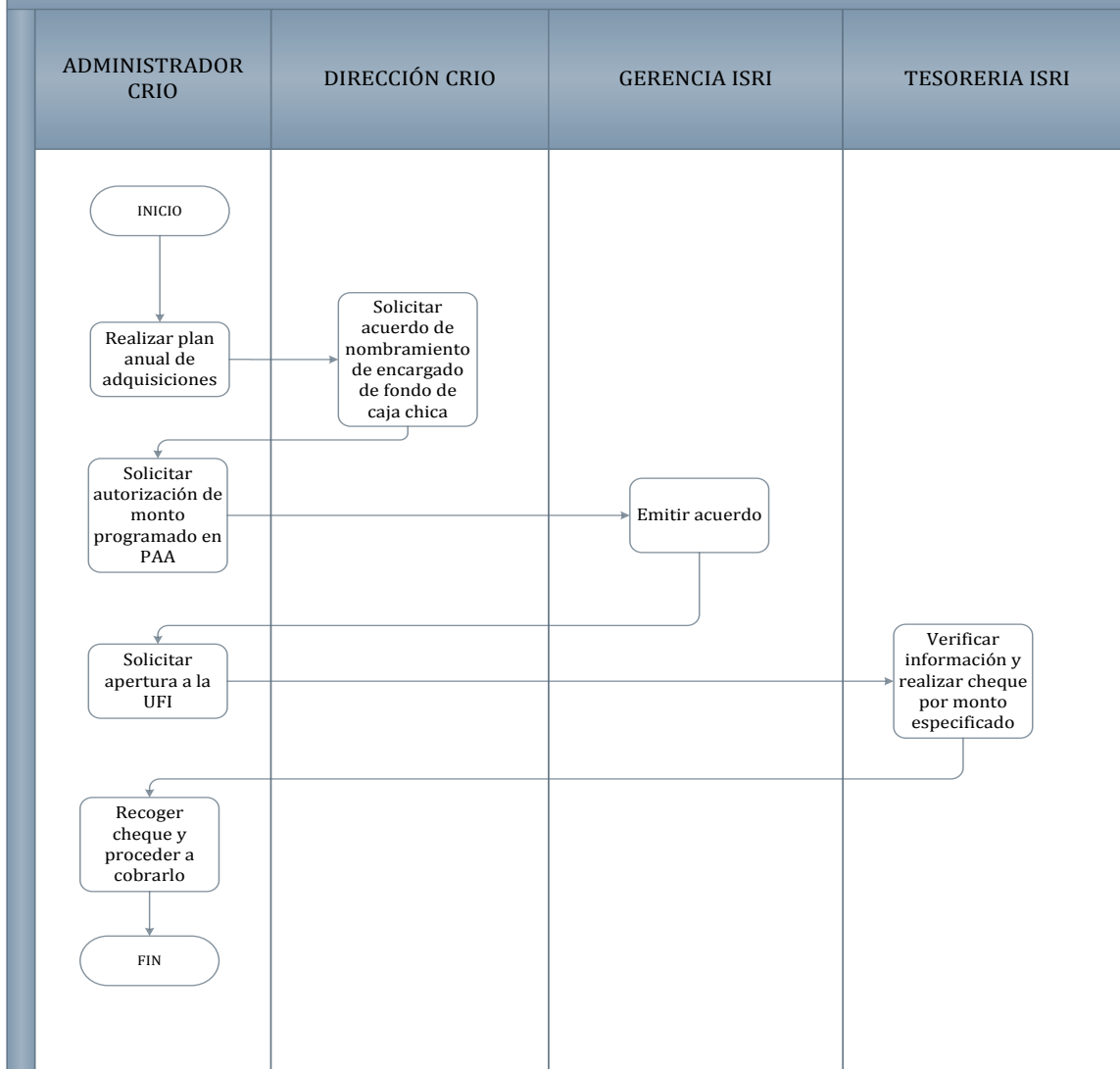
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

MACROPROCESO: Manejo de caja chica
PROCESO: Apertura de fondo de caja chica





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
45 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.2.2 SUB PROCESO: SOLICITUD Y ADQUISICIÓN DE COMPRA A TRAVES DE FONDO DE CAJA CHICA.

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Solicitud y Adquisición de compra a través de fondo de caja chica | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Valorar las necesidades de compra y autorizar o rechazar las solicitudes recibidas de las diferentes áreas del CRIO. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Enviar al administrador la necesidad e indicar el monto solicitado. | Encargado de la Unidad Solicitante |
| 2 | Elaborar vale por una cantidad estimada | Administrador/a CRIO (Encargado de caja chica) |
| 3 | Si el Director no acepta la compra del Bien fin del proceso, si lo acepta firma la autorización en el vale. | Director/a CRIO. |
| 4 | Entregar el monto y firmar el vale de entregado a la persona que realizara la compra. | Administrador/a CRIO (Encargado de caja chica) |
| 5 | Proceder a comprar el bien o servicio y entregar la factura a administrador, quien liquidara mediante presentación de factura y el reintegro si corresponde. | Persona encargada de realizar la compra |
| 6 | Recibir el Bien y Firmar de recibido en la parte trasera de la factura. | Encargado de la Unidad Solicitante |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
46 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Normas y Procedimientos para la Utilización del Fondo de Caja Chica del ISRI.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\textit{T tiempo Standar}}{\textit{T tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
47 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

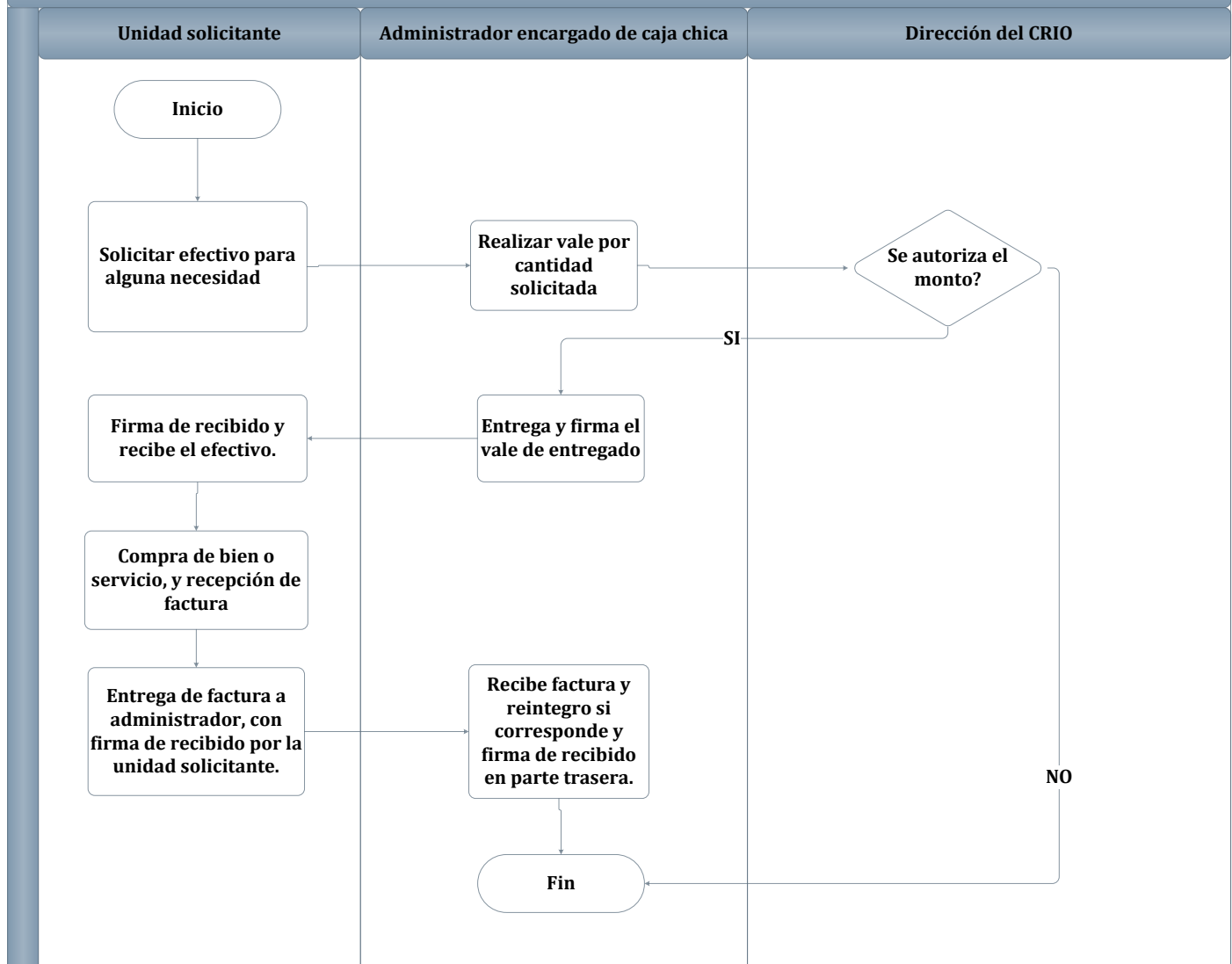
Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Macroproceso: **Manejo de Caja Chica.**

Proceso: **Solicitud Y Adquisición de compra a través de fondo de Caja Chica.**





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
48 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.2.3 SUB PROCESO: REINTEGRO DE FONDO DE CAJA CHICA.

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Reintegro de Fondo de caja chica. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Elaborar la póliza de reintegro de fondo de caja chica. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Realizar Póliza de reintegro junto con la documentación probatoria, Memorándum a la presidencia del ISRI y facturas y enviar documentación a la presidencia del ISRI. | Administrador/a CRIO (Encargado de caja chica) |
| 2 | Recibir documentación, y enviar a la UFI para su trámite. | Presidencia del ISRI |
| 3 | Recibir Memorándum y documentación por el técnico de la UFI encargado de las funciones presupuestarias sobre validación de documentos. Si no lo aprueba se manda las correcciones al administrador del crio para su corrección. Si se aprueba se ordena a tesorería del ISRI la emisión del cheque. | Unidad financiera institucional ISRI (Técnico de la UFI) |
| 4 | Hacer cheque por el monto especificado, y convocar al encargado del fondo de caja chica a recogerlo. | Tesorería ISRI |
| 5 | Recoger el cheque, y cobrarlo en banco correspondiente. | Administrador/a CRIO (Encargado de caja chica) |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
49 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Normas y Procedimientos para la Utilización del Fondo de Caja Chica

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
50 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

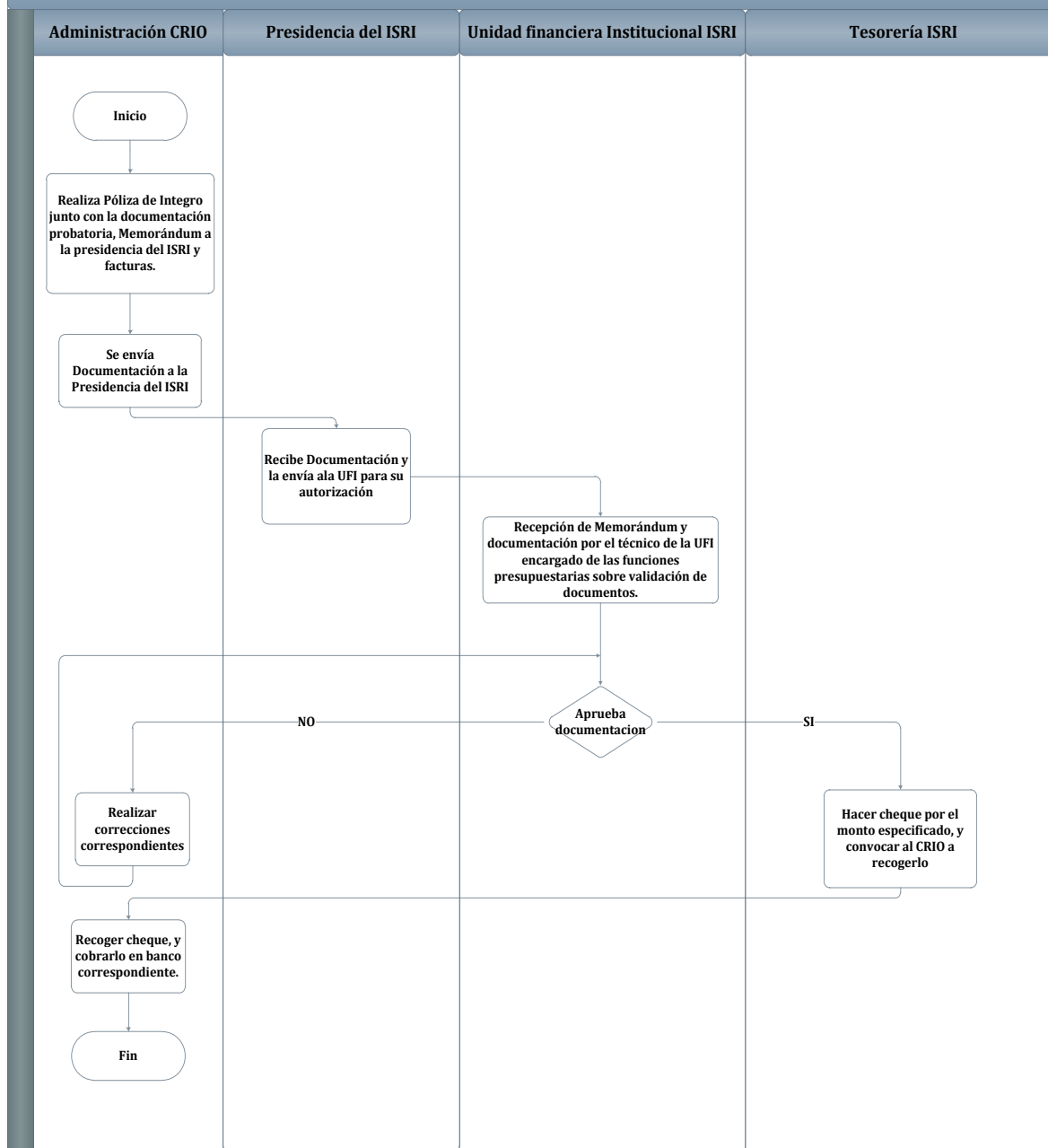
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Macroproceso: Manejo de Caja Chica.
Proceso: Solicitud de Reintegro de Fondos.





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
51 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.2.4 SUB PROCESO: LIQUIDACIÓN DE CAJA CHICA.

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Liquidación de caja chica. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Liquidación de fondo de caja chica. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Preparar liquidación de caja chica con documentación de respaldo para elaboración de póliza y envío a unidad financiera (UFI) en caso de no haber sobrante. | Administrador/a CRIO (Encargado de caja chica) |
| 2 | Validar si existe sobrante, en caso de haber, se envía a tesorería para la elaboración de recibo de ingreso. | Administrador/a CRIO (Encargado de caja chica) |
| 3 | Emitir recibo de ingreso, por sobrante de caja chica para poder efectuar liquidación. | Tesorería ISRI |
| 4 | Enviar Póliza de liquidación junto con recibo de ingreso y la documentación probatoria a unidad financiera de ISRI. | Administrador/a CRIO (Encargado de caja chica) |
| 5 | Recibir póliza de liquidación, aprobada, sellada y firmada. | Unidad financiera (UFI) |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
52 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Normas y Procedimientos para la Utilización del Fondo de Caja Chica

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

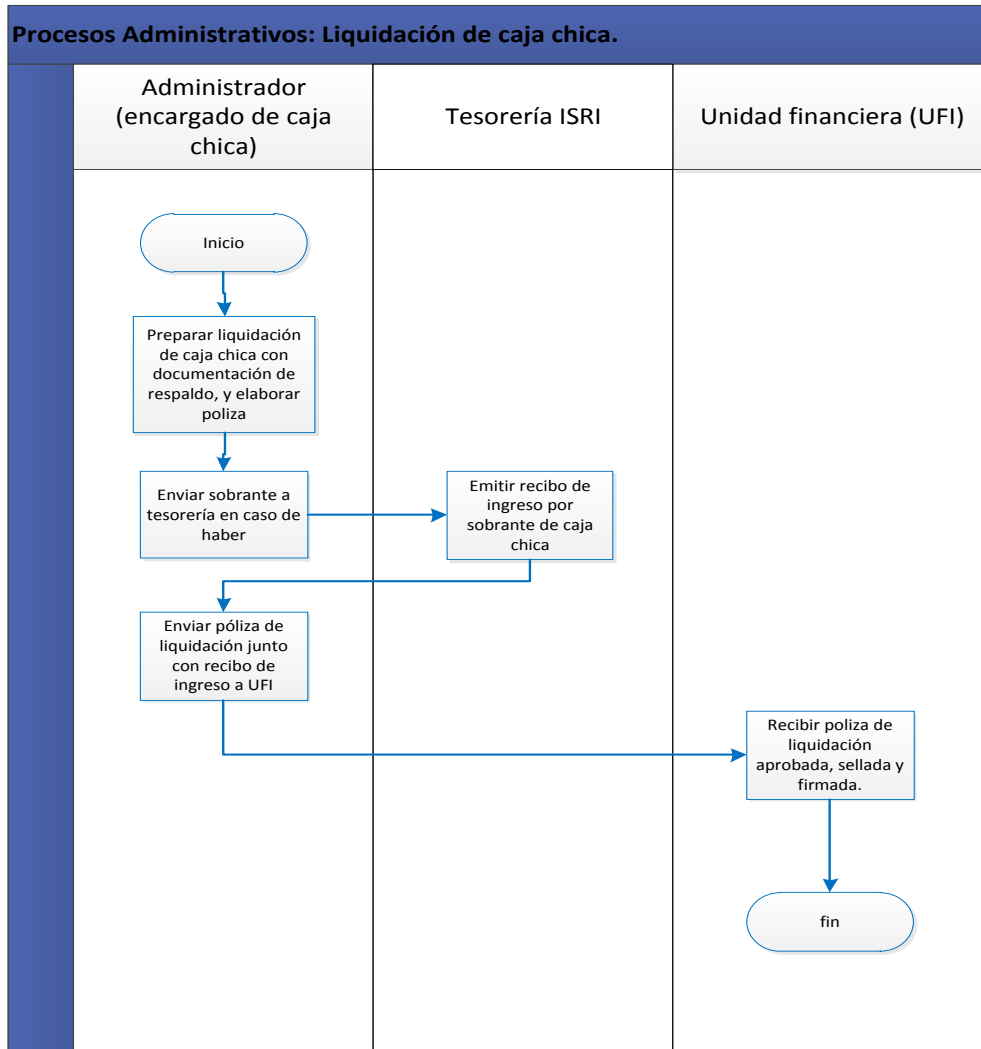
Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
54 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.3 CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL PAA (PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES).

• GENERALIDADES:

| | |
|---|--------------------------------|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Control y Seguimiento del PAA. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Administrador/a CRIO. |
| ÁREA: | Administrativa. |
| ALCANCE: Este proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| OBJETIVO DEL PROCESO: Controlar y dar seguimiento a las adquisiciones y contrataciones de bienes y servicios Institucionales planificadas en el presupuesto Anual, a fin de garantizar los insumos necesarios para la prestación del servicio. | |
| RESULTADOS ESPERADOS: <ul style="list-style-type: none">• Elaborar programación de compra y solicitar autorización de compra en base a Plan Anual de Adquisiciones.• Dar seguimiento a los bienes y servicios adquiridos | |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: <ul style="list-style-type: none">• Lineamientos para la Recepción, Registro, Custodia y Distribución de los Bienes adquiridos por el ISRI.• Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública. (LACAP) | |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
55 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|---|---|
| Control y Seguimiento del PAA. (Plan Anual de Adquisiciones) | Seguimiento de Bienes y Servicios Incluidos en el PAA |
| | Control de Contratos de Bienes y Servicios. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
56 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.3.1 SUB PROCESO: SEGUIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS INCLUIDOS EN EL PAA

| | | |
|------------------------------------|--|----------------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Seguimiento de Bienes y Servicios Incluidos en el PAA | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Elaborar programación de compra y solicitar autorización de compra en base a Plan Anual de Adquisiciones. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Realizar plan anual de adquisiciones de bienes y servicios, donde se reflejen las necesidades programadas por cada jefatura del CRIO y que están reflejadas en el presupuesto Anual aprobado por el ISRI. | Administrador/a CRIO |
| 2 | Realizar solicitud de compra de acuerdo a los periodos previsto en el PAA que contiene descripción de bien, cantidad y área a la que es asignada, y su justificación, y enviar solicitud con la ficha que se requiere, el plazo de entrega, el tipo de financiamiento y administrador de contrato. | Administrador/a CRIO |
| 3 | Recibir solicitud y elaborar su plan de compras institucional y se encarga de gestionar los acuerdos de nombramiento de administradores de contrato y el contrato respectivo, Notificando al CRIO la aprobación de la contratación o el ingreso de los bienes a almacén Central del ISRI y envía contrato al centro de atención y a administrador de contrato. | Presidencia ISRI vía UACI. |
| 4 | Enviar requerimiento al almacén y realizar la Recepción de bienes por parte de Almacén Central | Administrador/a CRIO |
| 5 | Revisar requisición de bienes por parte del almacén y distribuir de acuerdo a la solicitud programada de cada jefatura. | Administrador/a CRIO |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
57 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamientos para la Recepción, Registro, Custodia y Distribución de los Bienes adquiridos por el ISRI. Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública. (LACAP)

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula:
$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
58 / 182

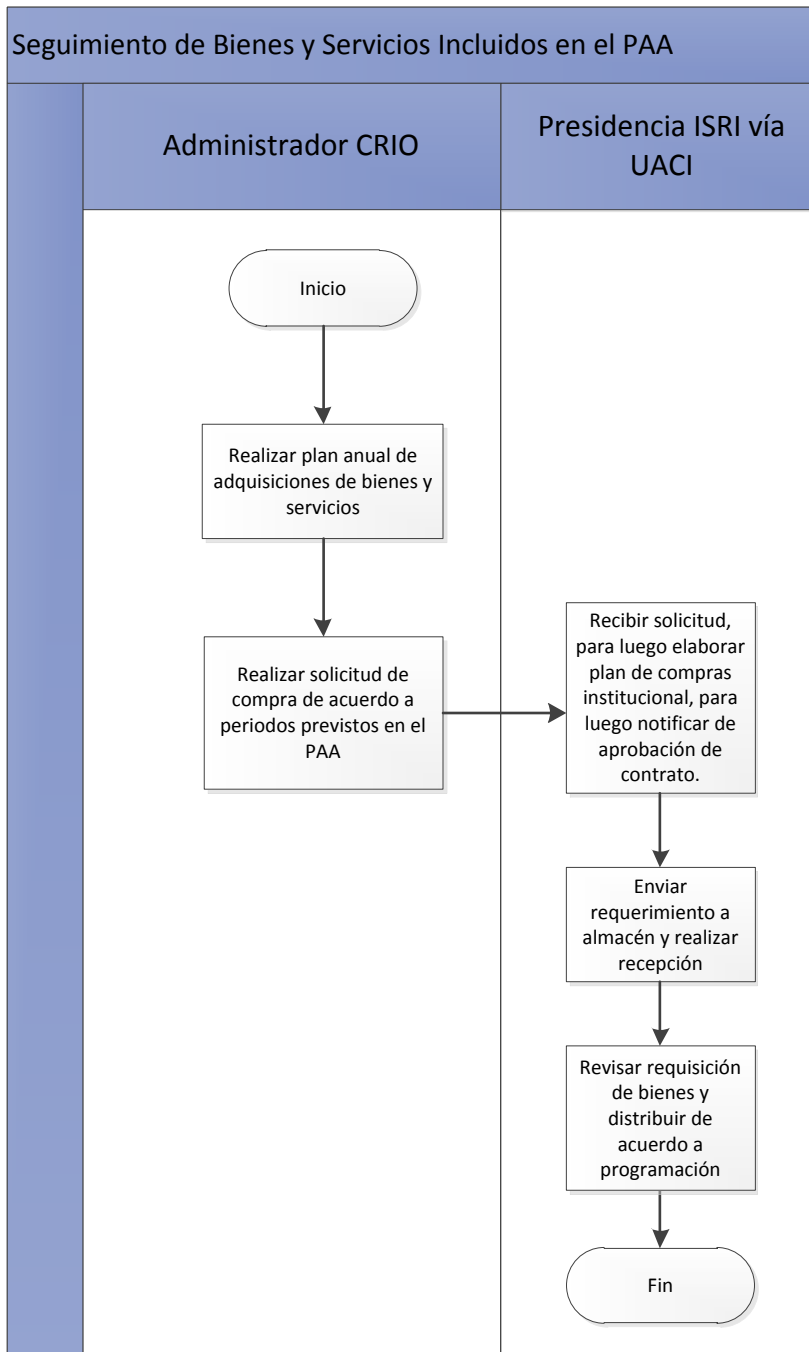
TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
59 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.3.2 SUB PROCESO: CONTROL DE CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS.

| | | |
|------------------------------------|---|----------------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Control de Contratos de Bienes y Servicios. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Gestionar el cumplimiento de especificaciones técnicas de bienes o servicios adquiridos de acuerdo a lo establecido en el contrato. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administración. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Recibir y revisar del contrato del bien o servicio, de acuerdo a especificaciones técnicas. | Administrador del Contrato |
| 2 | Elaborar y suscribir conjuntamente con el contratista, las actas de recepción parciales, totales, provisionales y definitivas de las adquisiciones y contrataciones de obras, bienes y servicios de conformidad establecidos a las cláusulas de contrato o a las condiciones de órdenes de compra y enviar a la UACI. | Administrador del Contrato |
| 3 | Elaborar la hoja de seguimiento de contratos. | Administrador del contrato |
| 4 | Monitorear y enviar reporte mensual de la satisfacción con respecto al seguimiento del contrato a UACI, en caso de incumplimiento elaboraran y documentara por escrito el reclamo ante el contratista informando sobre los incumplimientos a la UACI en un plazo máximo de 3 días hábiles y dentro de vigencia de garantía. | Administrador del contrato |
| 5 | Recibir el reporte de seguimiento al cumplimiento del contrato, toma acciones en caso de incumplimiento | Presidencia ISRI vía UACI. |
| 6 | Elaborar nota o acta de finalización de contrato y en un plazo máximo de 8 días se evaluara el desempeño del contratista, enviándolo a la UACI para incorporación al expediente y devolución de garantías. | Administrador del contrato |
| 7 | Custodiar el expediente hasta el vencimiento de las garantías, remitiendo a la UACI en el término de 3 días hábiles posteriores a dicho vencimiento. | Administrador del contrato |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
60 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública. (LACAP).
Instructivo UNAC N° 02/2009 Normas para el seguimiento de contratos Ministerio de Hacienda.
Manual de procedimiento para el ciclo de gestión de adquisiciones y contrataciones de las instituciones de la administración pública y su reglamento.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula:
$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
61 / 182

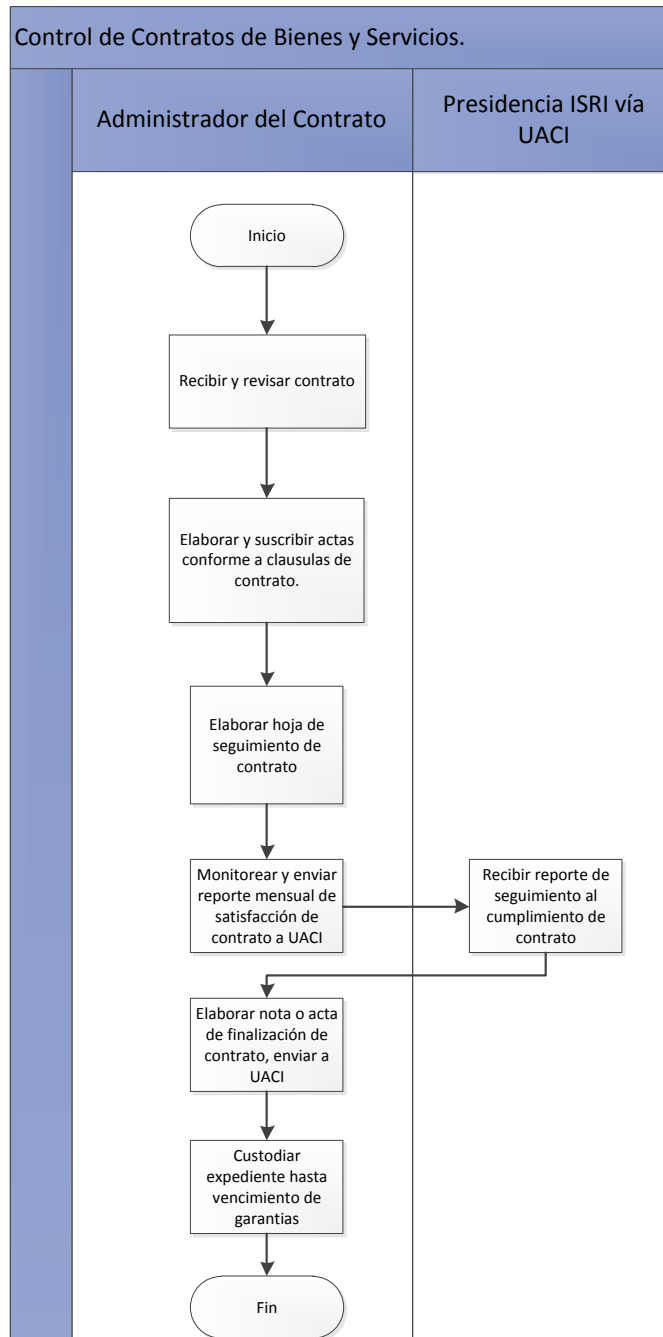
TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
62 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.4 GESTIÓN Y CONTROL DE TRANSPORTE.

• GENERALIDADES:

| | |
|---|----------------------------------|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Gestión y Control de Transporte. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Administrador/a CRIO. |
| ÁREA: | Administrativa. |
| ALCANCE: Este proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| OBJETIVO DEL PROCESO: Regular los lineamientos que deberán ser aplicados para el uso y control de los vehículos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, a fin de garantizar la operatividad de los vehículos institucionales. | |
| RESULTADOS ESPERADOS: <ul style="list-style-type: none">• Control de las salidas de los vehículos institucionales a través de variables como el tiempo y el kilometraje.• Proyección anual de combustible para todas las unidades vehiculares, para programar consumo que se realizaran según la necesidad de las mismas y llevar el control de consumo de cupones de combustible por unidad.• Elaborar informe de liquidación de facturas | |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: Lineamiento para Regular el Uso y Control de los Vehículos Institucionales. Reglamento para controlar el Uso de los Vehículos Nacionales Corte de Cuentas. Reglamento para controlar la Distribución de Combustible en el Sector Publico Corte de Cuentas. | |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
63 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|---------------------------------|--|
| Gestión y Control de Transporte | Control y Seguimiento del Uso del transporte. |
| | Suministro de combustible (Manejo y control de cupones) |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
64 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.4.1 SUB PROCESO: CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL USO DEL TRANSPORTE.

| | |
|---------------------------------|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Control y Seguimiento del Uso del transporte. |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Registrar Salidas de Vehículos y Control de Motoristas. |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|--|-------------------------|
| 1 | Recibir solicitud de uso de transporte emitida por alguna de las áreas del CRIO que requiere que se brinde transporte a un usuario, debiendo ser autorizada por la Dirección. | Trabajo Social CRIO |
| 2 | Asignar vehículos de acuerdo a ruta programada de usuarios y Misiones oficiales según disponibilidad previa a autorización de Dirección, se entrega solicitud de transporte a motorista. | Administrador/a CRIO |
| 3 | Recibir solicitud de transporte verifica condiciones del vehículo, hora, kilometraje y cantidad de combustible tanto en la salida o como en la entrada del vehículo registrándolo en una bitácora. | Vigilancia |
| 4 | Prestar el servicio y al finalizar llenar el formato de registro de recorrido de vehículo - sección transporte del ISRI y entregarlo a administrador en el primer día hábil del mes subsiguiente. | Motorista |
| 5 | Recibir formato de registro por parte del motorista y bitácora de vigilancia y elaborar el informe mensual de combustible. | Administrador/a CRIO |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamientos para Regular el Uso y Control de los vehículos institucionales.
Reglamento para controlar el Uso de los Vehículos Nacionales Corte de Cuentas.
Reglamento para controlar la Distribución de Combustible en el Sector Publico Corte de Cuentas.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$ - Valor Máximo: 100 % ; Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
65 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

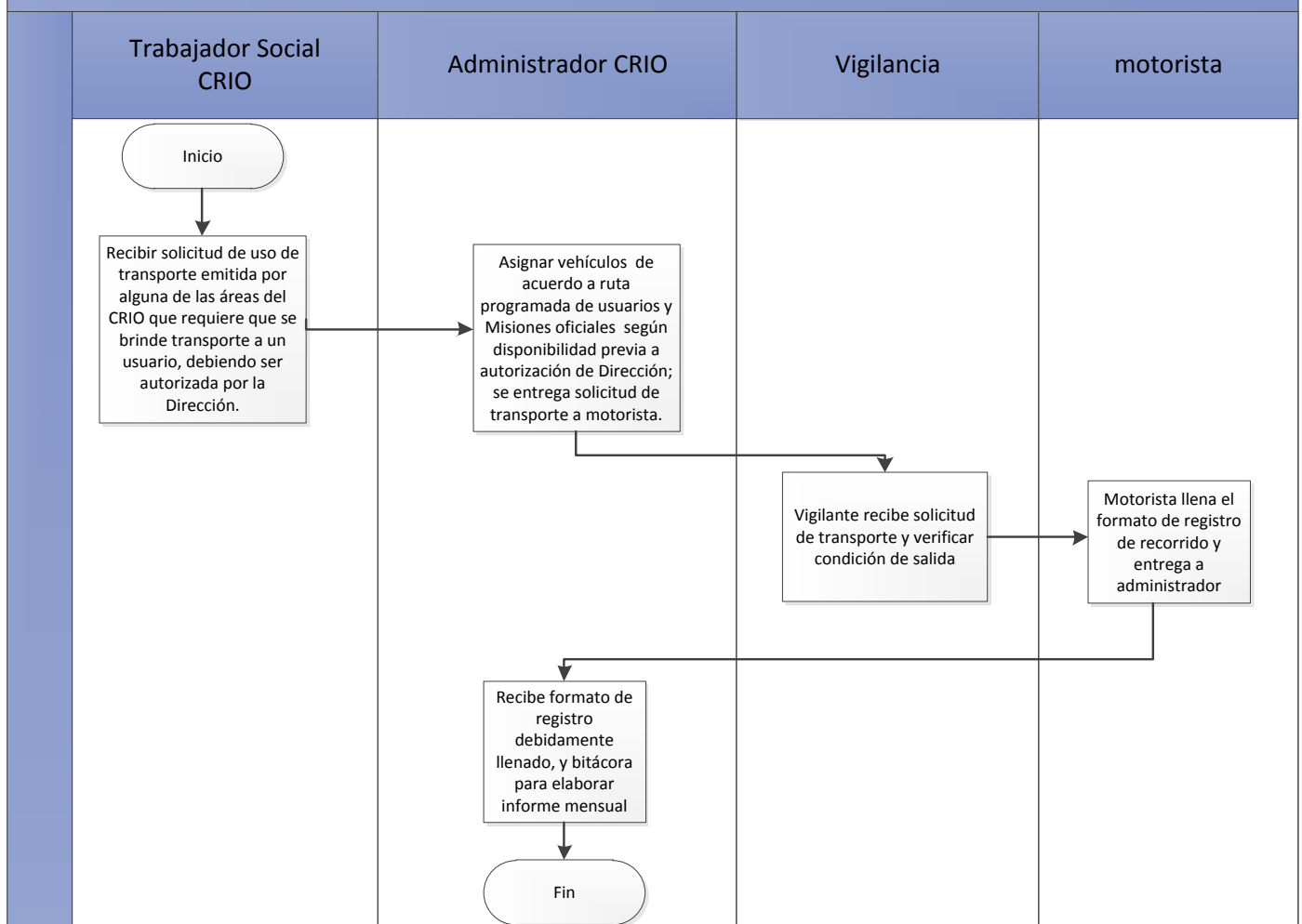
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Control y seguimiento del uso del transporte





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
66 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.4.2 SUB PROCESO: SUMINISTRO DE COMBUSTIBLE (MANEJO Y CONTROL DE CUPONES).

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Suministro de combustible (Manejo y control de cupones). | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Elaborar la proyección anual de combustible para todas las unidades vehiculares, y controlar el uso de los cupones de combustible según la necesidad de las mismas. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Realizar y programar el consumo en el plan anual de adquisiciones | Administrador/a CRIO |
| 2 | Recibir Memorándum de requerimientos, firmar y enviar al almacén para elaboración de requisición. | La Gerencia ISRI. |
| 3 | Notificar al CRIO que la requisición está elaborada y enviar para firma de la Dirección y Gerencia. | Coordinador de Almacén ISRI |
| 4 | Preparar y entregar los cupones de combustible al Centro de acuerdo a la requisición. | Coordinador de Almacén ISRI |
| 5 | Recibir los cupones y registrar en el control de suministro de combustible de acuerdo a sus números de serie. | Administrador/a CRIO |
| 6 | Verificar la cantidad de combustible que tiene el Vehículo y el recorrido a realizar para el debido control del uso del combustible previo a la salida del motorista y si es necesario se procede a abastecer el vehículo. | Administrador/a CRIO |
| 7 | Llevar el control del número de cupones utilizados conforme al kilometraje luego elaborar reporte de consumo por vehículo y enviar a la UFI mensualmente. | Administrador/a CRIO |
| 8 | Recibir el informe de combustible consumido por vehículo en el CRIO. | Encargado de la Unidad financiera Institucional del ISRI (UFI) |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
67 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamientos para regular el uso y control de los vehículos institucionales.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
68 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

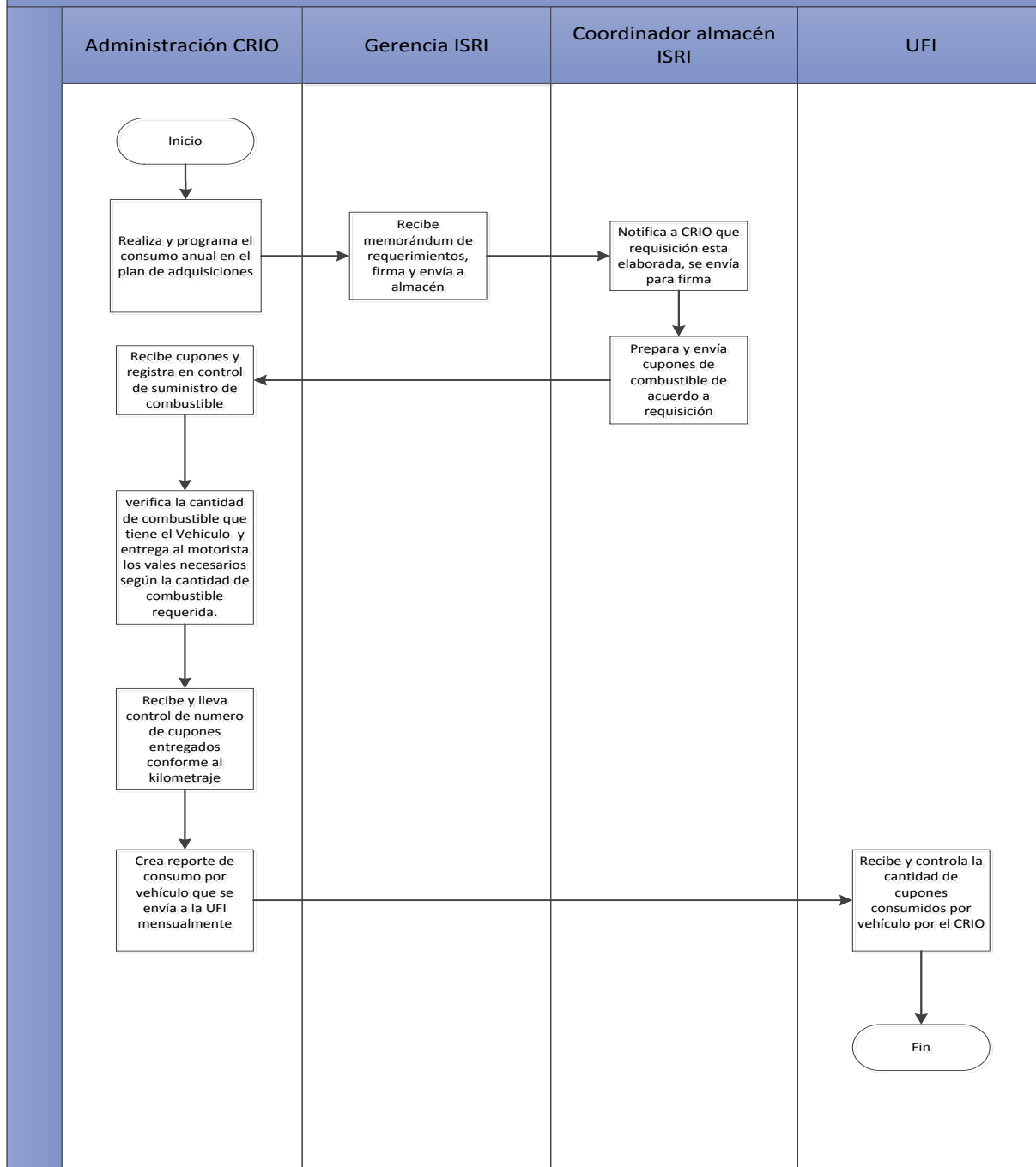
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Suministro de combustible (Manejo y control de cupones).





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
69 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.5 GESTIÓN DE DONACIONES.

- GENERALIDADES:**

| | |
|--|-----------------------|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Gestión de Donaciones |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Director/a CRIO |
| ÁREA: | Administrativa. |
| ALCANCE: Este proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| OBJETIVO DEL PROCESO: Regular las donaciones y definir la solicitud, aceptación, registro y distribución de las donaciones en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente. | |
| RESULTADOS ESPERADOS: Gestionar la solicitud, aceptación, registro y distribución de recursos donados con el fin de garantizar su transferencia a los usuarios o para realizar actividades propias del centro. | |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: Lineamientos sobre donaciones para el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral. | |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
70 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| MACRO-PROCESO | PROCESO |
|--------------------------|-----------------------|
| PROCESOS ADMINISTRATIVOS | Gestión de Donaciones |

Este proceso tiene entre sus principales actividades a desarrollar:

- Aprobación de la Donación
- Recepción de la donación
- Registro de donación tangible o intangible.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO:

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|--|--------------------------------|
| 1 | Ofrece su donación formalmente a la institución por medio de una carta. | Donante |
| 2 | Realizar un Memorándum dirigido a la presidencia del ISRI con información del donativo como su precio, el área y la utilización en el centro. | Director/a CRIO. |
| 3 | Analizar la necesidad del Bien o servicio, si no se autoriza la donación es el fin del proceso si se autoriza envía el documento autorizado al Centro. | Presidencia del ISRI |
| | Se procede a recibir la donación por parte de la Dirección del Centro mediante Acta y la envía al almacén junto con el documento de autorización. | Director/a CRIO |
| 4 | Recibe el acta del Donativo y registra su entrada en el almacén central. | Almacén Central ISRI |
| 5 | Realizar una solicitud del bien donado al almacén central con el código y la descripción del Bien solicitado. | Administrador del CRIO. |
| 6 | Envío del bien mediante requisición autorizada por gerencia y de acuerdo al tipo de bien el administrador lo incorpora al inventario del Centro. | Almacén Central ISRI. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
71 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula:
$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
72 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

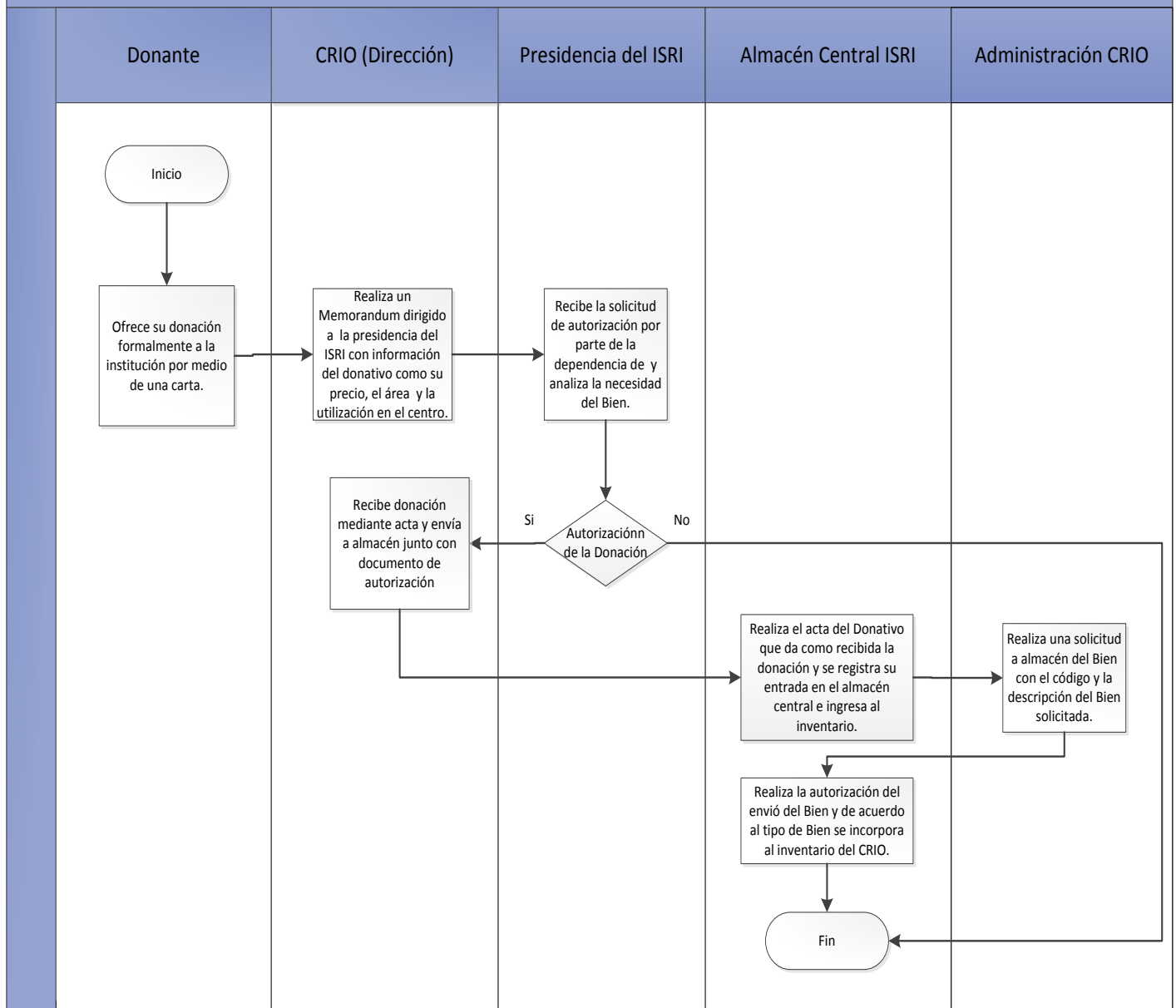
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Gestión de Donaciones.





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
73 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.6 ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE PRESUPUESTO.

- GENERALIDADES:**

| | |
|-------------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Administración y Control de presupuesto. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Administrador/a CRIO. |
| ÁREA: | Administrativa. |
| ALCANCE: | Este proceso abarca a todas las áreas del CRIO. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | <ul style="list-style-type: none"> Elaborar el Presupuesto del CRIO en base a los planes de trabajo de cada área y ajustarlo al techo presupuestario otorgado por el ISRI en base al presupuesto brindado por el Ministerio de Salud. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | <ul style="list-style-type: none"> Elaborar el Presupuesto del CRIO en base a los planes de trabajo de cada área y ajustarlo al techo presupuestario otorgado por el ISRI en base al presupuesto brindado por el Ministerio de Salud. Controlar la ejecución del presupuesto en base a lo planificado. |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | Manual de Procedimientos del Ciclo Presupuestario, Fase Formulación Ministerio de Hacienda, SAFI. DGP. |

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|---|--|
| Administración y Control de Presupuesto | Elaboración del Presupuesto Anual. |
| | Control de la Ejecución del Presupuesto. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
74 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.6.1 SUB PROCESO: ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO ANUAL.

| | |
|---------------------------------|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Elaboración del presupuesto Anual. |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Elaborar el Presupuesto del CRIO en base a los planes de trabajo de cada área y ajustarlo al techo presupuestario otorgado por el ISRI en base al presupuesto brindado por el Ministerio de Salud. |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|--|--|
| 1 | Solicitar a cada jefatura del CRIO sus necesidades para su área específica y los costos para poder realizar el presupuesto anual. | Administrador/a CRIO |
| 2 | Realizar un presupuesto requerido para el año de acuerdo a sus necesidades proyectadas especificando monto y rubro. | Jefaturas del CRIO. |
| 3 | Procesar la información de las diferentes áreas y emite un presupuesto preliminar que pasara revisión por la Dirección. | Administrador/a CRIO |
| 4 | Revisar y autorizar el presupuesto, si no pide al administrador hacer los cambios o correcciones correspondientes y se envía a la UFI. | Director/a CRIO. |
| 5 | Revisarlos planes de trabajo y presupuestos recibidos y elaborar la propuesta del presupuesto del ISRI y lo envía al MINSAL. | La UFI y el Comité de formulación presupuestaria del ISRI. |
| 6 | Recibir el techo presupuestario por parte del MINSAL y el comité será el encargado de definir el techo presupuestario a cada una de las dependencias del ISRI. | Jefe de la UFI |
| 7 | Ajustar la propuesta del presupuesto en conjunto con las Jefaturas del Centro considerando el techo y se envía el presupuesto definitivo a la UFI | Director/a CRIO. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
75 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

| | | |
|---|---|---|
| 8 | Revisar y formular el presupuesto institucional ajustado. | Comité de formulación presupuestaria del ISRI. |
| 9 | manda a la presidencia del ISRI para autorización e Ingreso del presupuesto al SAFI | Jefe de la UFI |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Manual de Procedimientos del Ciclo Presupuestario. Fase Formulación Ministerio de Hacienda SAFI.DGP

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

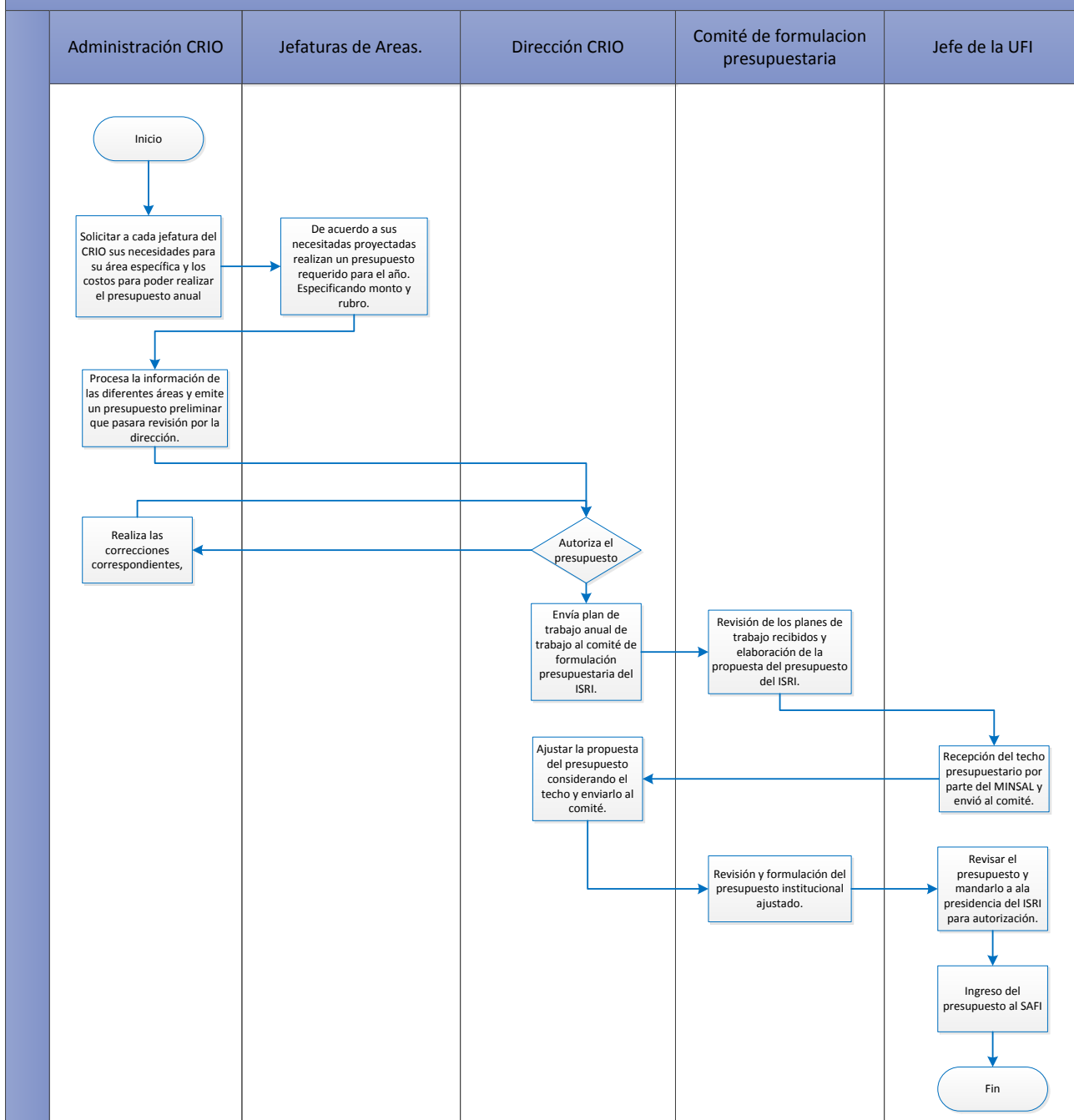
Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Elaboración del Presupuesto Anual





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
77 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.6.2 SUB PROCESO: CONTROL DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO.

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Control de la ejecución del presupuesto. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Elaborar un informe mensual de la ejecución presupuestaria | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Crear el reporte Mensual de ejecución presupuestaria del CRIO. | Administrador/a CRIO. |
| 2 | Ingresar los gastos mensuales en el SAFI para generar el informe mensual y Generar el gasto total mensual de cada dependencia. | Técnico UFI, Func. Presupuesto. |
| 3 | Realizar un seguimiento según resultados del informe a la ejecución del presupuesto entre el administrador y la UFI y realizar acciones correspondientes según el caso. | Administrador y el Técnico UFI, Func. Presupuesto. |
| 4 | Elaborar el informe mensual de la ejecución presupuestaria y se envía informe a presidencia. | Jefe de la UFI |
| 5 | Mandar los resultados del informe mensual presupuestario con las observaciones según el caso. | Presidencia del ISRI. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
78 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Manual de Procedimientos del Ciclo Presupuestario. Fase Formulación Ministerio de Hacienda SAFI.DGP

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula:
$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
79 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

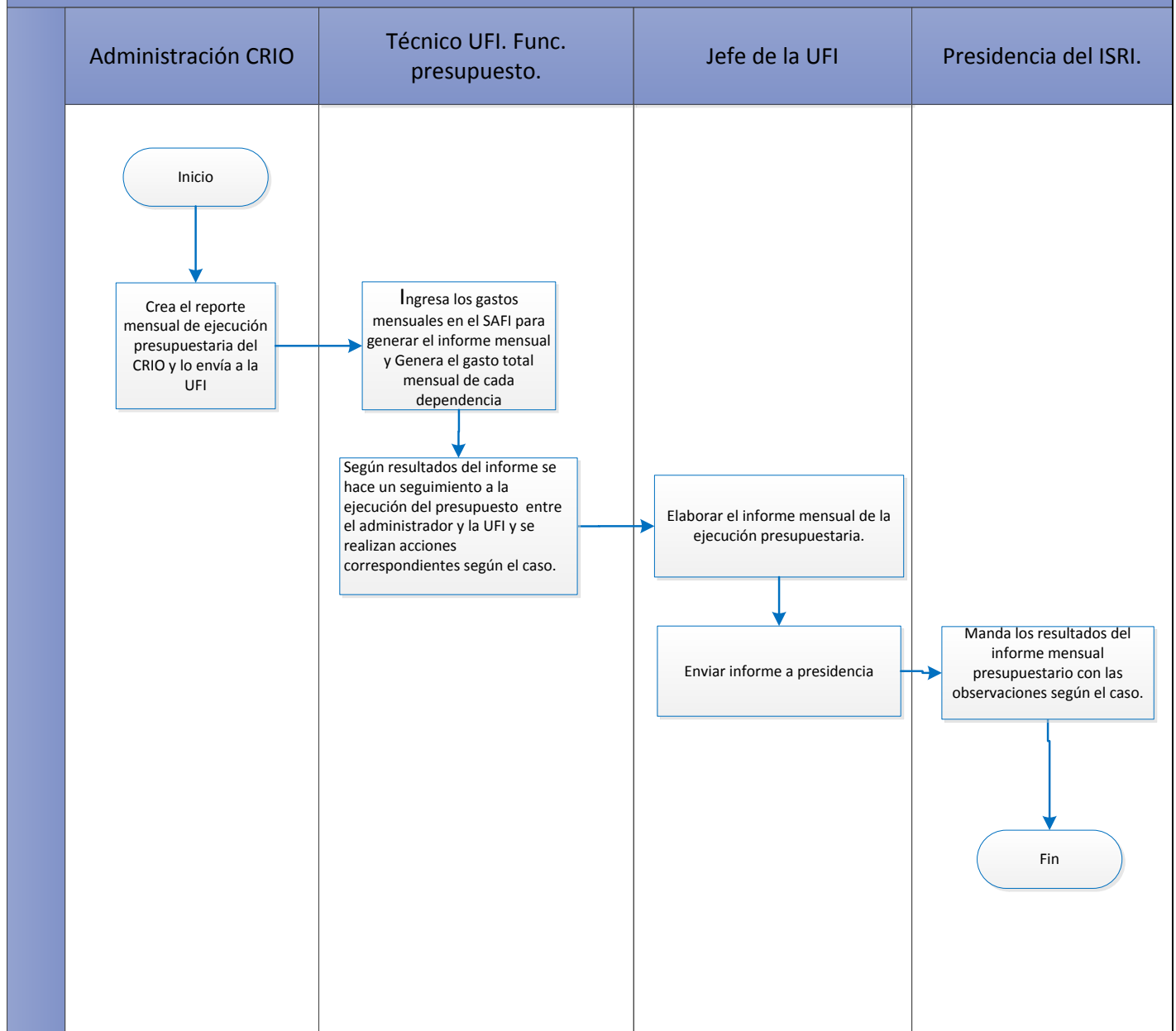
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Control de la Ejecución del presupuesto





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
80 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.7 CONTROL DE ASISTENCIA Y PERMANENCIA EN LOS LUGARES DE TRABAJO.

- GENERALIDADES:**

| | |
|--|--|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Control de asistencia y permanencia en los lugares de trabajo. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Administrador/a CRIO. |
| ÁREA: | Administrativa. |
| ALCANCE: Este proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| OBJETIVO DEL PROCESO: Controlar la asistencia y permanencia del personal que labora en el Centro de Rehabilitación de Occidente (CRIO). | |
| RESULTADOS ESPERADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> Llevar el control de las llegadas tardías del personal de acuerdo a la normativa aplicable. Llevar el control de Licencias, Permisos y Misiones oficiales del personal de acuerdo a la normativa vigente. | |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | |
| Laudo Arbitral Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias del Sector Público Disposiciones Generales de presupuesto | |

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|--|---|
| Control de asistencia y permanencia en los lugares de trabajo. | Control de Marcación Llegadas tardías |
| | Administración de Permisos y Licencias. |
| | Control de Misiones Oficiales |
| | Otorgamiento de Tiempo compensatorio. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
81 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.7.1 SUB PROCESO: CONTROL DE MARCACIÓN LLEGADAS TARDÍAS.

| | | |
|------------------------------------|--|----------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Control de Marcación Llegadas tardías. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Controlar inasistencias, asistencias y llegadas tardías de todos los empleados del CRIO | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Procesar las marcaciones mensuales en el sistema. | Administrador/a CRIO |
| 2 | Realizar un reporte consolidado mensual de llegadas tardías fuera del tiempo de tolerancia y enviar a la Dirección | Administrador/a CRIO |
| 3 | Revisar y firmar. | Director/a CRIO. |
| 4 | Enviar a Gerencia para que recursos humanos efectúe los descuentos en planilla. | Administrador/a CRIO |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Laudo Arbitral
Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias del Sector Público
Disposiciones Generales de presupuesto

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
82 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

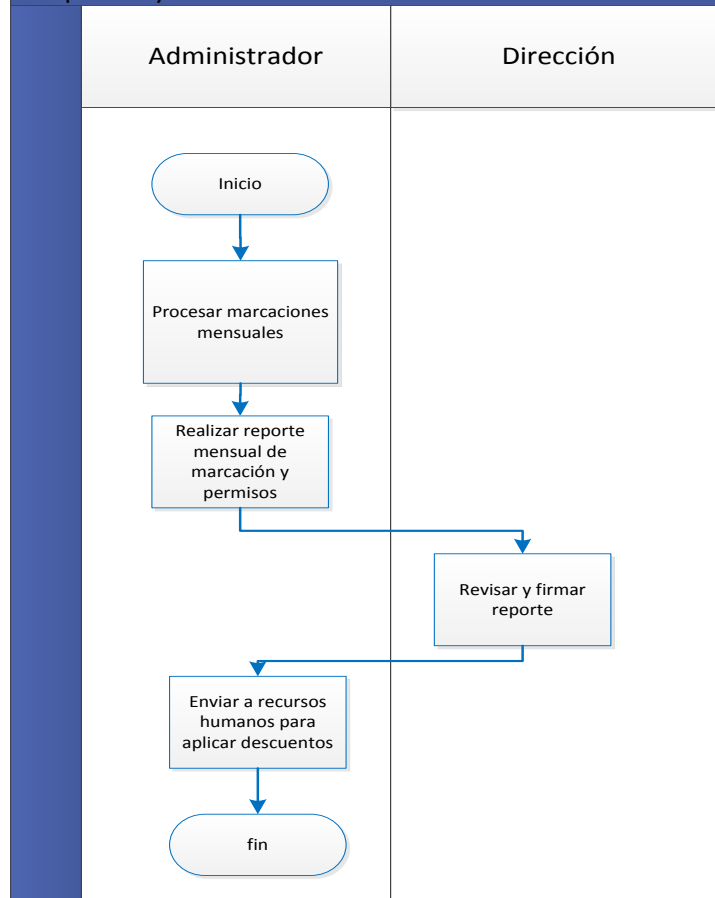
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Procesos Administrativos: Control de Marcación Llegadas tempranas y tardías.





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
83 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.1.1 SUB PROCESO: ADMINISTRACIÓN DE PERMISOS Y LICENCIAS.

| | | |
|------------------------------------|--|----------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Administración de Permisos y Licencias. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Otorgar los permisos y licencias para el personal de acuerdo a la normativa institucional vigente. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Jefaturas del CRIO. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Recibir solicitud de permiso, revisar que este conforme a normativa, firmar y enviar a la administración. | Director/a CRIO |
| 2 | En caso de licencias recibir, Revisar y firmar la Dirección del CRIO y el encargado de marcaciones, para enviar a la Gerencia para firma. | Administrador/a CRIO |
| 3 | Enviar licencias autorizadas a recursos humanos para su revisión y aplicación. En caso de inconsistencias se devuelve al centro para corrección. | Director/a CRIO |
| 4 | Realizar corrección según el caso, y se devuelve a recursos humanos para aplicar de acuerdo a normativa. | Administrador/a CRIO |
| 5 | Ingresar en el sistema de marcaciones los permisos y licencias ya autorizados. | Administrador/a CRIO |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
84 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Laudo Arbitral
Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias del Sector Público
Disposiciones Generales de presupuesto

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
85 / 182

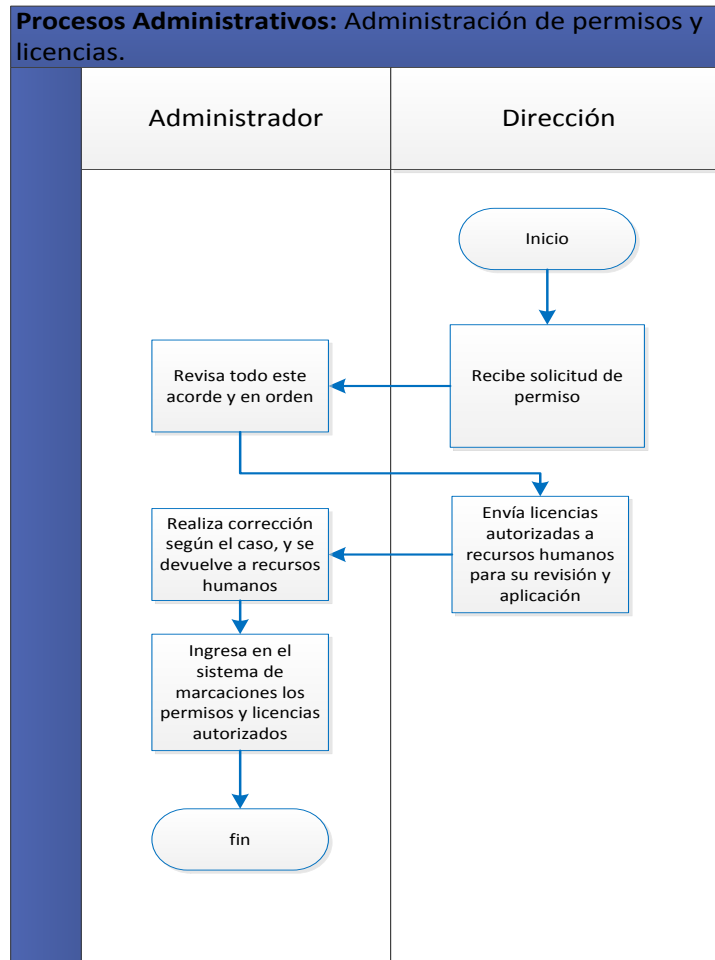
TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
86 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.7.2 SUB PROCESO: CONTROL DE MISIONES OFICIALES.

| | | |
|------------------------------------|--|----------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Control de Misiones Oficiales. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Gestionar salidas oficiales del personal representando al CRIO. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Designar a la persona que asistirá en misión oficial. | Director/a CRIO. |
| 2 | Tramitar a la jefatura inmediata la autorización del permiso de la misión. | Personal designado. |
| 3 | Revisar y Firmar permisos de Misión Oficial. | Jefaturas CRIO |
| 4 | Recibir solicitud firmada para aplicación en el sistema previa firma de la Dirección del CRIO según el caso. | Administrador/a CRIO |
| 5 | Tramitar el viatico correspondiente. | Personal Asignado. |
| 6 | Autorizar el pago del viatico. | Director/a CRIO |
| 7 | Pago de viático autorizado. | Administrador/a CRIO |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Laudo Arbitral
Ley de Asuetos, Vacaciones y Licencias del Sector Público
Disposiciones Generales de presupuesto

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\text{tiempo de la gestion}}{\text{Tiempo standar.}} \times 100$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
87 / 182

TITULO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

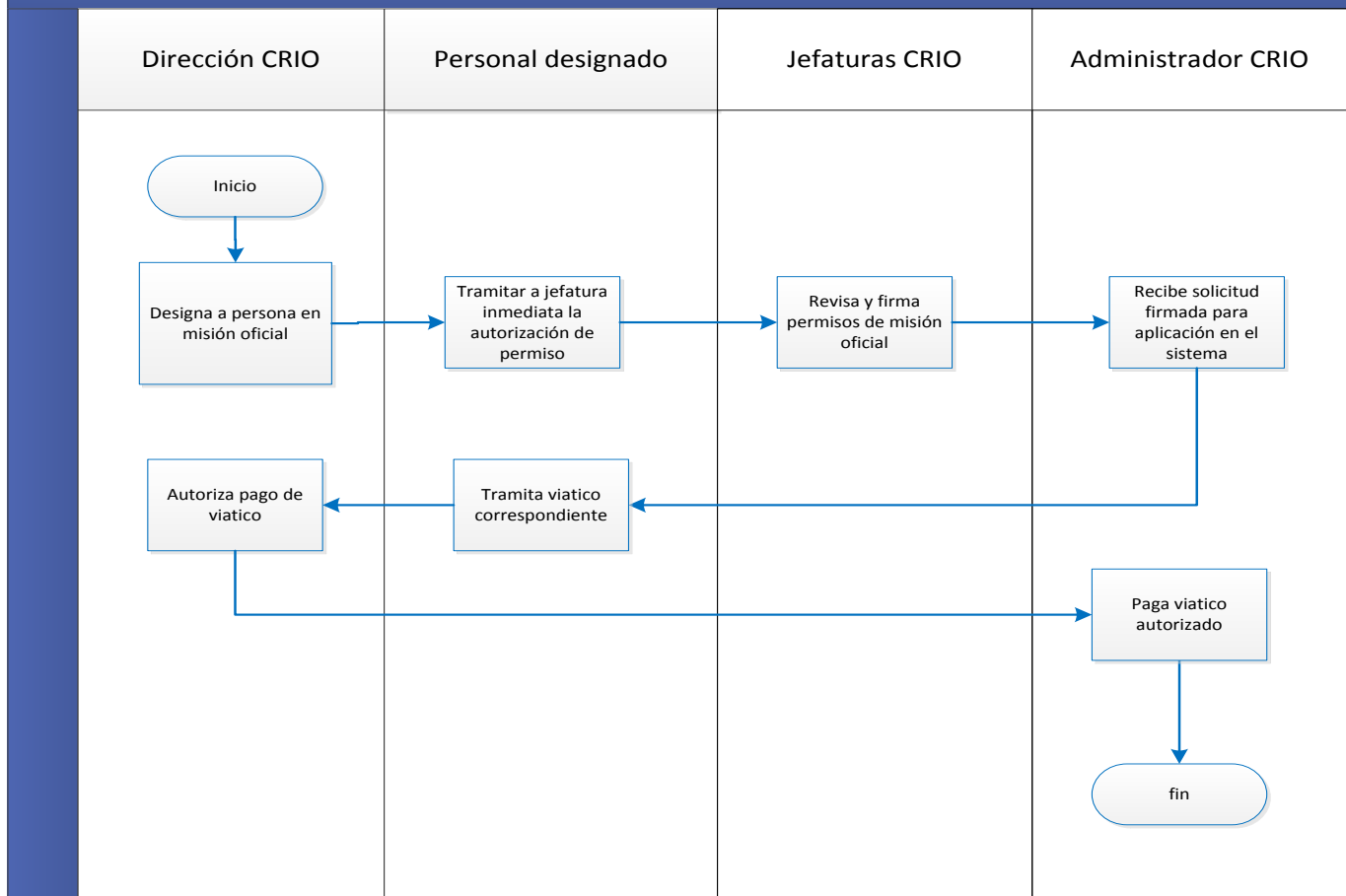
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Procesos Administrativos: Control de misiones oficiales.





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
88 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

2 PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN.

2.1 MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES Y EQUIPO.

- GENERALIDADES:**

| | |
|-------------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Mantenimiento de Instalaciones y Equipo. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Administrador/a CRIO. |
| ÁREA: | Administrativa. |
| ALCANCE: | Este proceso abarca a todas las áreas del CRIO. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | Dar mantenimiento preventivo y correctivo a todas las instalaciones y equipo de la institución, con el fin de mantenerse en óptimas condiciones para su uso. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | <ul style="list-style-type: none"> Equipos e instalaciones en óptimas condiciones para brindar un servicio de calidad. |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | Ninguna |

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|--|---|
| Mantenimiento de Instalaciones y Equipo. | Mantenimiento Preventivo de Instalaciones y Equipo |
| | Mantenimiento Correctivo de Instalaciones y Equipo. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
89 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

1.1.1 SUB- PROCESO: MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INSTALACIONES Y EQUIPO.

| | | |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Mantenimiento Preventivo de Instalaciones y Equipo. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Realizar el mantenimiento preventivo en equipo en general e instalaciones. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Realizar el plan de mantenimiento anual de equipo e instalaciones del CRIO, en el cual se especifica gastos programados, los cuales estén reflejados en el presupuesto Anual aprobado por el ISRI. | Administrador/a CRIO. |
| 2 | Elaborar solicitudes de compra con las especificaciones técnicas y lo envía a la UACI. | Administrador/a CRIO. |
| 3 | Solicitar a la UFI informe si se posee la asignación presupuestaria, si no se tiene financiamiento es fin del sub-proceso, si se tiene se inicia el proceso de compra de acuerdo a lo establecido en la LACAP. | UACI |
| 4 | UACI notifica al CRIO y al administrador de contrato la adjudicación del mantenimiento y la remisión del contrato el cual da seguimiento del Contrato en los periodos respectivos. | Administrador de Contrato. |
| 5 | Elaborar Acta de la recepción del servicio y dar seguimiento del contrato, y lo envía a UACI; notificando los incumplimientos si los hubieran. | Administrador de Contrato. |
| 6 | Recibir las Actas y los seguimientos y toma acciones de acuerdo al caso. el proveedor tramita el quedan y pago en la Tesorería | UACI |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
90 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Ninguna

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula:
$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:

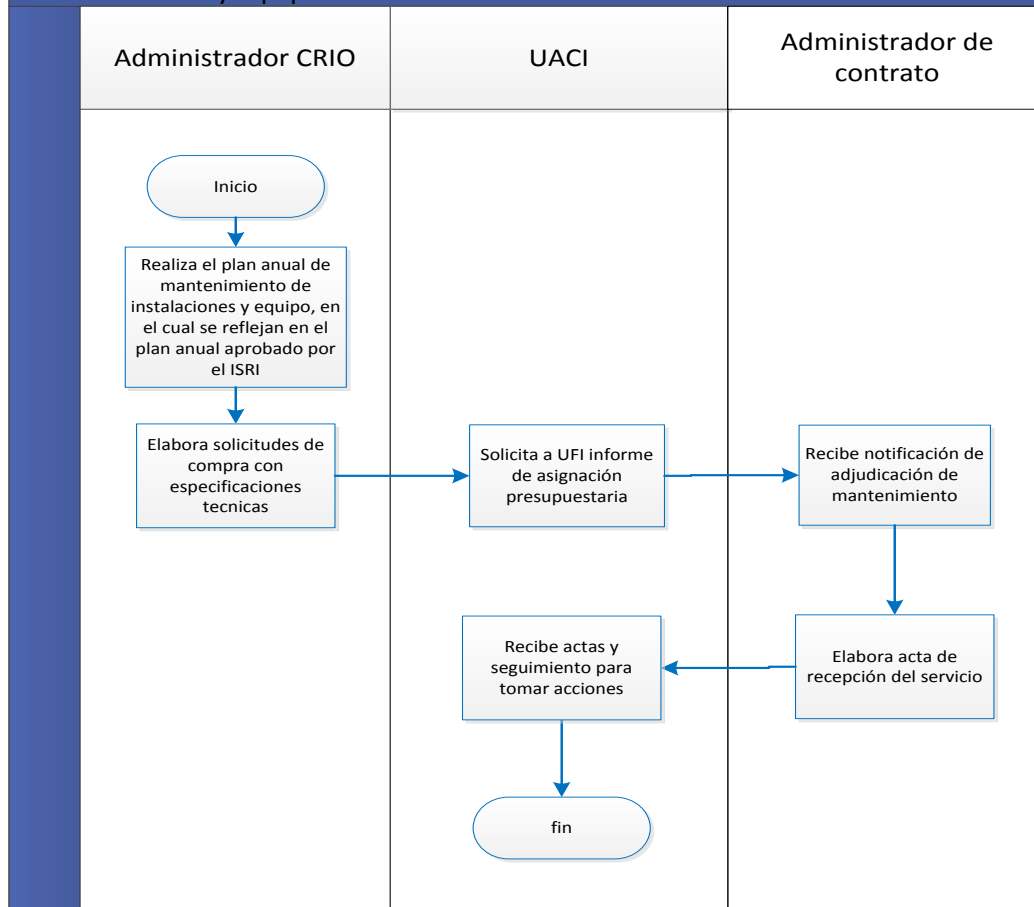
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Procesos de Mantenimiento y Soporte a la institución : Mantenimiento preventivo de Instalaciones y Equipo.





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
92 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

2.1.1 SUB- PROCESO: MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE INSTALACIONES Y EQUIPO.

| | | |
|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Mantenimiento Correctivo de Instalaciones y Equipo. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Realizar el mantenimiento Correctivo (no previsto) en equipo en general e instalaciones. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Realizar un memo a la UACI anexándole la reprogramación de fondos donde se justifica la necesidad de la reparación en equipo e instalaciones anexándole la solicitud de compra. | Administrador/a CRIO. |
| 2 | Recibir solicitud, y verificar con la UFI la existencia de fondos. Para proceder a elaborar orden de compra institucional y gestionar la reparación del bien o la contratación del servicio. | UACI |
| 3 | Notificar al CRIO la aprobación de la contratación para la reparación. | UACI |
| 4 | Recibir el contrato u orden de compra del servicio y dar seguimiento al mismo; luego elaborar un acta de recepción del servicio y observaciones según el caso y lo envía a la UACI, el proveedor tramita el quedán y pago en la Tesorería | Administrador de Contrato. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
93 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Ninguna

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula:
$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
94 / 182

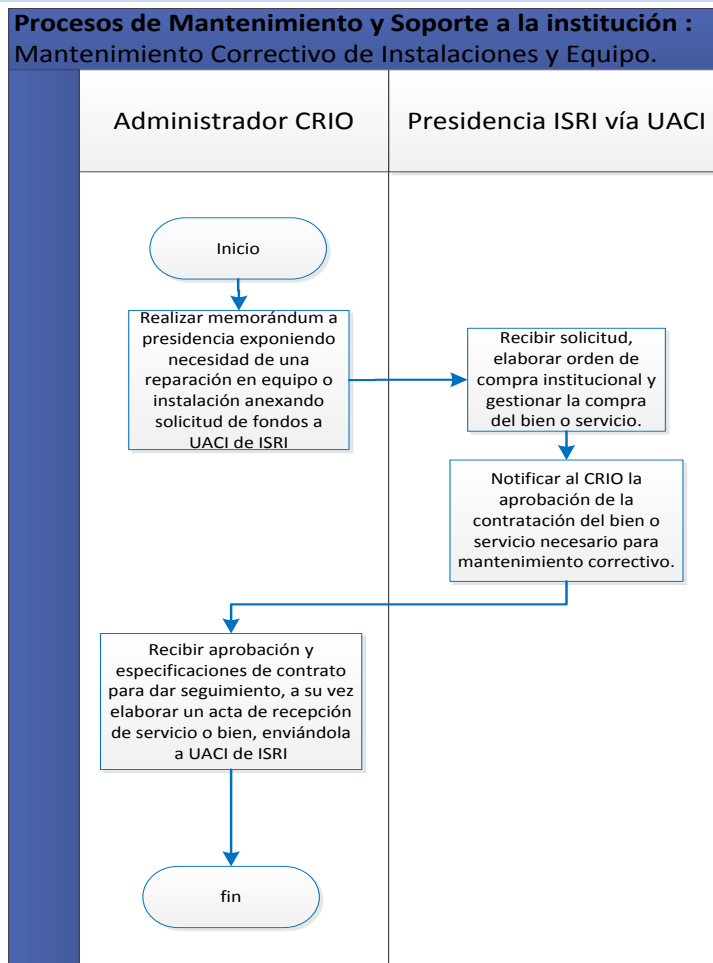
TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
95 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

2.2 MANTENIMIENTO VEHICULAR.

GENERALIDADES:

| | |
|---|--------------------------|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Mantenimiento Vehicular. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Administrador/a CRIO. |
| ÁREA: | Administrativa. |
| ALCANCE: | |
| Este proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | |
| Dar mantenimiento a todas las unidades vehiculares pertenecientes a la Institución con el fin de que se encuentren en óptimas condiciones para brindar los servicios de Transporte. | |
| RESULTADOS ESPERADOS: | |
| Realizar el mantenimiento a las Unidades Vehiculares a fin de asegurar el uso óptimo de la flota de vehículos. | |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | |
| Lineamiento para regular el uso y control de los vehículos institucionales. | |

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| MANTENIMIENTO VEHICULAR. | Mantenimiento Preventivo de Vehículos |
| | Mantenimiento Correctivo de Vehículos |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
96 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

2.2.1 SUB- PROCESO: MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOS.

| | |
|---------------------------------|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Mantenimiento Preventivo y correctivo de Vehículos. |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Garantizar que los vehículos institucionales se les proporcionen el servicio de mantenimiento y reparación correspondiente. |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|--|--|
| 1 | Realizar el plan de mantenimiento anual en donde se reflejan las necesidades programadas de mantenimiento preventivo y correctivo para los vehículos cuyo mantenimiento no pueda ser proporcionado por el personal del ISRI asignado a esta función y que estén contenidos en el presupuesto Anual aprobado por el ISRI. | Administrador/a CRIO. |
| 2 | Elaborar solicitud de compra se servicio con las especificaciones técnicas y lo envía a la UACI. | Administrador/a CRIO. |
| 3 | Solicitar a la UFI informe si se posee la asignación presupuestaria, si no se tiene financiamiento es fin del sub-proceso, si se tiene se inicia el proceso de compra de acuerdo a lo establecido en la LACAP. | UACI |
| 4 | UACI notifica al CRIO al administrador de contrato administrativo y técnico la adjudicación del mantenimiento y la remisión del contrato los cuales darán seguimiento del Contrato en los periodos respectivos. | Administrador de Contrato administrativo y técnico. |
| 5 | Elaborar Acta de la recepción del servicio y el seguimiento del contrato, y enviar a la UACI; notificando los incumplimientos si los hubieran. | Administrador de Contrato administrativo y técnico. |
| 6 | Recibir las Actas y los seguimientos y toma acciones de acuerdo al caso. el proveedor tramita el quedan y pago en la Tesorería | UACI |
| 7 | Emitir un programa de mantenimiento para cada uno de los | Coordinador de |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
97 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

| | | |
|----|---|-------------------------------|
| | vehículos institucionales ; Para el mantenimiento que realiza el ISRI, | transporte |
| 8 | Enviar el vehículo de acuerdo a programación incluyendo el envío de aceite, filtros. | Administrador/a CRIO |
| 9 | En caso de necesitarse otros repuestos notificar al centro de atención para que este realice la compra. | Coordinador de transporte |
| 10 | Realizar la compra de los repuestos de acuerdo a lo solicitado y se envía a transporte. | Administrador/a CRIO del CRIO |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamiento para regular el uso control de los vehículos institucionales.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
98 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

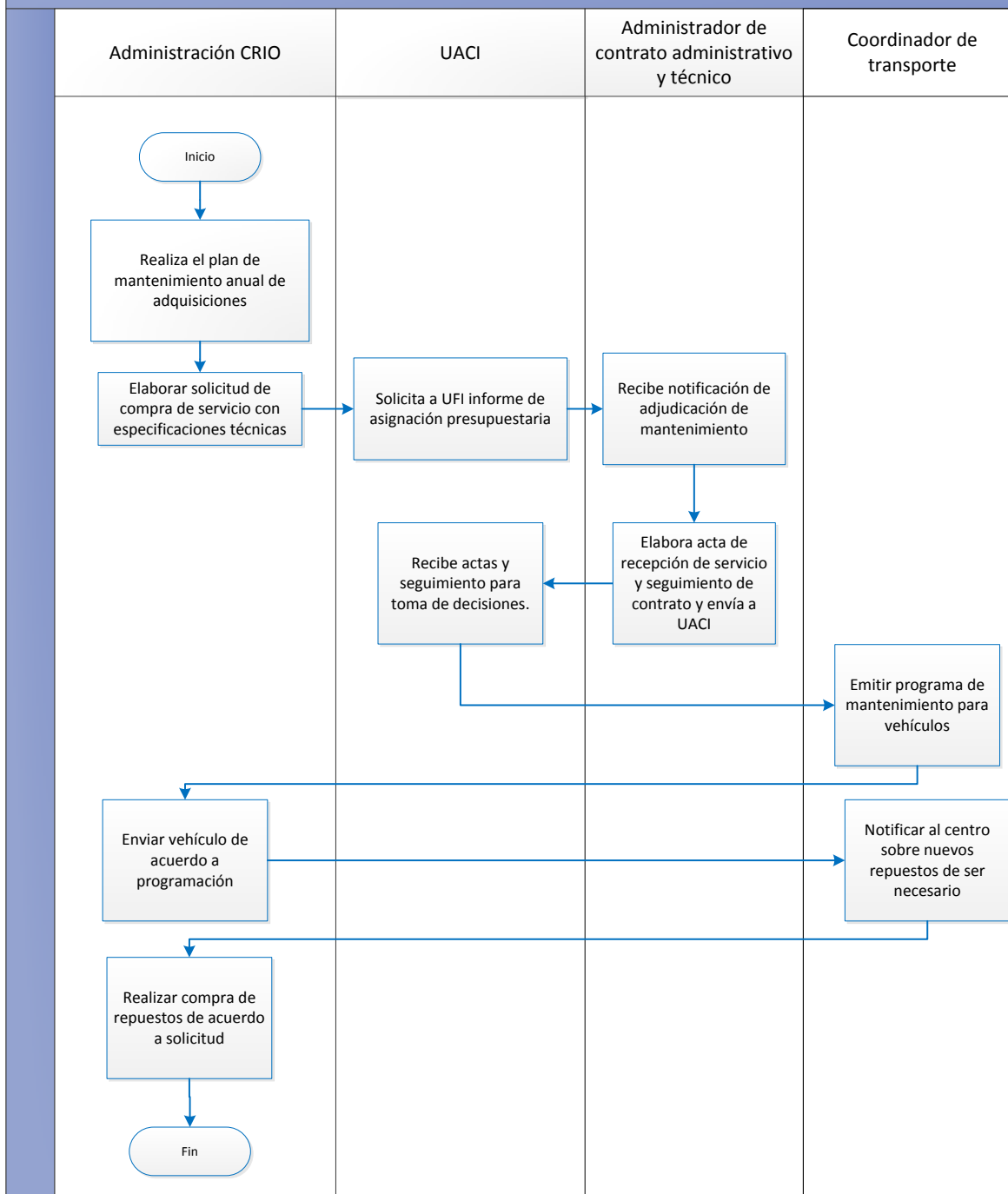
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Mantenimiento Preventivo y Correctivo de vehículos





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
99 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

2.3 SOPORTE INFORMATICO.

GENERALIDADES:

| | |
|-------------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Soporte Informático. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Administrador/a CRIO. |
| ÁREA: | Administrativa. |
| ALCANCE: | Este proceso abarca a todas las áreas del CRIO. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | Reparación, Revisión y Mantenimiento del equipo informático del CRIO, brindando soporte técnico adecuado y oportuno. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | Realizar el soporte técnico que garantice el funcionamiento óptimo de los equipos informáticos |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | Ninguno. |

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|---------------------|---------------------------------|
| SOPORTE INFORMATICO | Asistencia Remota o Presencial. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
100 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

2.3.1 SUB- PROCESO: ASISTENCIA REMOTA O PRESENCIAL.

| | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Asistencia Remota o Presencial. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Realizar el soporte informático que garantice el funcionamiento óptimo del equipo. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Solicitar soporte técnico a la Unidad de Acceso a la Información Pública del ISRI. | Administrador/a CRIO |
| 2 | Si el problema se solventa vía asistencia remota fin del proceso, en caso contrario se le solicita al administrador enviar la solicitud de revisión de equipo. | Técnico en Informática |
| 3 | Enviar solicitud junto con el Equipo a la Unidad de Acceso a la Información Pública, detallando el tipo de equipo y una breve descripción del problema. | Administrador/a CRIO |
| 4 | Recibir Equipo, realiza un diagnóstico del mismo y envía recomendaciones técnicas a implementar mediante un reporte enviado al administrador del CRIO. | Técnico en Informática |
| 5 | Recibir reporte de reparación o mantenimiento, y procede según el caso. | Administrador/a CRIO |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
101 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamiento para regular la prestación de soporte informático institucional.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula: $\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
102 / 182

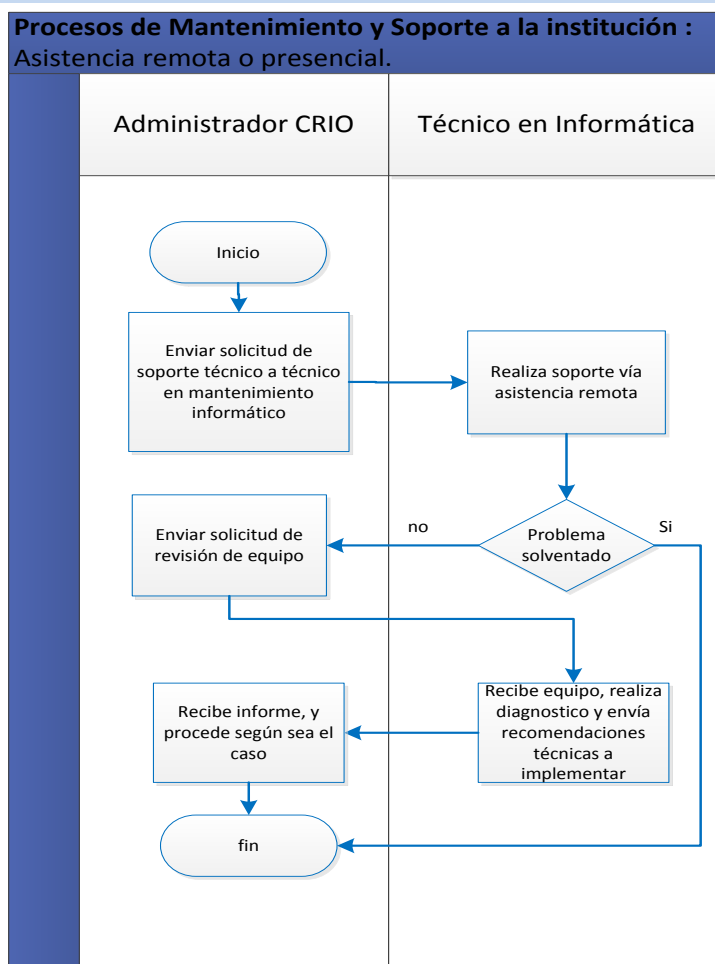
TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
103 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

2.4 SEGURIDAD Y VIGILANCIA.

GENERALIDADES:

| | |
|-------------------------------------|---|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Seguridad y Vigilancia. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Administrador/a CRIO. |
| ÁREA: | Administrativa. |
| ALCANCE: | Este proceso abarca a todas las áreas del CRIO. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | Custodiar, vigilar y controlar el movimiento de bienes y personas desde su ingreso hasta la salida del establecimiento para garantizar su resguardo y seguridad de las instalaciones e infraestructura de la institución. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | Seguridad de infraestructura, bienes, mobiliario, equipos, personal y usuarios dentro de la institución. a través de la custodia, vigilancia y control del movimiento de bienes y personas, desde su ingreso hasta la salida del establecimiento, garantizando el resguardo y seguridad de las instalaciones. |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | Lineamiento de actuación para vigilancia. |

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|-------------------------|---|
| SEGURIDAD Y VIGILANCIA. | Orientación y Control a personas que ingresan a la Institución. |
| | Registro de Ingreso y Salida de Equipo |
| | Registros de salidas u condición de Vehículos |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
104 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

2.4.1 SUB- PROCESO: ORIENTACIÓN Y CONTROL DEL INGRESO DE PERSONAS A LA INSTITUCIÓN.

| | | |
|------------------------------------|---|-----------------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Orientación y Control del ingreso de personas a la Institución. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Brindar orientación a los usuarios que visitan el CRIO. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Recibir a usuarios en portería, verificando de acuerdo a la tarjeta de citas si tiene consulta médica, terapia, o si ingresa a realizar otro trámite; si es usuario de primera vez orienta a la atención del contacto inicial, brindándole toda la información requerida para que reciba la atención necesaria. | Vigilancia CRIO |
| 2 | Registrar en el libro de novedades de vigilancia cualquier anomalía o caso relevante que se presente informándolo a la administración del centro. | Vigilancia CRIO |
| 3 | Verificar que los usuarios no porten armas, en caso de portarla deberán dejarla en portería al igual que maletines grandes, restringe el acceso a personas bajo los efectos de alcohol o drogas o aquella que incumpla las normas administrativas. | Vigilancia CRIO |
| 4 | En caso de reportarse una persona sospechosa dentro de las instalaciones, se procederá a realizar una ronda para confirmar la presencia de dicha persona e informar al jefe inmediato para tomar las medidas pertinentes de acuerdo al caso. | Vigilancia CRIO |
| 5 | Verificar y firmar diariamente el libro de novedades | Administrador/a CRIO |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
105 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamiento de actuación para vigilancia.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula:
$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
106 / 182

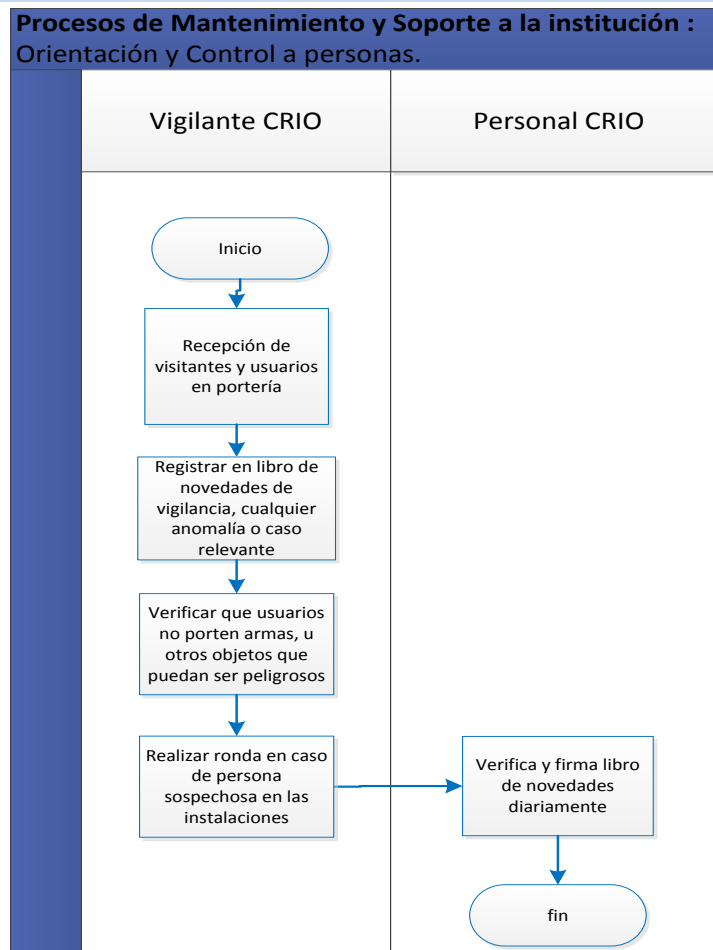
TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
107 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

2.4.2 SUB- PROCESO: REGISTRO DE INGRESO Y SALIDA DE EQUIPO.

| | | |
|------------------------------------|---|------------------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Registro de Ingreso y Salida de Equipo. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Controlar el ingreso y salida de equipo propiedad del CRIO. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Director/a CRIO. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Pedir solicitud de salida de equipo a Administrador. | Personal Responsable. |
| 2 | Entregar solicitud llena con todos los datos a Dirección para aprobación de salida de equipo. | Personal Responsable. |
| 3 | Director autoriza o no la solicitud, en caso de rechazar la solicitud fin del proceso, si la autoriza se le entrega a personal para poder dar salida de equipo en portería. | Director/a CRIO. |
| 4 | Presentar solicitud de salida debidamente firmada y autorizada por Director, para poder salir en portería. | Personal Responsable. |
| 5 | Vigilancia de portería recibe solicitud y verifica todo este correcto, brindando salida y guardando copia correspondiente para su archivo. | Vigilancia CRIO |
| 6 | Notificar a vigilancia el ingreso del equipo. | Personal Responsable. |
| 7 | Registrar en la solicitud de salida de equipo del responsable y en la copia de vigilancia, la fecha y hora de ingreso y se archiva. | Vigilancia CRIO |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
108 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamiento de actuación para vigilancia.

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula:
$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

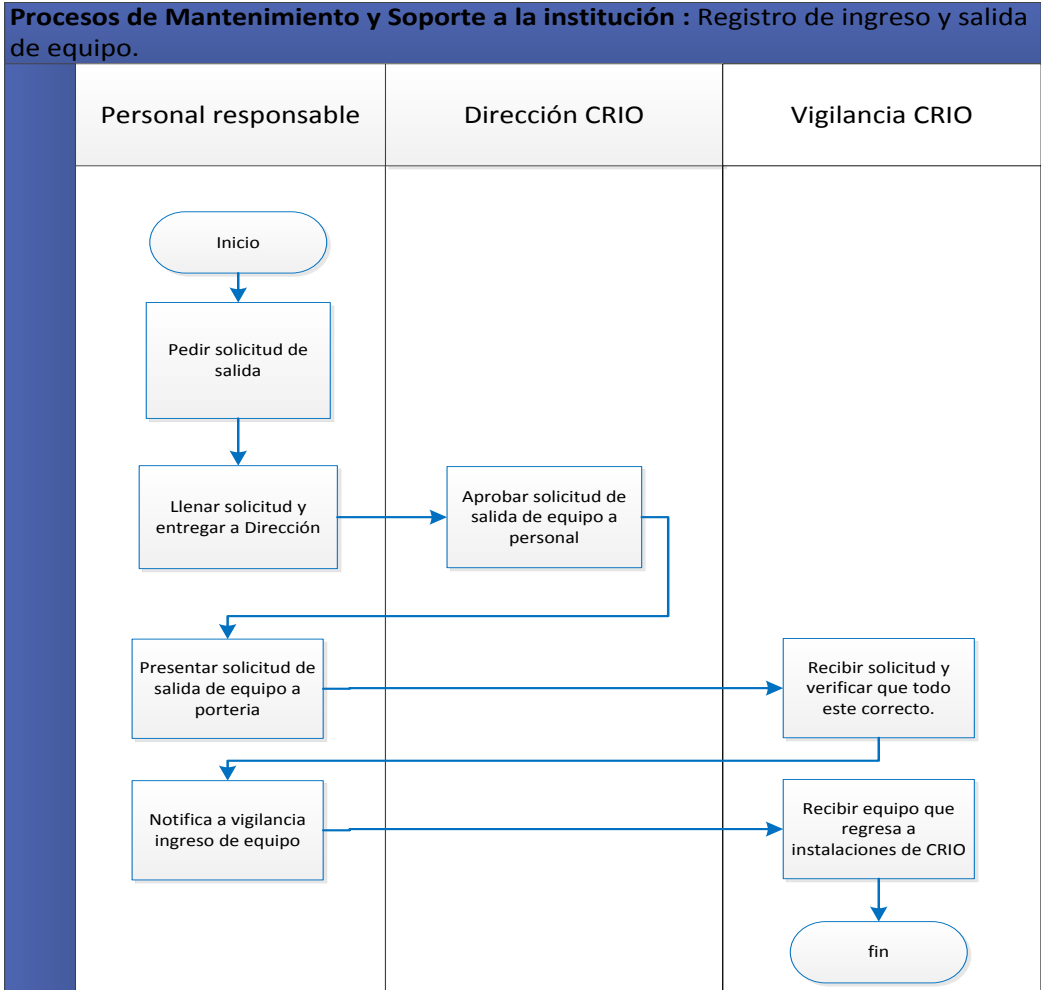
Fecha de actualización:

DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
110 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

2.4.3 SUB- PROCESO: REGISTRO DE SALIDAS U CONDICIÓN DE VEHÍCULOS CON MISIÓN OFICIAL.

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Registros de salidas u condición de Vehículos con Misión Oficial. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Controlar el ingreso y salida de vehículos en misión oficial. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Administrador/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Pedir solicitud de salida de automóvil en misión oficial a Administrador. | Servidor público en Misión Oficial |
| 2 | Entregar solicitud llena con todos los datos a Administrador para aprobación de salida de vehículo. | Servidor público en Misión Oficial |
| 3 | Administrador aprueba o no solicitud, se la entrega a personal para poder dar salida de vehículo en portería. | Administrador/a CRIO |
| 4 | Presentar solicitud de salida debidamente firmada y aprobada por Administrador, para poder salir en portería. | Servidor público en Misión Oficial |
| 5 | Recepcionar solicitud y verificar que todo este correcto (kilometraje, combustible y hora de salida), brindando salida y guardando copia correspondiente para su archivo. | Vigilancia CRIO |
| 6 | Recepcionar automóvil que regresa a instalaciones, verificando se encuentre en buenas condiciones y anotando (kilometraje, combustible y hora de entrada). | Vigilancia CRIO |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
111 / 182

TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamientos de servicios generales (vigilancia).

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula:
$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.

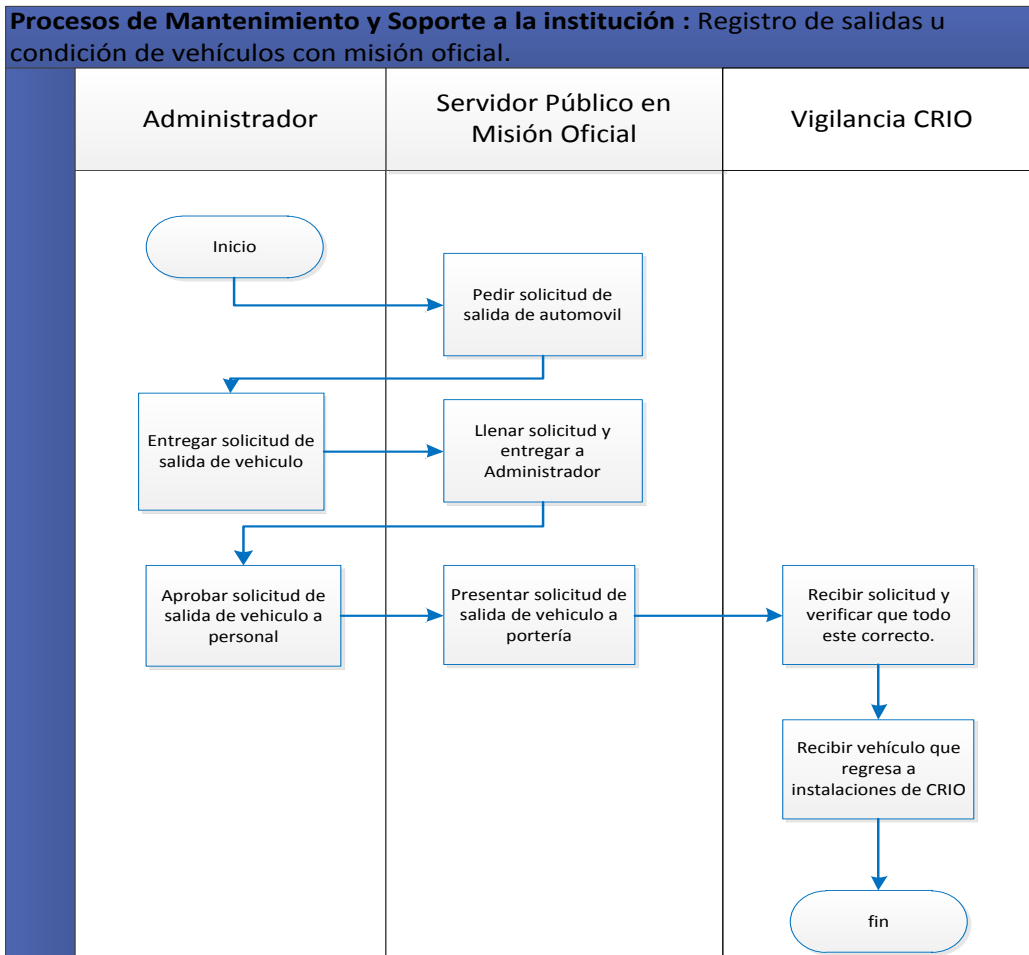
TITULO: PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
113 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

3 PROCESOS DE GESTIÓN DE CAPITAL HUMANO.

3.1 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL.

GENERALIDADES:

| | |
|-------------------------------------|---|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Capacitación del personal. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Director/a CRIO. |
| ÁREA: | Administrativa. |
| ALCANCE: | Este proceso abarca a todas las áreas del CRIO. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | fortalecer el capital humano del CRIO tanto en aspectos técnicos, como administrativos y de clima organizacional |
| RESULTADOS ESPERADOS: | Coordinar capacitaciones según las peticiones de las diferentes jefaturas del CRIO anualmente. Planificar la presencia del personal en las capacitaciones que el ISRI establezca anualmente. |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | Manual de Normas y Procedimientos de Recursos Humanos del ISRI |

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|----------------------------|--------------------------|
| CAPACITACIÓN DEL PERSONAL. | Capacitaciones Internas. |
| | Capacitaciones Externas. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
114 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

3.1.1 SUB- PROCESO: CAPACITACIONES INTERNAS.

| | | |
|------------------------------------|---|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Capacitaciones Internas. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Fortalecer el capital humano del CRIO tanto en aspectos técnicos, como administrativos y de clima organizacional | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Director/a CRIO. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Conformar comité de capacitación al usuario interno | Director/a CRIO. |
| 2 | Realizar censo para identificar las necesidades de capacitación en todas las áreas y sugerir a Dirección los temas de interés | Comité de educación al usuario interno |
| 3 | Escoger y calendarizar 3 temas de jornada completa y 3 temas para desarrollar en 1 hora durante todo el año y Realizar Plan de capacitación con fechas para su realización | Director/a CRIO. |
| 4 | Verificar que las fechas seleccionadas no coincidan con otras actividades del ISRI y remitir informe a Recursos Humanos del ISRI donde se establecen los temas y fechas de la capacitación interna y se sugieren temas de interés para el Plan de Capacitaciones del ISRI | Director/a CRIO. |
| 5 | Recibir el plan interno de capacitación y las propuestas de temas de interés para elaborar el plan de Capacitaciones del ISRI en coordinación con el Comité designado para tal fin. | Recursos Humanos del ISRI |
| 6 | Gestionar capacitadores externos o internos de acuerdo a los temas de las capacitaciones de tiempo parcial o completo. | comité de Desarrollo Humano del CRIO |
| 7 | Dar su visto bueno a los capacitadores propuestos tanto externos como internos y supervisar la buena organización de las capacitaciones. | Director/a CRIO. |
| 8 | Gestionar y desarrollar las capacitaciones. | Comité de Desarrollo Humano del CRIO |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
115 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Manual de Normas y Procedimientos de Recursos Humanos del ISRI

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula:
$$\frac{\text{Tiempo Standar}}{\text{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$$

Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
116 / 182

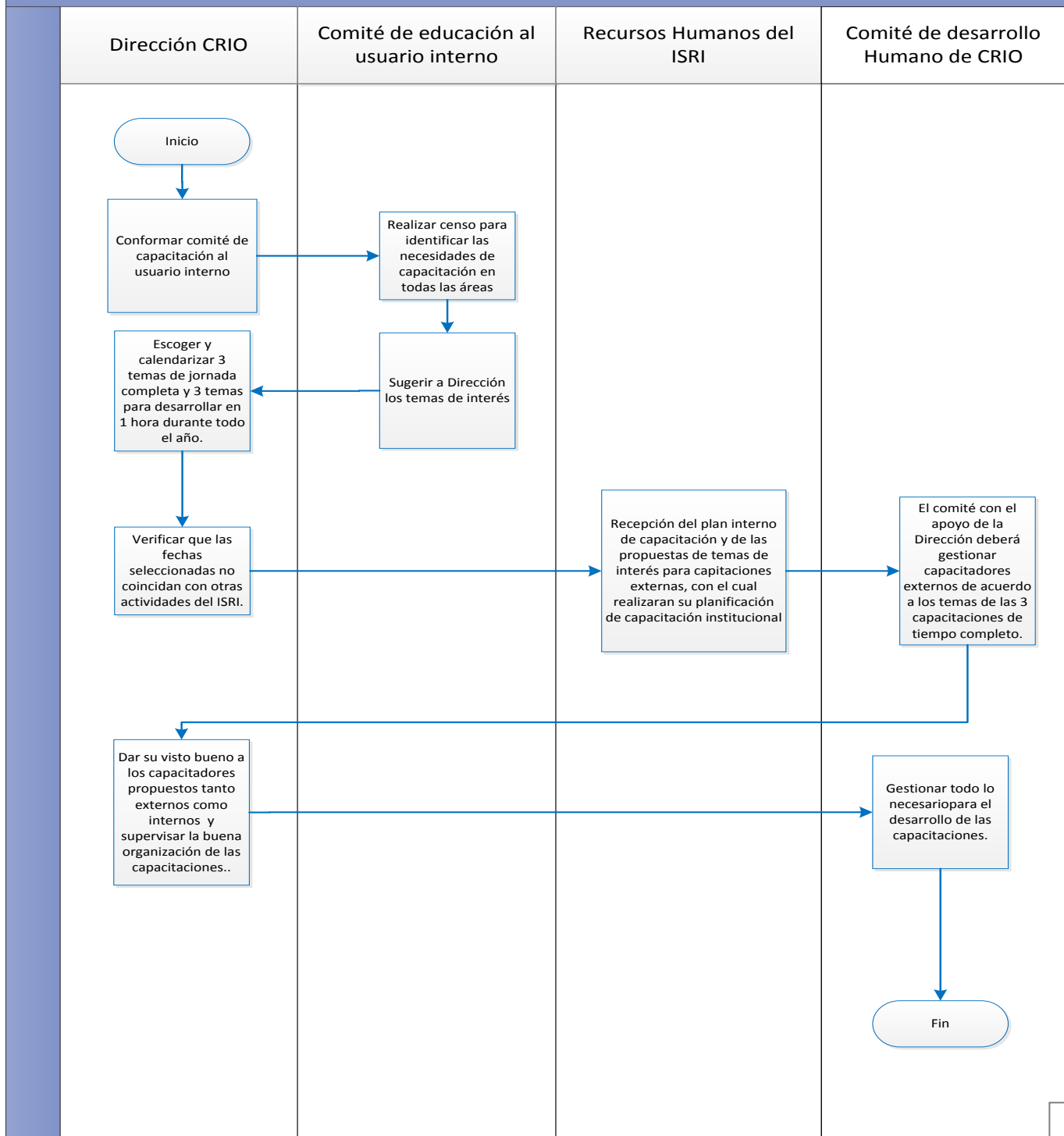
TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

Capacitación del personal: Capacitación interna





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
117 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

3.1.2 SUB- PROCESO: CAPACITACIONES EXTERNAS.

| | | |
|------------------------------------|--|----------------------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Capacitaciones Externas. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Seleccionar personal y garantizar la presencia en las capacitaciones que el ISRI establezca anualmente. | |
| ALCANCE: | Este Sub- proceso abarca a todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Director CRIO. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Solicitar al CRIO los temas de interés para capacitación institucional | Recurso Humano ISRI. |
| 2 | Gestionar al Comité de Desarrollo Humano para que sugiera temas de interés particular en la institución y enviar la lista de los temas seleccionados así como el cronograma de capacitación interna. | Director/a CRIO. |
| 3 | Consolidar temas de interés, preparar el plan de capacitaciones del ISRI en coordinación con el comité seleccionado para tal fin y enviar a las diferentes unidades organizativas del ISRI. | Recurso Humano ISRI. |
| 4 | Recibir plan de capacitaciones con su respectiva fecha y horario, para calendarizar y conjuntamente con las Jefaturas seleccionar de acuerdo al tema el personal que asiste a la capacitación. | Director/a CRIO. |
| 5 | Mandar a sus áreas las fechas y las capacitaciones para su programación y descontar en UTEC el tiempo invertido en las capacitaciones y hacer el ajuste de metas. | Director/a CRIO. |
| 6 | Coordinar la asistencia oportuna del personal seleccionado a las capacitaciones programadas. | Director/a CRIO y jefes de área. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
118 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Manual de Normas y Procedimientos de Recursos Humanos del ISRI

INDICADORES:

Indicador: Eficiencia

Formula:
$$\frac{\textit{Tiempo Standar}}{\textit{Tiempo Real utilizado}} \times 100\%$$

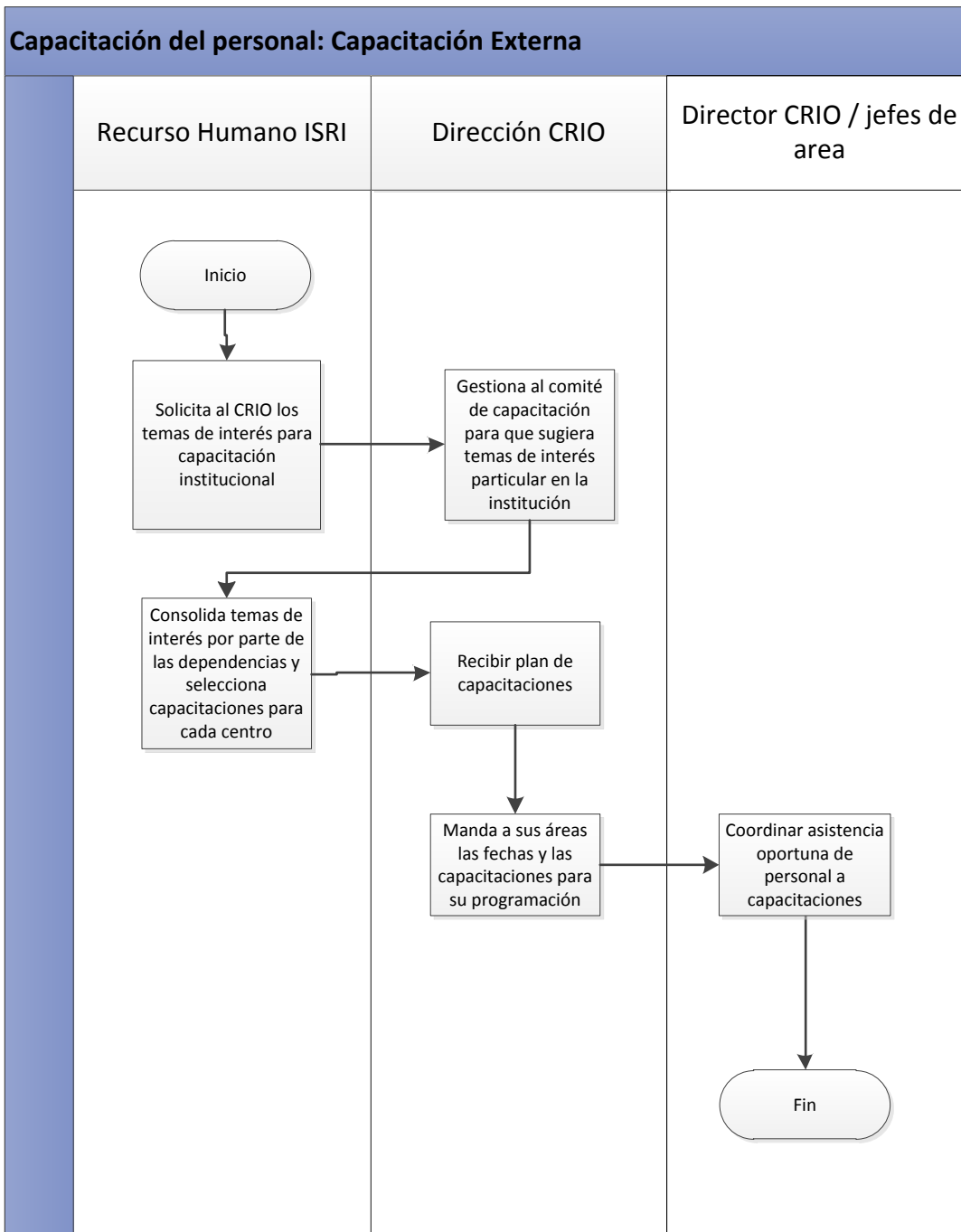
Valor Máximo: 100 %

Valor Mínimo: 80 %

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
120 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4 PROCESOS DE REHABILITACIÓN INTEGRAL.

4.1 INGRESAR USUARIOS.

GENERALIDADES:

| NOMBRE DEL PROCESO: | Ingresar Usuarios |
|--|---|
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Personal de ingreso. |
| ÁREA: | Servicios médicos y de rehabilitación. |
| ALCANCE: | Este proceso abarca desde la recepción de usuarios potenciales hasta la aceptación de estos a las áreas médicas o de rehabilitación. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | Brindar Servicios de Rehabilitación integral a las personas con discapacidad que demanden los servicios del CRIO y que cumplan con los requisitos establecidos. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | |
| INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO | |
| PROCESO | SUBPROCESO |
| Ingresar Usuarios. | Evaluación Inicial |
| | Ingreso a Servicios Médicos |
| | Ingreso a Servicios Terapéuticos |
| Usuarios ingresados a CRIO satisfactoriamente. | |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | Modelo de atención. Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED). Lineamientos del programa de epidemiología. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
121 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4.1.1 SUB-PROCESO: RECEPCIÓN Y TOMA DE DATOS.

| | |
|---------------------------------|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Evaluación Inicial. |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Evaluar la pertenencia o no al CRIO de acuerdo al tipo de discapacidad, estableciendo la priorización diagnóstica y la especialidad médica que establecerá el plan de rehabilitación. |
| ALCANCE: | Este sub-proceso abarca a los usuarios hasta el momento de ingresar o no al CRIO. |
| RESPONSABLE: | Personal de Ingreso. |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|---|-------------------------|
| 1 | Realizar contacto inicial con potencial usuario, se le brinda orientación y se analiza preliminarmente si usuario pertenece o no a CRIO. | Enfermera |
| 2 | Realizar una evaluación médica inicial, para determinar la discapacidad del potencial usuario, en la cual puede aceptar al usuario brindar un diagnóstico y prioridad, o referir hacia otro centro. | Médico familiar |
| 3 | Aperturar expediente a usuario, describiendo diagnóstico, prioridad de usuario y orientándolo a sacar una cita con Especialista. | Auxiliar de estadística |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED), modelo de atención, Lineamiento del programa de epidemiología.

INDICADORES:

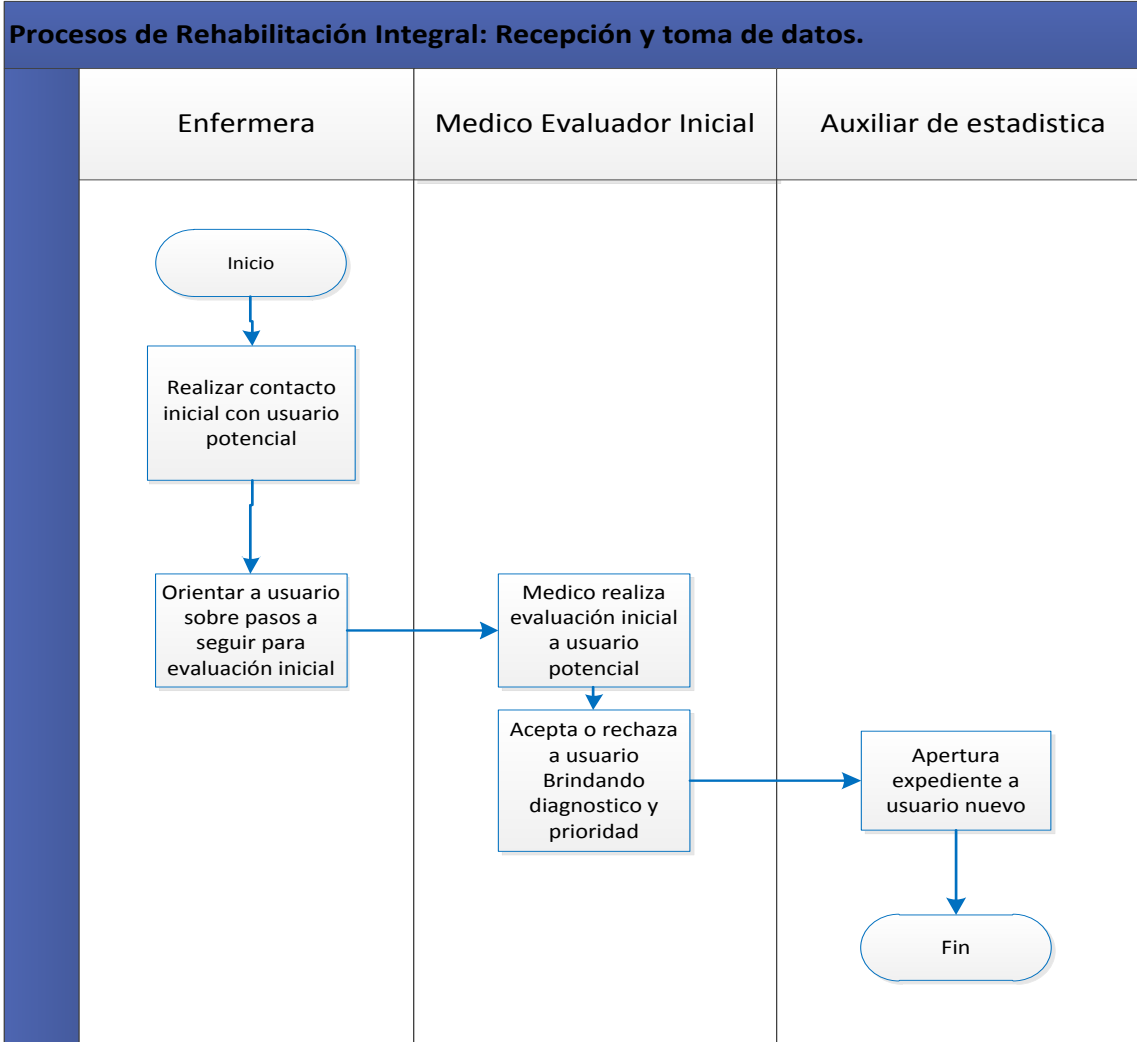
Indicador: Usuarios ingresados a centro

Formula:
$$\frac{\text{Usuarios ingresados}}{\text{Total de usuarios recibidos}} \times 100\%$$

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
123 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

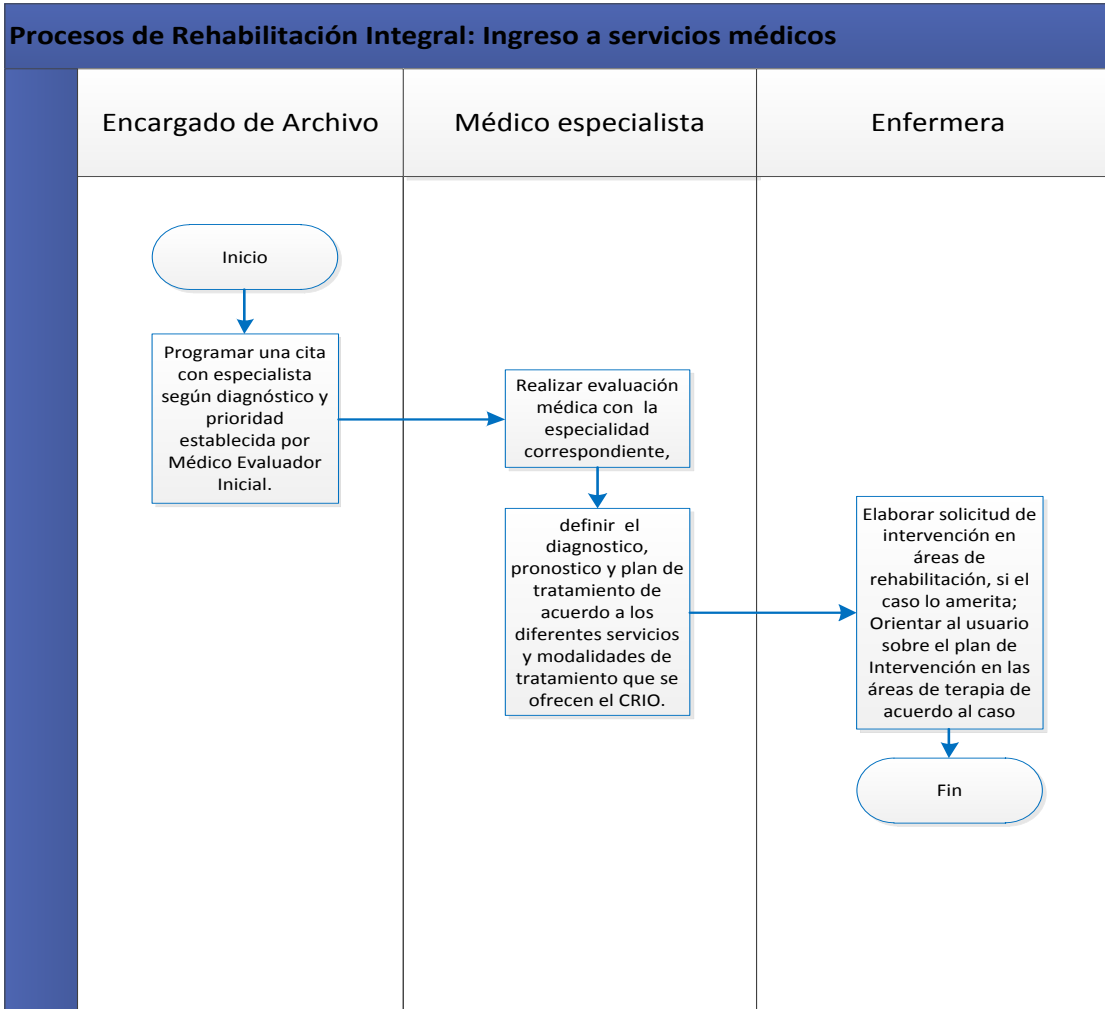
Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4.1.2 SUB- PROCESO: INGRESO A SERVICIOS MÉDICOS.

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Ingreso a servicios médicos. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Establecer a través de la evaluación médica especializada el diagnóstico, complejidad y pronóstico de la discapacidad estableciendo el plan de rehabilitación. | |
| ALCANCE: | Este sub-proceso abarca desde que se acepta a usuario en centro hasta solicitar evaluación en terapia. | |
| RESPONSABLE: | Personal Médico e ingreso. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Programar una cita con especialista según diagnóstico y prioridad establecida por Médico Evaluador Inicial. | Encargado de Archivo |
| 2 | Realizar evaluación médica con la especialidad correspondiente, definiendo el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de acuerdo a los diferentes servicios y modalidades de tratamiento que se ofrecen el CRIO. | Médico especialista |
| 3 | Elaborar solicitud de intervención en áreas de rehabilitación, si el caso lo amerita; Orientar al usuario sobre el plan de Intervención en las áreas de terapia de acuerdo al caso | Enfermera |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | | |
| No aplica. | | |
| INDICADORES: | | |
| Indicador: Número de usuarios referidos a cada tipo de terapia | | |
| NOTA DE CAMBIO: | | |
| No contiene cambios realizados. | | |

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
125 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4.1.3 SUB- PROCESO: INGRESO A SERVICIOS TERAPEUTICOS.

| | | |
|--|---|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Ingreso a servicios terapéuticos. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Ingresar a usuarios a los diferentes programas y modalidades de tratamiento que brinda el CRIO. | |
| ALCANCE: | Este sub-proceso abarca desde que el usuario es referenciado a una terapia hasta que es evaluado inicialmente en terapia para brindar un plan de rehabilitación. | |
| RESPONSABLE: | Jefes de terapeutas. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Asignar cita para evaluación en terapia a usuario referido de médico especialista, indicando fecha y hora. | Auxiliar de terapia |
| 2 | Realizar evaluación inicial en terapia, estableciendo objetivos y planes a seguir de acuerdo a la discapacidad y al Plan de Rehabilitación establecido por el especialista. Así como modalidades que se brindaran de acuerdo a cada caso. | Equipo de evaluación en terapia |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | | |
| No aplica. | | |
| INDICADORES: | | |
| Indicador: Usuarios ingresados a centro | | |
| Formula: $\frac{\text{Usuarios ingresados}}{\text{Total de usuarios recibidos}} \times 100\%$ | | |
| NOTA DE CAMBIO: | | |
| No contiene cambios realizados. | | |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
126 / 182

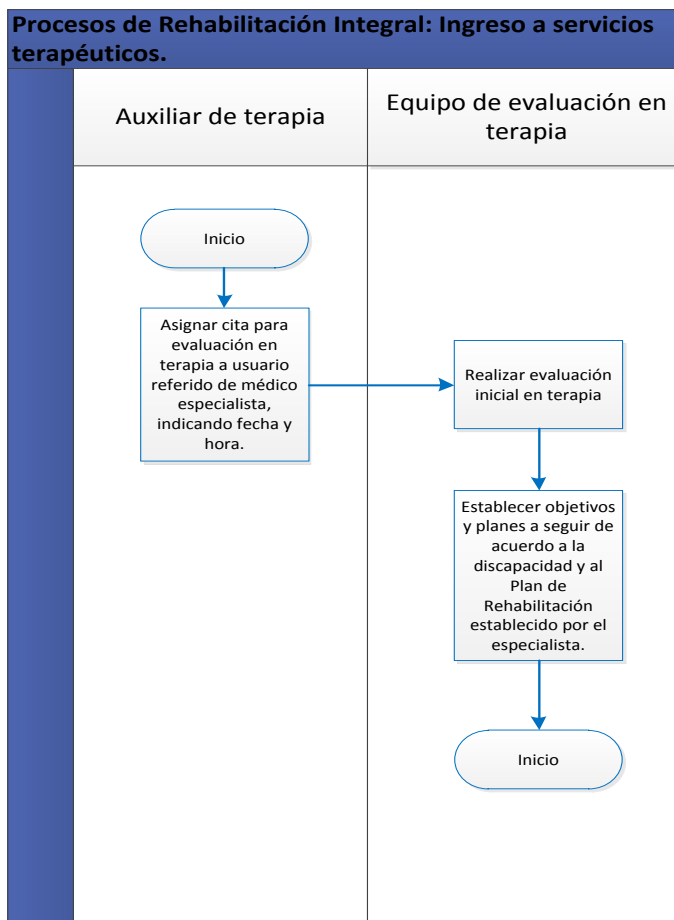
TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
127 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4.2 INTERVENIR USUARIOS.

GENERALIDADES:

| NOMBRE DEL PROCESO: | Intervenir usuarios |
|-------------------------------------|--|
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Personal médico y terapéutico |
| ÁREA: | Servicios médicos y de rehabilitación. |
| ALCANCE: | Este proceso abarca desde que el usuario es evaluado, hasta que se cumple el objetivo de rehabilitación planteada. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | Brindar Servicios de rehabilitación y habilitación de acuerdo a las necesidades individuales del usuario de acuerdo al plan de rehabilitación establecido. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | |
| INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO | |
| PROCESO | SUBPROCESO |
| Intervenir Usuarios. | Intervención en servicios Médicos |
| | Intervención en servicios Terapéuticos |
| | Intervención en servicios Psicológicos |
| | Intervención en Trabajo Social |
| Usuarios rehabilitados. | |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | Modelo de atención. Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED). Lineamientos del programa de epidemiología. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
128 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4.2.1 SUB-PROCESO: INTERVENCIÓN EN SERVICIOS MÉDICOS.

| | |
|---------------------------------|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Intervención en servicios Médicos. |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Evaluar el cumplimiento del plan de rehabilitación y la evolución del usuario de acuerdo a los objetivos planteados. |
| ALCANCE: | Este sub-proceso abarca todos los controles y consultas subsecuentes que los usuarios reciben en el transcurso de su rehabilitación. |
| RESPONSABLE: | Personal médico. |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| Nº | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|---|---------------------------------|
| 1 | Brindar consultas subsecuentes a usuarios para determinar el nivel de Avance de rehabilitación en los usuarios, y así controlar o modificar los planes a seguir. | Médico especialista |
| 2 | Realizar evaluaciones Inter/Multidisciplinarias, esto aplica en casos especiales, en donde no se obtiene el avance deseado y se necesita redefinir metas y planes de tratamiento. | Equipo inter/Multidisciplinario |
| 3 | Brindar interconsultas, para evaluar el nivel de evolución de la discapacidad del usuario, para continuar o establecer cambios en el plan de tratamiento a seguir. | Médico especialista |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamientos de atención para la rehabilitación de personas con discapacidad

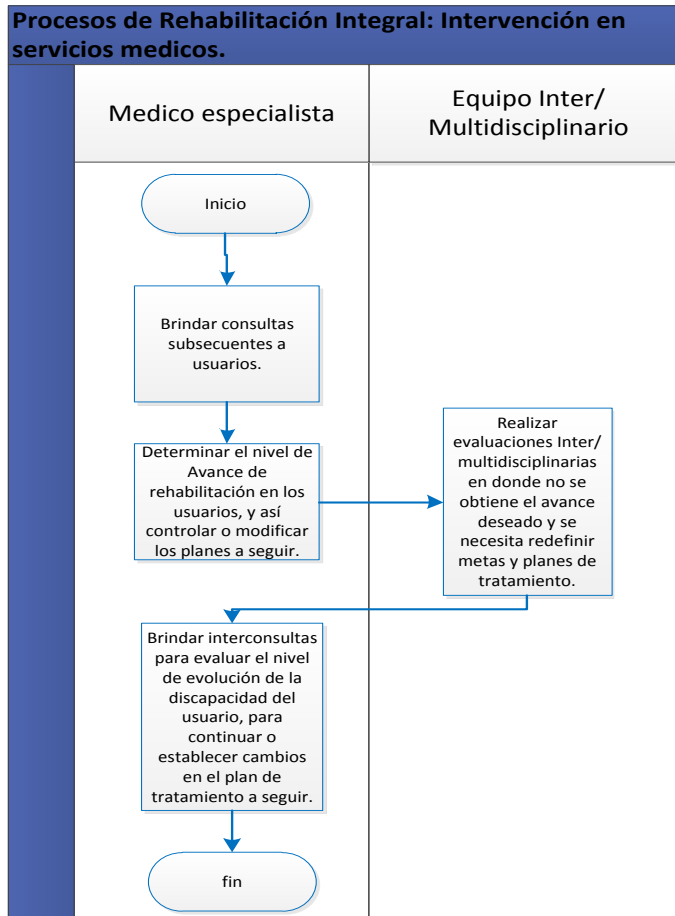
INDICADORES:

Indicador: Número de atenciones medicas

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
130 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4.2.2 SUB-PROCESO: INTERVENCIÓN EN SERVICIOS TERAPÉUTICOS.

| | |
|---------------------------------|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Intervención en servicios terapéuticos. |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Intervenir a usuario en los diferentes Programas y modalidades que brinda el CRIO de acuerdo al plan de tratamiento individual establecido. |
| ALCANCE: | Este sub-proceso abarca todas las terapias que se brindan a los usuarios en el centro. |
| RESPONSABLE: | Personal de terapia. |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| Nº | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|--|-------------|
| 1 | Intervenir usuarios en los diferentes programas y modalidades de tratamiento, según lo establecido en el Plan de Rehabilitación según las siguientes modalidades: | Terapista |
| 2 | Intervenir con la participación activa del usuario y su familia en el proceso de rehabilitación en terapia neuromusculo esquelética: Terapia física: en las modalidades de electroterapia, cinesiterapia y termoterapia. Terapia Ocupacional: en las modalidades de actividades de la vida diaria, orientación y movilidad, y funciones mentales superiores. | Terapista |
| 3 | Intervenir con la participación activa del usuario y su familia en el proceso de rehabilitación en terapias de comunicación humana, en las modalidades de pre-lingüística, lingüística y desordenes específicos del habla. | Terapista |
| 4 | Intervenir con la participación activa del usuario y su familia en el proceso de rehabilitación en terapias de Habilidades adaptativas, en las modalidades de terapia educativa, educación física adaptativa y terapia lúdica | Terapista |
| 5 | Dar seguimiento de acuerdo a la frecuencia establecida en el plan de tratamiento hasta cumplir los objetivos de rehabilitación, re evaluando periódicamente el avance anotándolo en el expediente de rehabilitación. | Terapista |
| 6 | Verificar el avance en las otras áreas de intervención con el propósito de la integralidad del tratamiento, a su vez establecer el plan de hogar. | Terapista |
| 7 | Solicitar interconsulta con medicina especializada, evaluación en equipo multi/interdisciplinario de acuerdo a las necesidades individuales y al avance en el proceso de rehabilitación | Terapista |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
131 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

| N° | Descripción de la Actividad. | Responsable |
|----|--|-------------|
| 8 | Establecer de acuerdo a las necesidades individuales la prescripción de ayudas técnicas. | Terapista |
| | | |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamientos de atención para la rehabilitación de personas con discapacidad

INDICADORES:

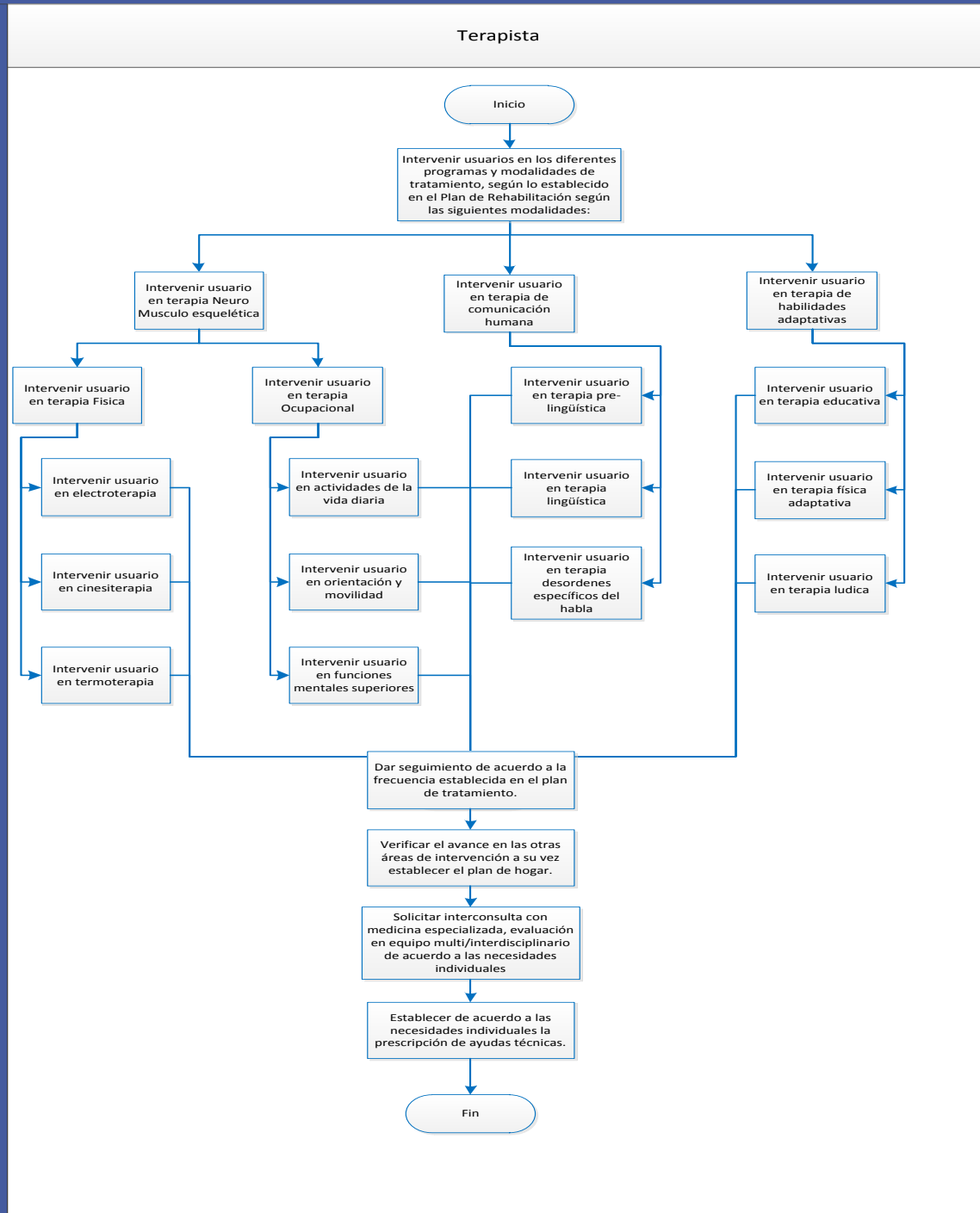
Indicador: Número de atenciones por terapia.

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Proceso de Rehabilitación Integral: Intervención en servicios terapéuticos.





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
133 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

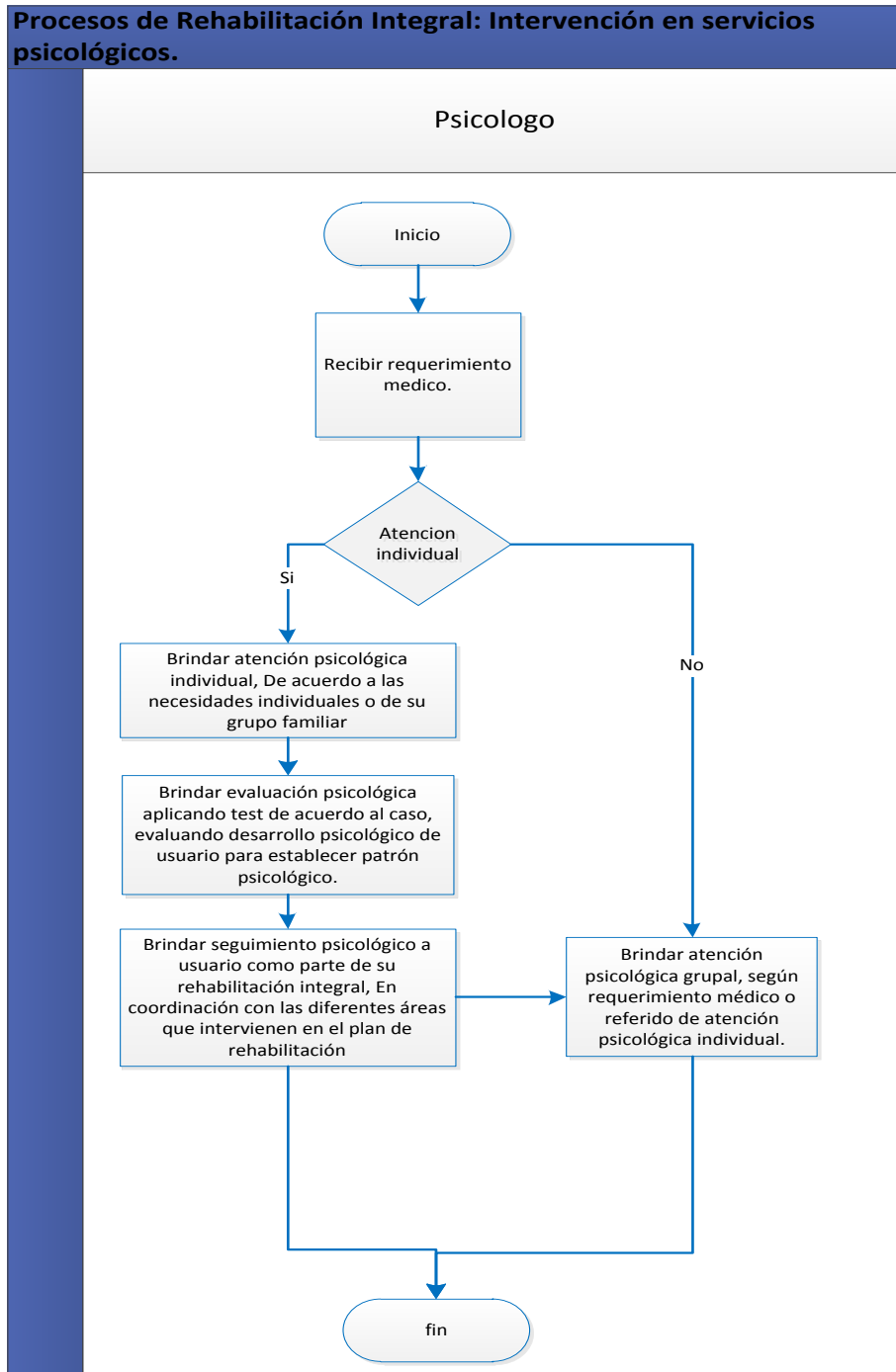
Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4.2.3 SUB-PROCESO: INTERVENCIÓN EN SERVICIOS PSICOLÓGICOS.

| | | |
|--|---|--------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Intervención en servicios Psicológicos. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Brindar atención psicológica a usuarios del CRIO, como apoyo a su rehabilitación de una forma integral, Así como a su grupo familiar. | |
| ALCANCE: | Abarca todos los usuarios que por requerimiento médico, necesiten ayuda psicológica. | |
| RESPONSABLE: | Psicólogos. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Brindar atención psicológica individual, De acuerdo a las necesidades individuales o de su grupo familiar. | Psicólogo |
| 2 | Brindar evaluación psicológica aplicando test de acuerdo al caso, evaluando desarrollo psicológico de usuario para establecer patrón psicológico. | Psicólogo |
| 3 | Brindar seguimiento psicológico a usuario como parte de su rehabilitación integral, En coordinación con las diferentes áreas que intervienen en el plan de rehabilitación | Psicólogo |
| 4 | Brindar atención psicológica grupal, según requerimiento médico o referido de atención psicológica individual. | Psicólogo |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | | |
| - | | |
| INDICADORES: | | |
| Indicador: Número de consultas psicológicas brindadas | | |
| NOTA DE CAMBIO: | | |
| No contiene cambios realizados. | | |

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
135 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4.2.4 SUB-PROCESO: INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL.

| | | |
|--|---|--------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Intervención en trabajo social. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Establecer la red de apoyo social del usuario que favorezca su proceso de rehabilitación o habilitación y su integración para lograr el desarrollo en su núcleo familiar, entorno y comunidad. | |
| ALCANCE: | Abarca a todos los usuarios del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Trabajadores sociales. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Realizar inventario de apoyo social existente y requerido por el usuario en el proceso de rehabilitación, debiendo monitorear las acciones que puedan afectar las actividades en su núcleo familiar, entorno y comunidad. | Trabajador Social |
| 2 | Brindar asistencia al usuario, según la necesidad encontrada, incluyendo la donación o préstamo de ayudas técnicas de acuerdo a lo prescrito por el médico o el técnico. | Trabajador Social |
| 3 | Realizar visita domiciliariamente a los usuarios, para realizar evaluaciones in situ sobre la situación en la que el usuario se desenvuelve. Así como las necesidades de adecuación del ambiente familiar para desarrollar el plan de hogar, atendiendo solicitudes del área médica o técnica | Trabajador Social |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | | |
| Lineamiento de atención para la rehabilitación. | | |
| INDICADORES: | | |
| <p>Indicador: Número de asistencias a usuarios brindadas / Número de visitas domiciliarias realizadas.</p> <p>Indicador: Numero de fichas socio familiares administradas a los usuarios.</p> | | |
| NOTA DE CAMBIO: | | |
| No contiene cambios realizados. | | |

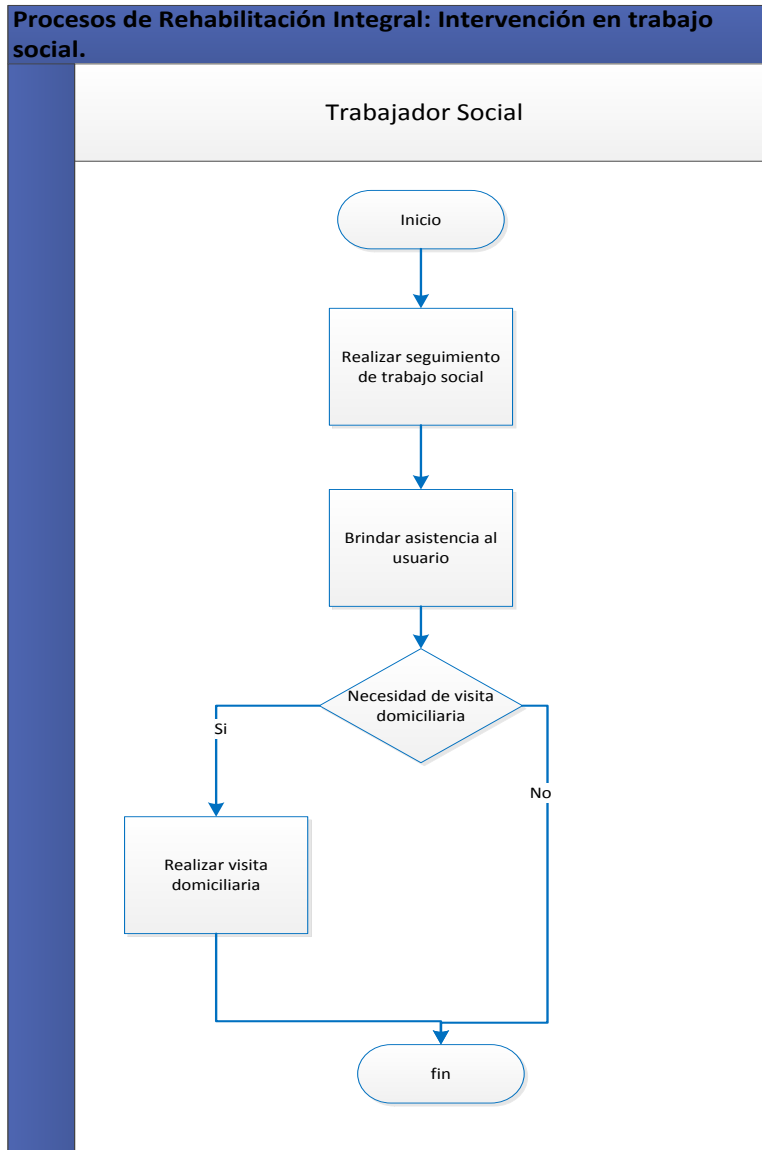
TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
137 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4.3 EGRESAR USUARIOS.

GENERALIDADES:

| NOMBRE DEL PROCESO: | Egresar usuarios. |
|-------------------------------------|---|
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Director/a CRIO. |
| ÁREA: | Servicios médicos y de rehabilitación. |
| ALCANCE: | Este proceso abarca todos los egresos por diferentes razones en el CRIO. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | Egresar los usuarios que han cumplido los objetivos del plan de rehabilitación o que por otros motivos requieren ser egresados. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | |
| INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO | |
| PROCESO | SUBPROCESO |
| Egresar Usuarios. | Egreso por solicitud de Usuario |
| | Egreso por cumplimiento de plan de Rehabilitación |
| | Egreso por Incumplimiento del Usuario |
| | Egreso por transferencia a otro Centro |
| Usuarios egresados. | |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | Modelo de atención. Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED). Lineamientos del programa de epidemiología. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
138 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4.3.1 SUB-PROCESO: EGRESO POR SOLICITUD DE USUARIO.

| | | |
|--|---|----------------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Egreso por solicitud de usuario. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Egresar a usuario de CRIO, mediante petición formal. | |
| ALCANCE: | Abarca desde que se realiza petición formal, hasta brindar egreso autorizado. | |
| RESPONSABLE: | Personal de egreso. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Realizar petición formal de egreso de CRIO, notificando causa y razón por la cual deja de recibir los servicios, La cual puede ser previamente notificada al terapeuta o al médico tratante quien lo consignara en el expediente. | Usuario |
| 2 | Autorizar solicitud de egreso de usuario del CRIO, analizando la razón de la solicitud buscando una solución. | Director/a CRIO |
| 3 | Elaborar el resumen clínico del usuario, elaborando un historial de la situación de Ingreso y Egreso. | Médico especialista |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | | |
| Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED), modelo de atención, Lineamiento del programa de epidemiología. | | |
| INDICADORES: | | |
| Indicador: Causas de petición de egreso de usuario | | |
| NOTA DE CAMBIO: | | |
| No contiene cambios realizados. | | |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
139 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

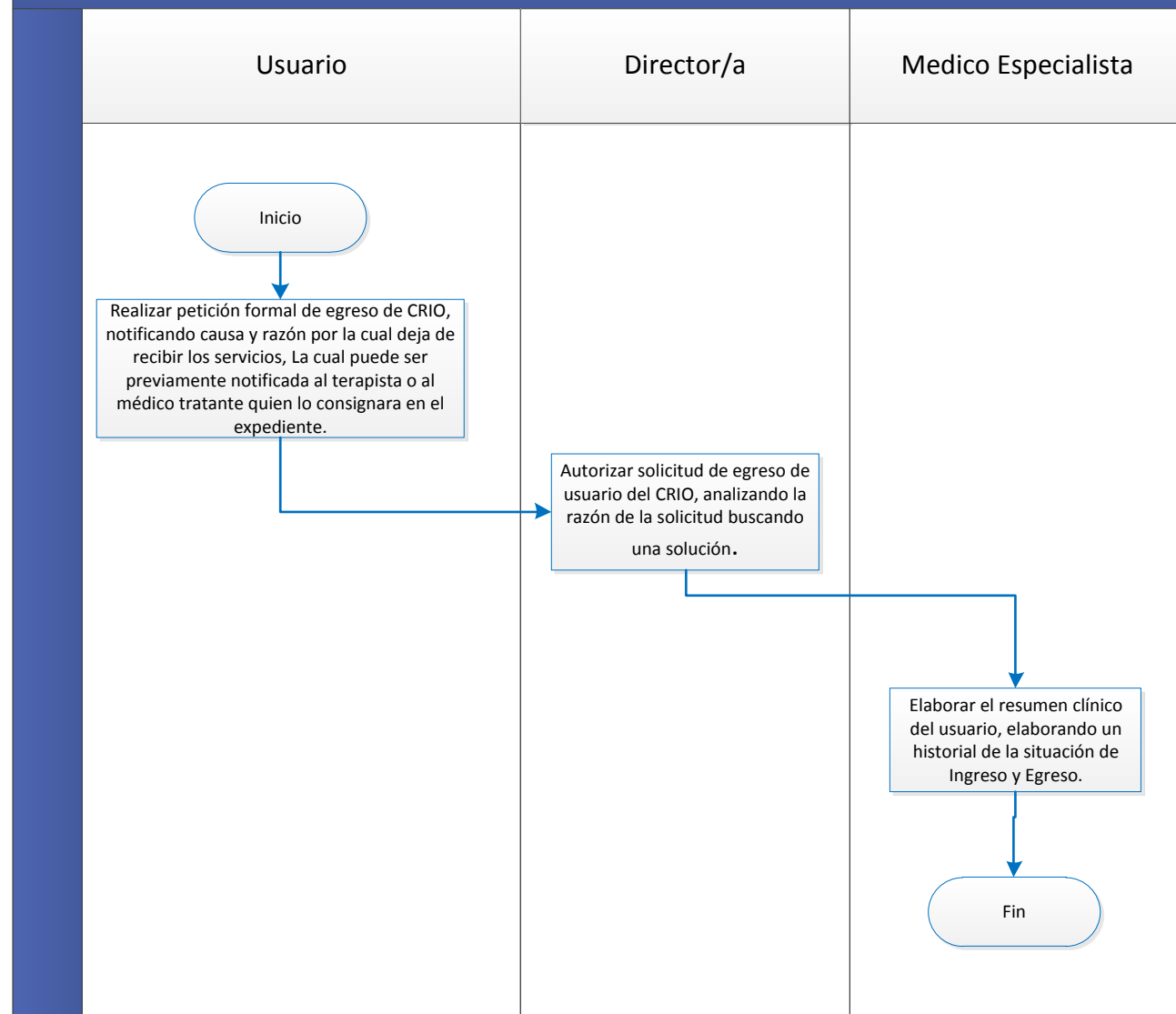
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Procesos de Rehabilitación Integral: Egreso por solicitud de usuario.





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
140 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4.3.2 SUB-PROCESO: EGRESO POR CUMPLIMIENTO DE PLAN DE REHABILITACIÓN.

| | | |
|--|--|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Egreso por cumplimiento de plan de rehabilitación. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Egresar a usuario con meta de rehabilitación cumplida. | |
| ALCANCE: | Abarca a todos los usuarios que terminan su objetivo de rehabilitación. | |
| RESPONSABLE: | Personal de egreso. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Brindar alta de servicios médicos y terapias, Debiendo consignarlo en las notas de evolución y en el tabulador correspondiente de altas. | Personal de egreso (terapeuta, médico especialista o un Equipo inter/ Multidisciplinario) |
| 2 | Elaborar el resumen clínico del usuario, elaborando un historial de la situación de ingreso y las condiciones del egreso. | Médico especialista |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | | |
| Normas técnicas del Expediente de Rehabilitación (ESDOMED), modelo de atención, Lineamiento del programa de epidemiología. | | |
| INDICADORES: | | |
| Indicador: Usuarios egresados satisfactoriamente. | | |
| NOTA DE CAMBIO: | | |
| No contiene cambios realizados. | | |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
141 / 182

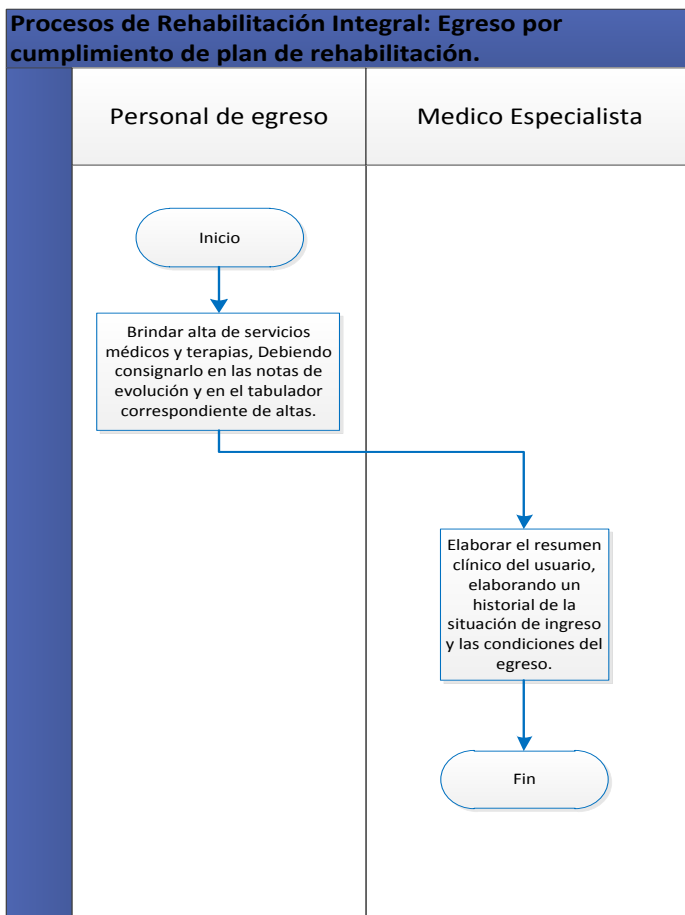
TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
142 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4.3.3 SUB-PROCESO: EGRESO POR INCUMPLIMIENTO DEL USUARIO.

| | | |
|--|--|----------------------------|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Egreso por incumplimiento del usuario. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Egresar a usuario de CRIO, que ha incumplido con su plan de rehabilitación y se agotan todos los medios para contactarlo y solucionar el problema. | |
| ALCANCE: | Todos los usuarios que no se pueden contactar, o no se pudo solucionar problema. | |
| RESPONSABLE: | Personal de egreso. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Informar acerca de inasistencia prolongada de usuario a servicios. | Terapeuta |
| 2 | Realizar todas las acciones pertinentes para verificar la continuidad o no en los servicios de rehabilitación por parte del usuario, lo que deberá consignarse en el expediente de rehabilitación | Trabajo social |
| 3 | Autorizar solicitud de egreso, agotando antes todos los medios para poder solucionar problema planteado. | Director/a CRIO |
| 4 | Elaborar el resumen clínico del usuario, elaborando un historial de la situación de ingreso y Egreso, debiendo consignar la información en el formulario correspondiente del expediente de rehabilitación. | Médico especialista |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | | |
| Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED), modelo de atención, Lineamiento del programa de epidemiología. | | |
| INDICADORES: | | |
| Indicador: Usuarios egresados por inasistencia | | |
| NOTA DE CAMBIO: | | |
| No contiene cambios realizados. | | |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
143 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

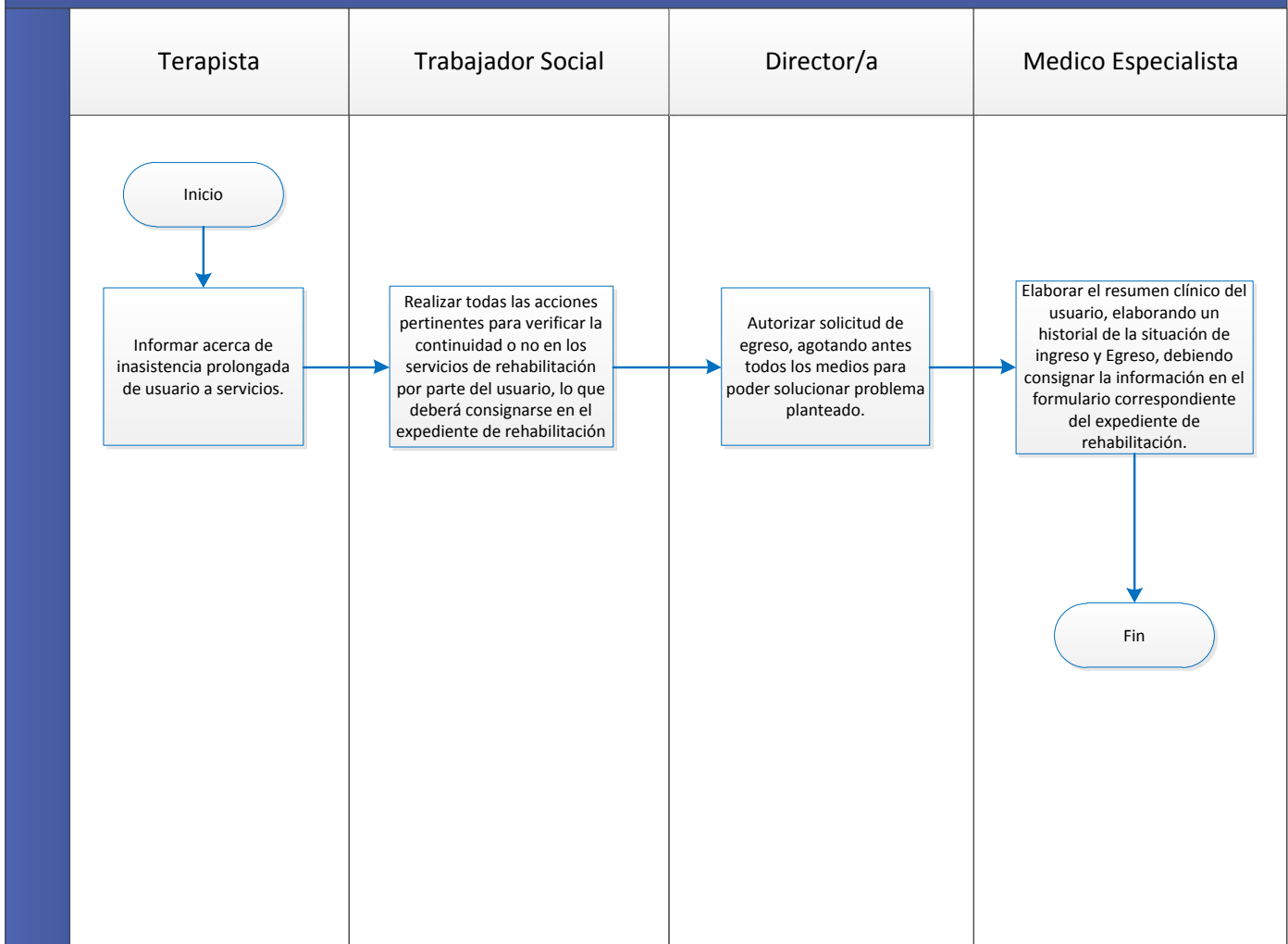
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Procesos de Rehabilitación Integral: Egreso por incumplimiento del usuario.





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
144 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION INTEGRAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

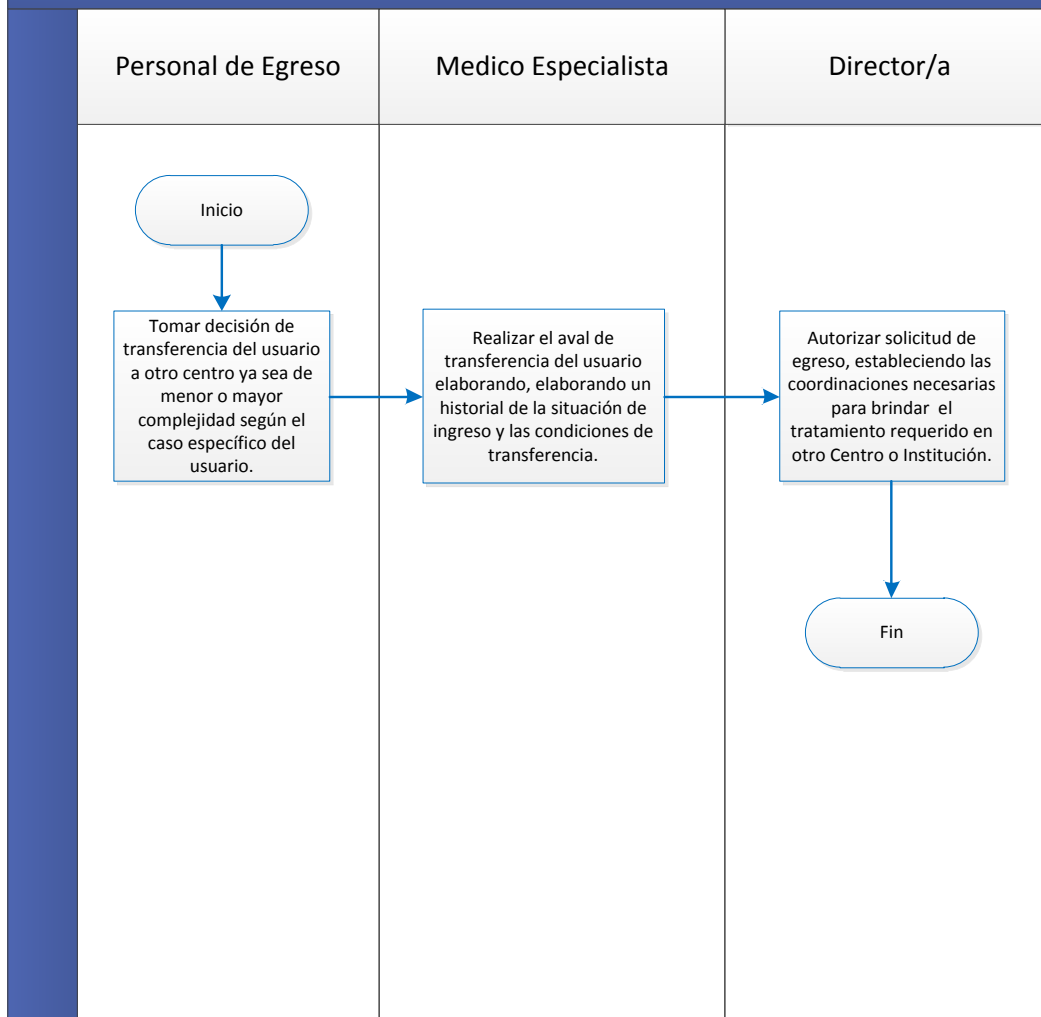
Fecha de aprobación:
ENERO 2014

4.3.4 SUB-PROCESO: EGRESO POR TRANSFERENCIA A OTRO CENTRO

| | | |
|--|---|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Egreso por Transferencia a otro Centro. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Egresar a usuario de CRIO, que por decisión del terapeuta, médico especialista o un Equipo inter/ Multidisciplinario debe ser transferido a un centro de menor o mayor complejidad según el caso. | |
| ALCANCE: | Todos los usuarios en rehabilitación que su caso específico lo amerite. | |
| RESPONSABLE: | Personal de egreso. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Tomar decisión de transferencia del usuario a otro centro ya sea de menor o mayor complejidad según el caso específico del usuario. | Personal de egreso (terapeuta, médico especialista o un Equipo inter/ Multidisciplinario) |
| 2 | Realizar el aval de transferencia del usuario elaborando, elaborando un historial de la situación de ingreso y las condiciones de transferencia. | Médico Especialista |
| 3 | Autorizar solicitud de egreso, estableciendo las coordinaciones necesarias para brindar el tratamiento requerido en otro Centro o Institución. | Director/a CRIO |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | | |
| Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED), modelo de atención, Lineamiento del programa de epidemiología. | | |
| INDICADORES: | | |
| Indicador: Usuarios Transferidos | | |
| NOTA DE CAMBIO: | | |
| No contiene cambios realizados. | | |

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Procesos de Rehabilitación Integral: Egreso por Transferencia a otro Centro.





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
146 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

5 PROCESOS DE REHABILITACIÓN DE BASE COMUNITARIA.

- **GENERALIDADES:**

| | |
|-------------------------------------|---|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |
| ÁREA: | Servicios de Rehabilitación |
| ALCANCE: | Abarca las comunidades objetivos para desarrollar la estrategia RBC. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | Incorporar a la comunidad en el proceso de rehabilitación a través de la rehabilitación de base comunitaria como una estrategia de desarrollo, rehabilitación integral, igualdad de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad de las comunidades establecidas del occidente del país. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | <ul style="list-style-type: none">• Apropiamiento de la estrategia RBC por la comunidad.• Fortalecimiento de la organización social.• Mejorar la calidad de vida y la participación social de las personas con discapacidad.• Propiciar el desarrollo de iniciativas productivas de las personas con discapacidad. |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | <ul style="list-style-type: none">• Modelo de Atención Biopsicosocial.• La Guía de RBC de la OPS/OMS.• Plan Estratégico del ISRI. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
147 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|--|--|
| Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) | Establecimiento de red de apoyo a la comunidad. |
| | Intervención a personas con discapacidad dentro de la comunidad. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
148 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

5.1 ESTABLECIMIENTO DE RED DE APOYO DE LA COMUNIDAD.

GENERALIDADES:

| | |
|-------------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Establecimiento de red de apoyo de la comunidad. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |
| ÁREA: | Servicios de Rehabilitación |
| ALCANCE: | Los actores sociales de las comunidades identificadas |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | Lograr el involucramiento de los diferentes actores sociales de las comunidades identificadas en el proceso de rehabilitación de base comunitaria. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | Participación plena de la comunidad Participación multisectorial efectiva de los diferentes actores para el cumplimiento de los objetivos individuales y colectivos |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | <ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Atención Biopsicosocial. • La Guía de RBC de la OPS/OMS. • Plan Estratégico del ISRI. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
149 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|---|---|
| 1 | Identificar de los líderes de la comunidad a través de la Coordinación con otras institución de promoción social | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |
| 2 | Presentar la estrategia a los líderes de la comunidad. | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |
| 3 | Definir la aceptación o no de la estrategia dentro de la comunidad a través de un consenso con los líderes. | Líderes de la comunidad. |
| 4 | Conformar comité para la implementación de la estrategia con apoyo técnico para el estableciendo de un plan de trabajo. | Líderes de la comunidad. |
| 5 | Sensibilizar y capacitara los líderes tanto de la estrategia RBC y la herramienta a utilizar para el diagnóstico. | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |
| 6 | Aplicar las herramientas de diagnóstico de discapacidad con apoyo del técnico encargado de la rehabilitación de base comunitaria. | Líderes de la comunidad. |
| 7 | Recopilar, tabular y analizar la información. Elaboración del diagnóstico. | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |
| 8 | Presentar los resultados al comité de líderes e informa de los resultados a la dirección del CRIO. | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |
| 9 | Definir áreas de intervención y programan actividades de acuerdo a las posibilidades y apoyo existentes. | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |
| 10 | Realizar actividades programadas con acompañamiento del Técnico. | Líderes de la comunidad. |
| 11 | Supervisar, controlar y evaluar la ejecución de la estrategia a través de las visitas establecidas en el programa de trabajo. | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Modelo de Atención Biopsicosocial.
La Guía de RBC de la OPS/OMS.
Plan Estratégico del ISRI.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
150 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

INDICADORES:

% de cumplimiento de comunidades realizando la estrategia = / números de comunidades realizando la estrategia/ N comodidades identificadas *100

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
151 / 182

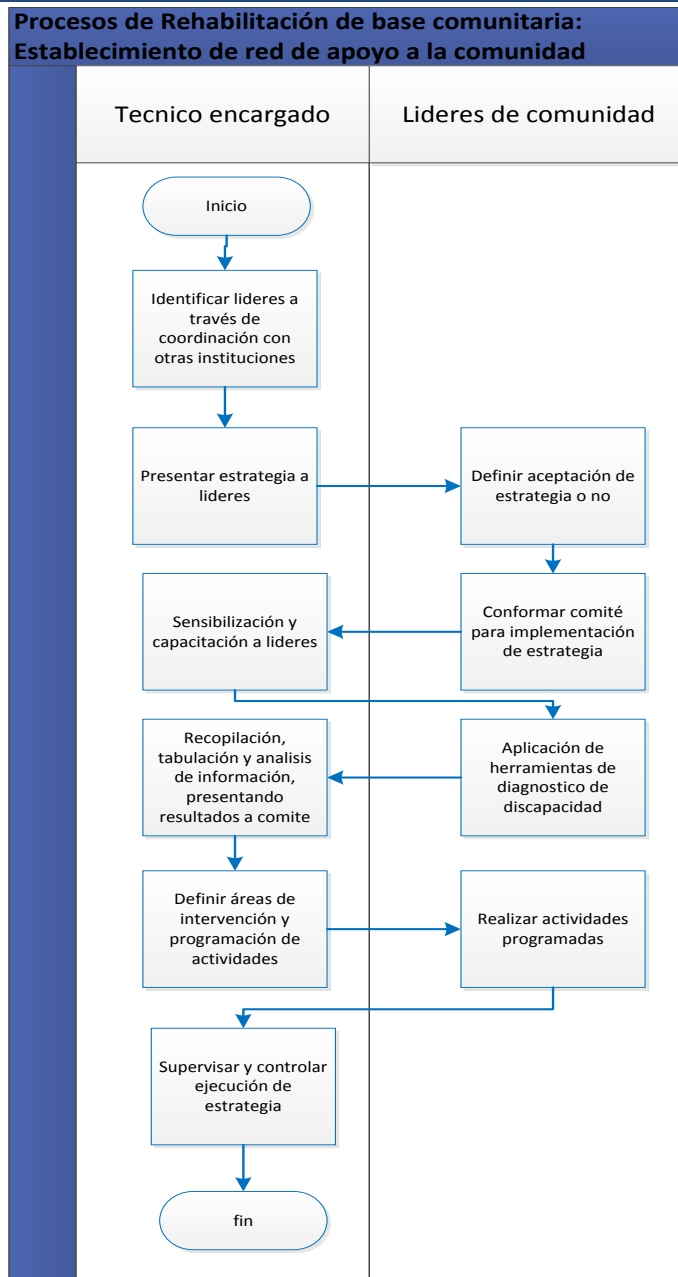
TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
152 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

5.2 INTERVENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD DENTRO DE LA COMUNIDAD.

GENERALIDADES:

| | |
|-------------------------------------|---|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Intervención a personas con discapacidad dentro de la comunidad. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |
| ÁREA: | Servicios de Rehabilitación |
| ALCANCE: | Las personas con discapacidad identificadas en la comunidad |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | Identificar las necesidades prioritarias de las personas con discapacidad e intervenirlas oportunamente con el apoyo del usuario y la familia. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | Mejorar la condición de discapacidad. Lograr que el usuario y la familia participen activamente en el proceso de rehabilitación |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | <ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Atención Biopsicosocial. • La Guía de RBC de la OPS/OMS. • Plan Estratégico del ISRI. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
153 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|--|--|
| 1 | Evaluar específicamente cada una de las personas con discapacidad dentro de la comunidad. | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |
| 2 | Gestionar ayuda específica o referencia a otras instituciones por las necesidades encontradas en las personas con discapacidad. | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |
| 3 | Realizar asesorías técnicas, o adecuaciones dentro del entorno de las personas con discapacidad que permitan mayor inclusión social y calidad de vida. | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |
| 4 | Brindar seguimiento a las intervenciones realizadas | Jefatura de terapia y el técnico encargado. |
| 5 | Enviar informe de resultados de las intervenciones realizadas a la dirección del CRIO. | Técnico Encargado de la rehabilitación de base comunitaria. |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Modelo de Atención Biopsicosocial.
La Guía de RBC de la OPS/OMS.
Plan Estratégico del ISRI.

INDICADORES:

% de cumplimiento de personas intervenidas= Número de personas intervenidas/ números de personas identificadas en la comunidad con discapacidad*100

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
154 / 182

TITULO: PROCESOS DE REHABILITACION DE BASE COMUNITARIA

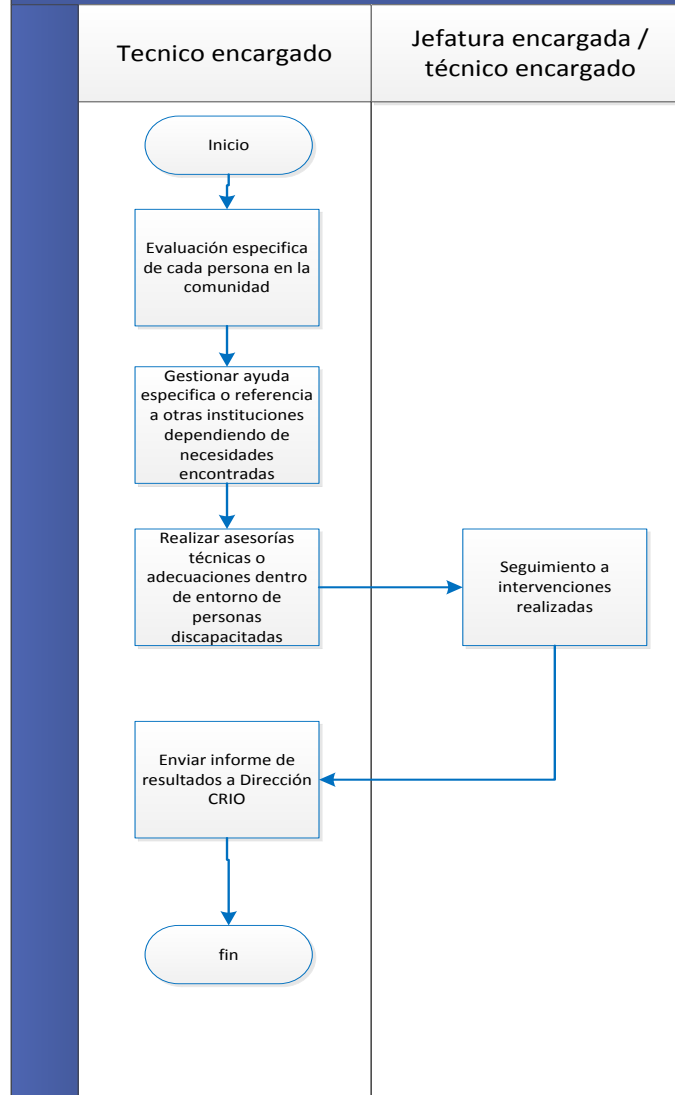
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

Procesos de Rehabilitación de base comunitaria: Intervención a personas con discapacidad dentro de la comunidad





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
155 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

6 PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.

GENERALIDADES:

| | |
|-------------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Evaluación y certificación de Discapacidad. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Director/a CRIO. |
| ÁREA: | Servicios médicos. |
| ALCANCE: | Personas con discapacidad que no gocen de régimen previsional y que requieran ser certificadas para laborar. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | Evaluar y calificar con el objeto de determinar el porcentaje de discapacidad de la persona par afines estrictamente de inserción laboral usuario para determinar el grado de discapacidad que posee. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | Usuario certificado. |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | Convención sobre los derechos de la personas con discapacidad Ley de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su respectivo reglamentos Reglamento de la unidad calificadora de discapacidades del ISRI. Reglamento comisión calificadora de invalidez. |

| INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO |
|---|
| PROCESO |
| Evaluación y certificación de Discapacidad - |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
156 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|---|--|
| 1 | Recibir solicitudes de evaluación y certificación de discapacidad emitidas por el ministerio de trabajo para usuarios que no gozan de régimen previsional y que requieran ser certificadas para laborar. | enfermera |
| 2 | Programar usuario para evaluación de discapacidad con Médico certificador. | Enfermera |
| 3 | Realizar evaluación de discapacidad por parte de Médico certificador, brindando un diagnóstico adecuado el cual puede reforzarse con exámenes cuando el caso lo amerite se referirá al usuario a trabajo social | Médico certificador de discapacidad |
| 4 | Coordinar la toma de exámenes con otras dependencias del ISRI o de la red de salud según sea el caso y evaluación ya con exámenes por el medico certificador. | Trabajo social y Médico certificador de discapacidad |
| 5 | Elaborar documento que certifica la discapacidad evaluada en usuario, para luego pasar a ser aprobada por dirección. | Médico certificador de discapacidad |
| 6 | Autorizar certificación que elabora medico certificador. | Director/a CRIO. |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Convención sobre los derechos de la personas con discapacidad
Ley de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su respectivo reglamentos
Reglamento de la unidad calificadora de discapacidades del ISRI.
Reglamento comisión calificadora de invalidez.

INDICADORES:

Certificaciones mensuales= $\frac{\text{Certificaciones realizadas al mes}}{\text{Meta de certificaciones al mes}} \times 100$

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
157 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

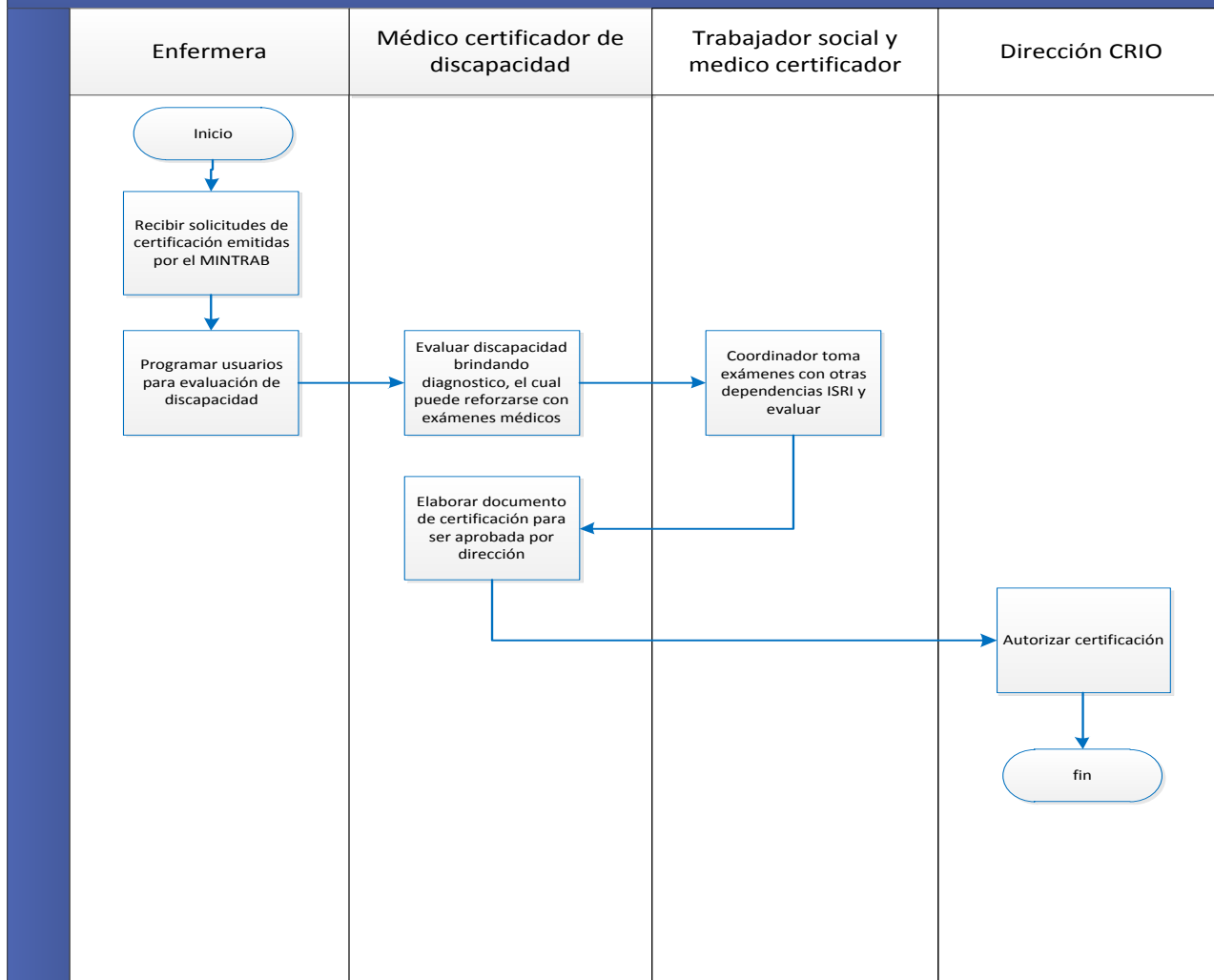
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

Evaluación y certificación de discapacidad





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
158 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

7 PROCESOS DE GESTIÓN GERENCIAL (GESTIÓN DE PLANEACIÓN, CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL).

7.1 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

GENERALIDADES:

| | |
|-------------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Direccionamiento estratégico. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Director/a CRIO |
| ÁREA: | Administrativa |
| ALCANCE: | Abarca todo el plan de trabajo en las áreas operativas y generales del CRIO. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | Planificar, Organizar, Dirigir y Controlar todas las actividades que se realizan en el Centro según los lineamientos institucionales plasmados en el plan Anual Operativo y los Planes de trabajo de cada área a fin de cumplir con los objetivos y metas institucionales. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | Plan Anual Operativo del CRIO Plan Anual de trabajo por Área. |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | <ul style="list-style-type: none"> Plan estratégico del ISRI Lineamientos para la elaboración del Plan anual de Trabajo, Normas técnicas de control Interno Específicos del ISRI |

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|--------------------------------------|--|
| Direccionamiento estratégico. | Gestión de los planes de trabajo anuales por área. |
| | Gestión del Plan Anual Operativo |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
159 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

7.1.1 SUB-PROCESO: GESTIÓN DEL PLAN ANUAL OPERATIVO.

| | |
|---------------------------------|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Gestión del plan anual operativo. |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Definir las acciones estratégicas que se desarrollaran el siguiente año fiscal. |
| ALCANCE: | Todas las áreas del CRIO. |
| RESPONSABLE: | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| Nº | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|---|---|
| 1 | Enviar a cada unidad organizativa del ISRI los lineamientos para la elaboración del Plan Anual Operativo. | Unidad de planificación ISRI |
| 2 | Recibir los lineamientos y los socializa junto con el comité Apoyo a la Gestión. | Director/a CRIO |
| 3 | Definir las acciones estratégicas y actividades por servicio | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |
| 4 | Elaborar Plan Anual Operativo del CRIO | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |
| 5 | Recibir Plan Anual Operativo a la Unidad Financiera Institucional (UFI) y a Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación | Director/a CRIO |
| 6 | Enviar los planes Anuales Operativos a la Unidad de planificación. | Unidad Financiera ISRI |
| 7 | Enviar observaciones si fuere el caso, para su corrección. | Unidad de planificación ISRI |
| 8 | Brindar seguimiento al cumplimiento del plan mensual, Trimestral y Anual; y remisión de informes a la Unidad de Planificación y Gerencia Médica y de Servicios de Rehabilitación. | Director/a CRIO |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

- Plan estratégico del ISRI
- Lineamientos para la elaboración del Plan anual de Trabajo,
- Normas técnicas de control Interno Específicos del ISRI

INDICADORES:

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
160 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

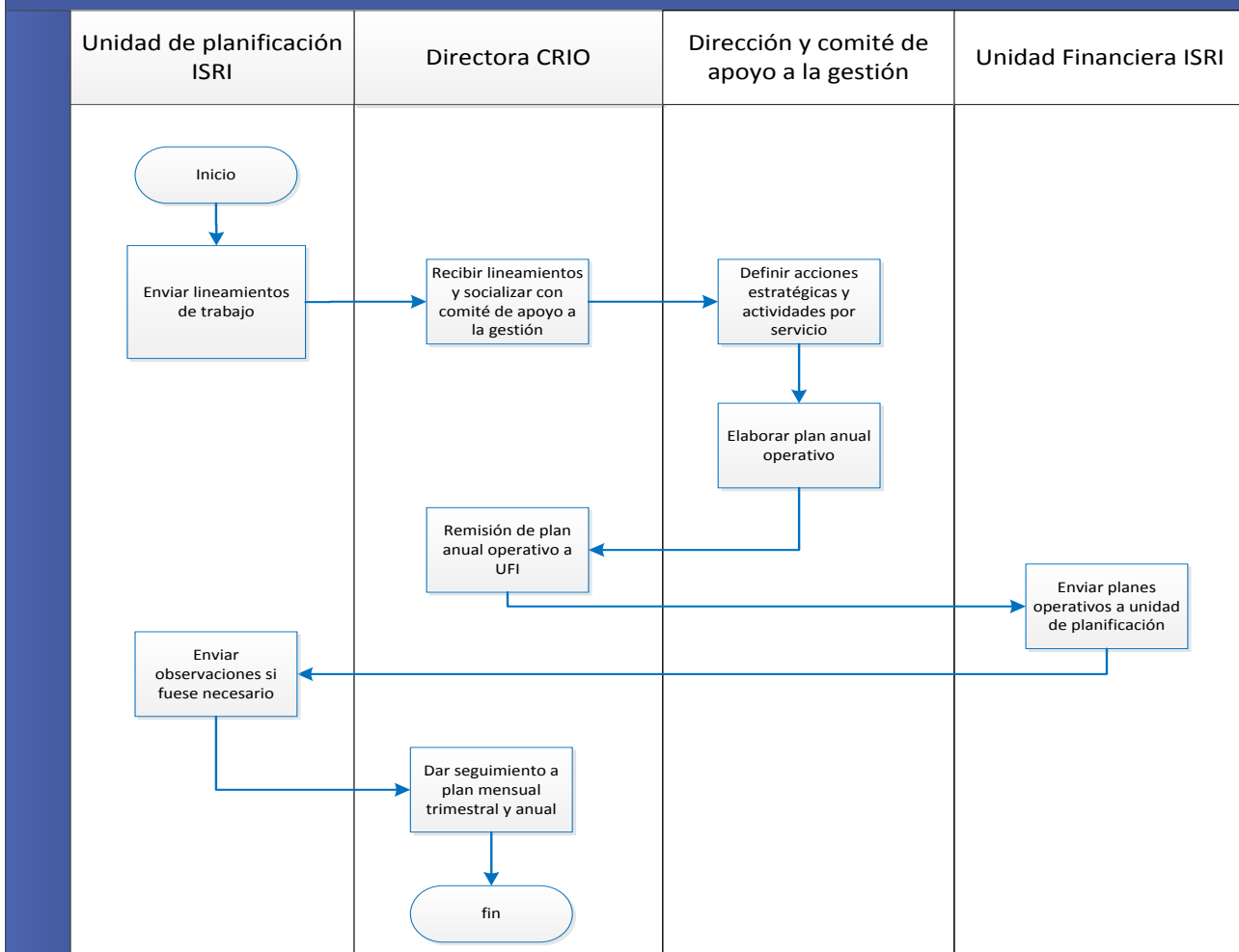
Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Procesos de gestión gerencial: Gestión del plan anual operativo.





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
161 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

7.1.2 SUB-PROCESO: GESTIÓN DE LOS PLANES DE TRABAJO ANUALES POR AREA.

| | | |
|---|--|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Gestión del plan Anual de Trabajo por Área. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Planificar, Organizar, Dirigir y Controlar todas las actividades que se realizan en cada una de las áreas a fin de cumplir con los objetivos y metas institucionales. | |
| ALCANCE: | Todas las áreas del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Jefaturas y Coordinaciones. | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Definir programas, distribución del recurso y actividades a desarrollar en cada año, de acuerdo a capacidad instalada. | Jefaturas y Coordinaciones. |
| 2 | Definir las metas de cada uno de los recursos asignados a cada programa, las actividades o comités en los cuales participarán de acuerdo a las unidades de Medida Institucionales. | Jefaturas y Coordinaciones. |
| 3 | Enviar plan de trabajo anual a Dirección para revisión y aprobación. | Jefaturas y Coordinaciones. |
| 4 | Revisar y aprobar junto con cada jefatura a fin de integrarlo al Plan Anual Operativo del Centro | Director/a CRIO/ Jefaturas y Coordinaciones. |
| 5 | Enviar plan aprobado a cada uno de las jefaturas. | Director/a CRIO |
| 6 | Brindar seguimiento al cumplimiento del plan Anual de trabajo por área, Mensual, Trimestral y Anual y remisión de informes a Dirección. | Jefaturas y Coordinaciones |
| 7 | Enviar informe de observaciones si fuere el caso, a fin de superarlas y se socializa con el personal de servicios médicos, de rehabilitación y de apoyo. | Director/a CRIO |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Plan estratégico del ISRI Lineamientos para la elaboración del Plan anual de Trabajo, Normas técnicas de control Interno Específicos del ISRI | | |
| INDICADORES: | | |
| NOTA DE CAMBIO: | | |
| No contiene cambios realizados. | | |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
162 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

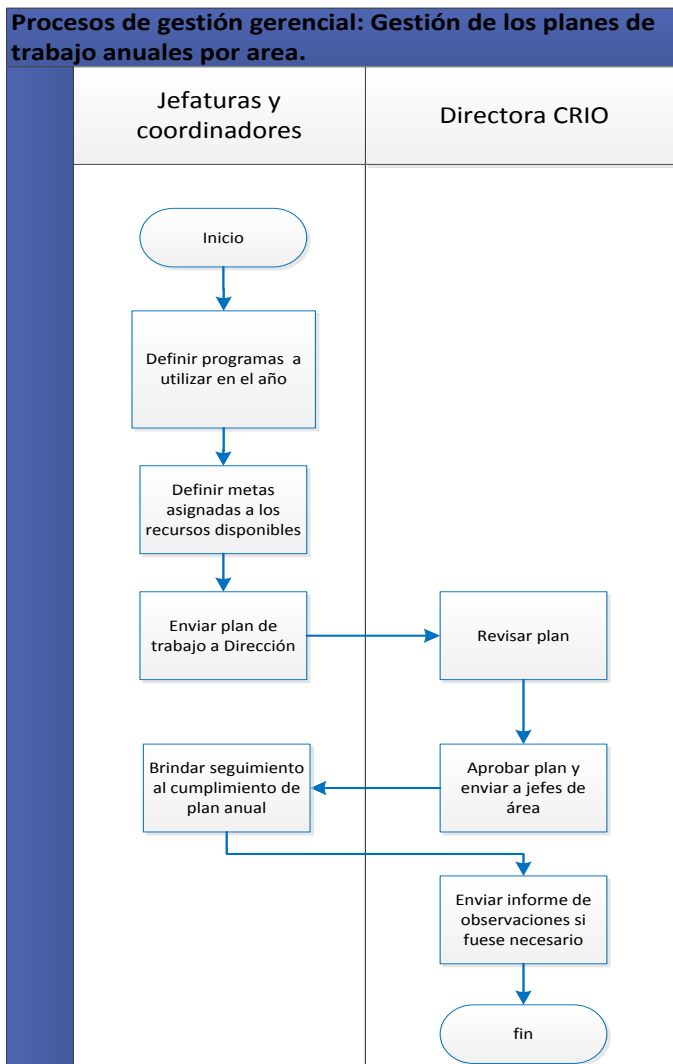
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
163 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

7.2 GESTIÓN DE LA CALIDAD.

GENERALIDADES:

| | |
|-------------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Gestión de la Calidad. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Director/a CRIO |
| ÁREA: | Administrativa |
| ALCANCE: | Abarca todos los mecanismos existentes para la medición y control de la mejora continua. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | Monitorear, Analizar y garantizar el cumplimiento de los Indicadores Institucionales. |
| RESULTADOS ESPERADOS: | Cumplimiento de los objetivos y metas a través de la Medición, Análisis y control de los Indicadores Institucionales. |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | <ul style="list-style-type: none"> • Plan estratégico del ISRI • Lineamientos para la elaboración del Plan anual de Trabajo. • Plan Anual Operativo • Normas técnicas de control Interno Específicos del ISRI • Carta Iberoamericana de la Calidad • Indicadores de Gestión. • Sistemas de Control de la Gestión Técnica • Sistema de Epidemiología. |

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|------------------------|---|
| Gestión de la Calidad. | Gestión de la Medición, Análisis y Mejora continua. |
| | Gestión de comités de apoyo a la Gestión. |
| | Control de Riesgos Institucionales |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
164 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

7.2.1 SUB-PROCESO: GESTIÓN DE LA MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA CONTINUA.

| | |
|---------------------------------|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Gestión de la Medición, análisis y mejora continua |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Medición de indicadores, análisis de resultados e implementación de mejoras. |
| ALCANCE: | Abarca todas las Áreas del CRIO. |
| RESPONSABLE: | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| Nº | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|---|--|
| 1 | Monitorear indicadores institucionales y generar el análisis de los resultados con respecto a las metas propuestas. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión |
| 2 | Socializar los resultados con el personal involucrado | Director/a CRIO |
| 3 | Proponer estrategias para lograr el cumplimiento de las metas propuestas. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión |
| 4 | Brindar seguimiento de la Implementación de medidas para la mejora por parte del comité de Apoyo a la Gestión. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión |
| 5 | Realizar remisión de informes a la Gerencia Medica y de Servicios de Rehabilitación | Director/a CRIO |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

- Plan estratégico del ISRI
- Lineamientos para la elaboración del Plan anual de Trabajo.
- Plan Anual Operativo
- Normas técnicas de control Interno Específicos del ISRI
- Carta Iberoamericana de la Calidad
- Indicadores de Gestión.
- Sistemas de Control de la Gestión Técnica
- Sistema de Epidemiología.

INDICADORES:

Mejoras realizadas = $\frac{\text{Mejoras propuestas}}{\text{Mejoras realizadas}} \times 100$

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
165 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

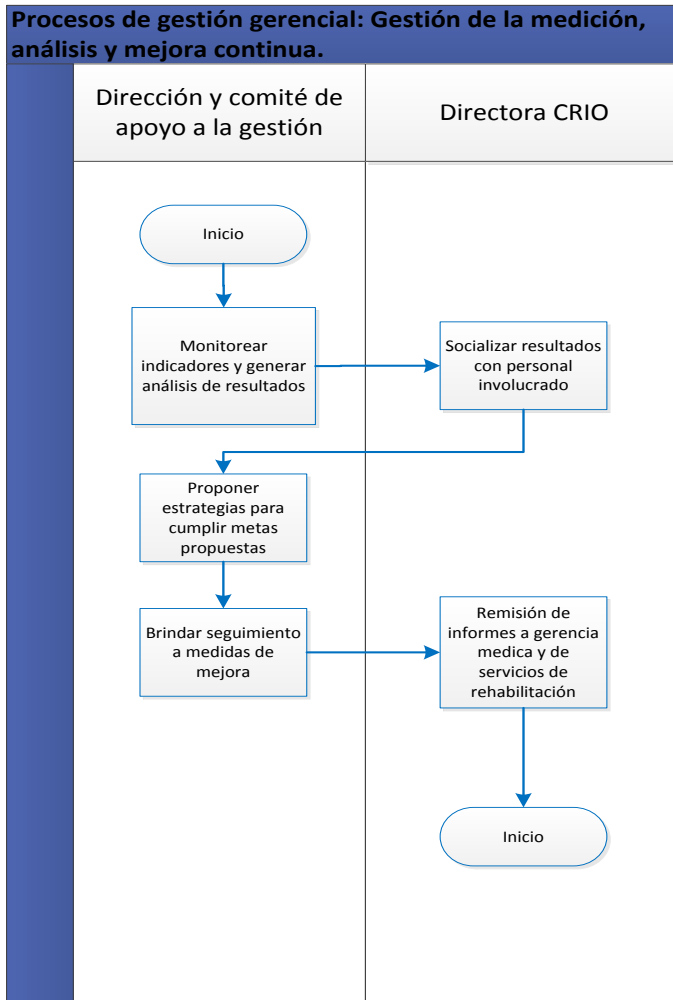
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
166 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

7.2.2 SUB-PROCESO: GESTIÓN DE COMITÉS DE APOYO A LA DIRECCIÓN.

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Gestión de comités de apoyo al cumplimiento de los planes institucionales. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Generar estrategias que mejoren la calidad de la Atención y apoyar al cumplimiento de los planes institucionales | |
| ALCANCE: | Abarca todas las áreas del CRIO | |
| RESPONSABLE: | Director/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Identificar los recursos para la conformación de comités. | Director/a CRIO y el Comité de Apoyo a la gestión |
| 2 | Notificar a cada uno de los recursos la participación en los comités de apoyo a la dirección, su objetivo y el coordinador del mismo | Director/a CRIO |
| 3 | Solicitar a gerencia de emisión de nombramiento de los miembros de los comités que por normativa lo requieran. | Director/a CRIO |
| 4 | Emitir acuerdo de nombramiento a través del Departamento de recursos humanos y los remite a la Dirección del Centro. | Gerencia Administrativa |
| 5 | Enviar nombramiento aprobado por gerencia a cada uno de los miembro de los comités que según normativa lo requieran | Director/a CRIO |
| 6 | Elaborar y recibir su plan de trabajo definiendo día y hora de reuniones según portafolio de servicios a la Dirección. | Comités de apoyo a la Dirección. |
| 7 | Verificar, Analizar y Autorizar. En caso de existir observaciones devuelve para su corrección. | Director/a CRIO y Comité de apoyo a la Gestión. |
| 8 | Convocar, dirigir y monitorear las actividades programas en el plan, enviando trimestralmente el informe de resultados a la Dirección. | Coordinadores de Comités de Apoyo a la Dirección |
| 9 | Socializar trimestralmente informe de resultados de los comités | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |
| 10 | Remitir recomendaciones que se consideren necesarias para el funcionamiento de las actividades del comité. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
167 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Normativa vigente aplicable para cada comité existente:

Comité de Seguridad y Salud del CRIO:

Ley general de prevención de Riesgos en los Lugares de Trabajo y sus reglamentos

Comité expediente de Rehabilitación:

“Norma técnica del expediente de Rehabilitación”, Lineamientos de atención para personas con discapacidad del ISRI, Modelo de Atención CRIO-CRIOR.

Comité de las 5 S:

“ Documentación relacionado al estrategia de las 5 S”

Comité de Calidad:

“ Documentación relacionada a círculos de calidad y mejora continua”

Comité Investigación:

“Protocolo de Investigación y sistemas de vigilancia epidemiológica”

INDICADORES:

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
168 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

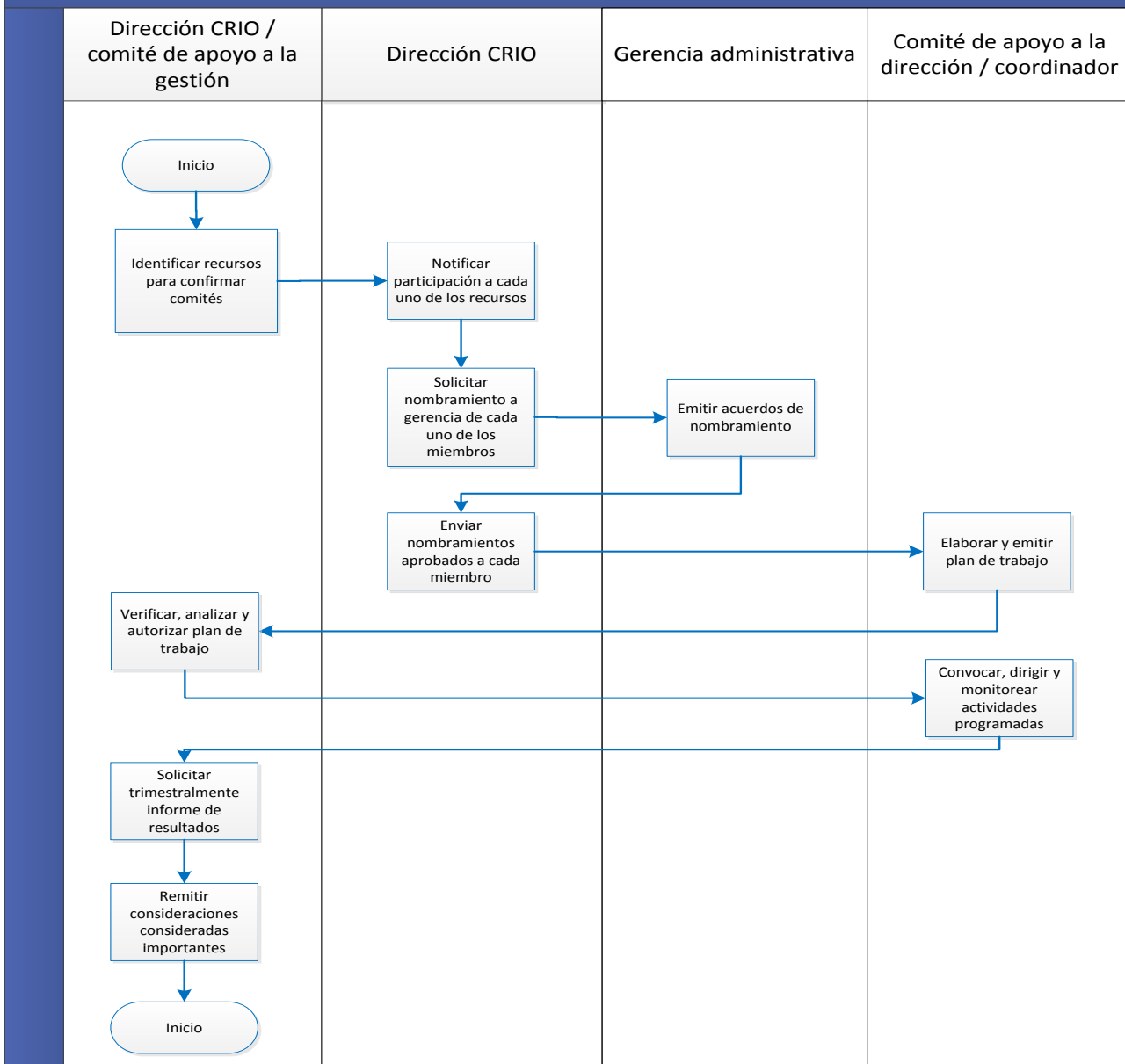
Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Procesos de gestión gerencial: Gestión de comités de apoyo a la Dirección.





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
169 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

7.2.3 SUB-PROCESO: CONTROL DE RIESGOS INSTITUCIONALES.

| | |
|---------------------------------|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Control de Riesgos Institucionales. |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Minimizar los riesgos Institucionales que incidan en el cumplimiento de los objetivos. |
| ALCANCE: | Todas las Áreas del CRIO |
| RESPONSABLE: | Director/a CRIO |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| Nº | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|--|---|
| 1 | Identificar y Valorar Riesgos Institucionales según sea el impacto y la probabilidad de ocurrencia haciéndolo de forma participativa anual y de acuerdo a los lineamientos enviados por la Unidad de Planificación. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |
| 2 | Enviar los riesgos identificados, la valoración y las actividades de control a fin de disminuir los niveles de riesgo a la Unidad de Planificación. | Director/a CRIO |
| 3 | Realizar las observaciones si fuere el caso y lo remite para corrección en caso contrario lo aprueba la máxima autoridad del ISRI. | Unidad de Planificación Estratégica y desarrollo institucional. |
| 4 | Realizar monitoreo y evaluación a las actividades de control a fin de verificar el impacto que se tiene sobre los riesgos, pudiendo establecerse cambios en las actividades de control a fin de obtener los resultados deseados. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión |
| 5 | Enviar el informe de resultados en los meses de Junio y Diciembre de cada año a la Unidad de Planificación Estratégica y desarrollo institucional del ISRI. | Director/a CRIO |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

“Normas Técnicas de Control Interno del ISRI”

“Lineamientos Institucionales para la Identificación y Valoración de Riesgos”

INDICADORES:

INDICADOR: Índice de Mitigación de Riesgos.

Formula:
$$\frac{\text{Total de Riesgos eliminados}}{\text{Total de Riesgos identificados}} \times 100\%$$

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

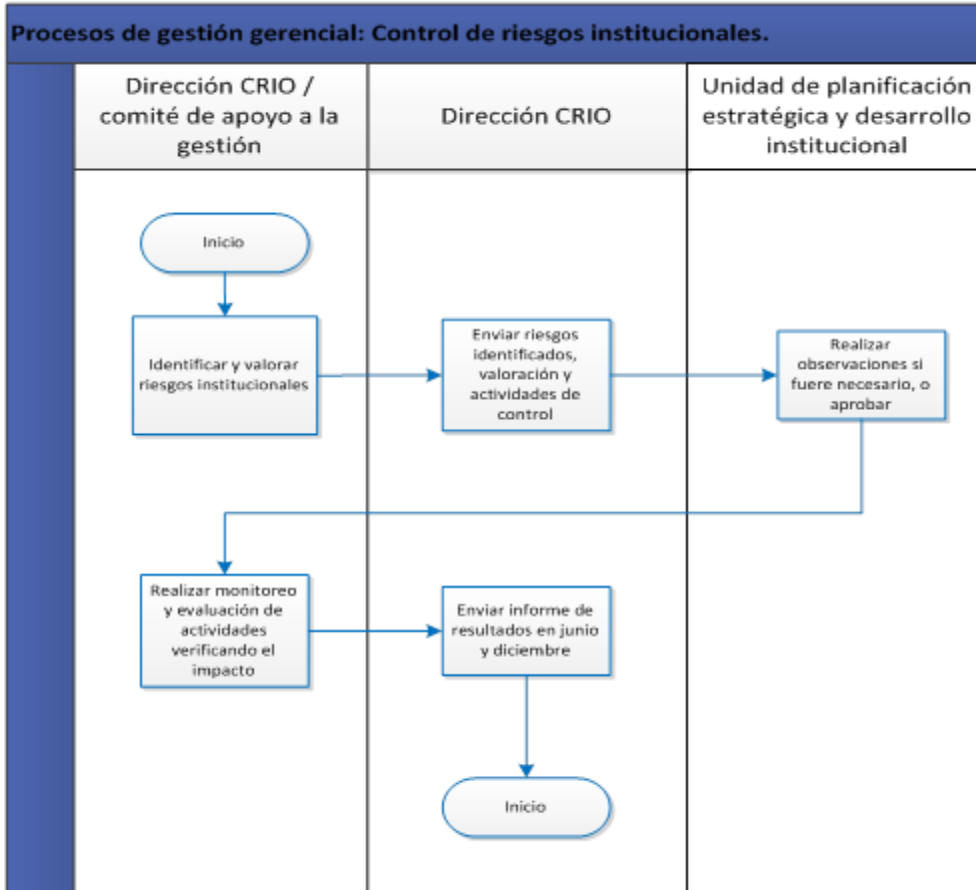
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
171 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

7.3 COMUNICACIÓN Y PROMOCIÓN.

GENERALIDADES:

| | |
|--|---------------------------|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Comunicación y promoción. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Director/a CRIO |
| ÁREA: | Administrativa |
| ALCANCE: | |
| Población de Occidente del País. | |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | |
| Posicionar el tema de la discapacidad y los servicios que brinda el CRIO en la población del Occidente del país. | |
| RESULTADOS ESPERADOS: | |
| Propiciar el conocimiento del tema de discapacidad y los servicios del Centro en la población del Occidente del País. | |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | |
| “Portafolio de Servicios que presta el ISRI” “Portafolio de Servicios que presta el CRIO” “Perfil Epidemiológico” “Convención sobre el derecho de las personas con discapacidad y protocolos facultativos” “Convenio de atención a personas con discapacidad” “Ley de Equiparación de Oportunidades” “Lineamientos de atención a personas con discapacidad en el ISRI” | |

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|---------------------------|---|
| Comunicación y promoción. | Promoción de los servicios del CRIO |
| | Fortalecimiento de la red de apoyo social a través de la conformación de grupos de interés. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
172 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

7.3.1 SUB-PROCESO: PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS DE CRIO

| | |
|---------------------------------|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Promoción de los servicios de CRIO |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Difundir actividades y servicios que presta el CRIO. |
| ALCANCE: | Población del Occidente del CRIO. |
| RESPONSABLE: | Director/a CRIO |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| Nº | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|---|---|
| 1 | Establecer los mecanismos de difusión de las actividades del CRIO (página web ISRI, cartelera y sesiones educativas) u otros mecanismos que se considere conveniente. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |
| 2 | Elaborar del plan de comunicación y promoción, asignación de responsables. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |
| 3 | Diseñar contenido de la herramienta de difusión, determinación de los lugares en donde se utilizara y otros factores principales para su ejecución. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |
| 4 | Ejecutar plan de comunicación y promoción | Responsables Asignados. |
| 5 | Monitorear ejecución de las actividades del plan | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |
| 6 | Realizar informe mensual de actividades. | Responsables Asignados. |
| 7 | Evaluar impacto del plan de comunicación y promoción y remite informe a la Gerencia Medica y de servicios de Rehabilitación del ISRI y a la Oficinas de Información y Respuesta (OIR) y a la Unidad de Comunicación para la difusión en la Web. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |
| 8 | Recibir y difundir información en la web. | OIR y Unidades de Comunicación ISRI |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

- “Portafolio de Servicios que presta el ISRI”
- “Portafolio de Servicios que presta el CRIO”
- “Perfil Epidemiológico”
- “Convención sobre el derecho de las personas con discapacidad y protocolos facultativos”
- “Convenio de atención a personas con discapacidad”



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
173 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

“Ley de Equiparación de Oportunidades”

“Lineamientos de atención a personas con discapacidad en el ISRI”

INDICADORES:

INDICADOR: Índice de Promoción de Actividades

Formula: $\frac{\text{Total de Actividades Promocionadas}}{\text{Total de actividades Efectuadas}} \times 100\%$

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
174 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

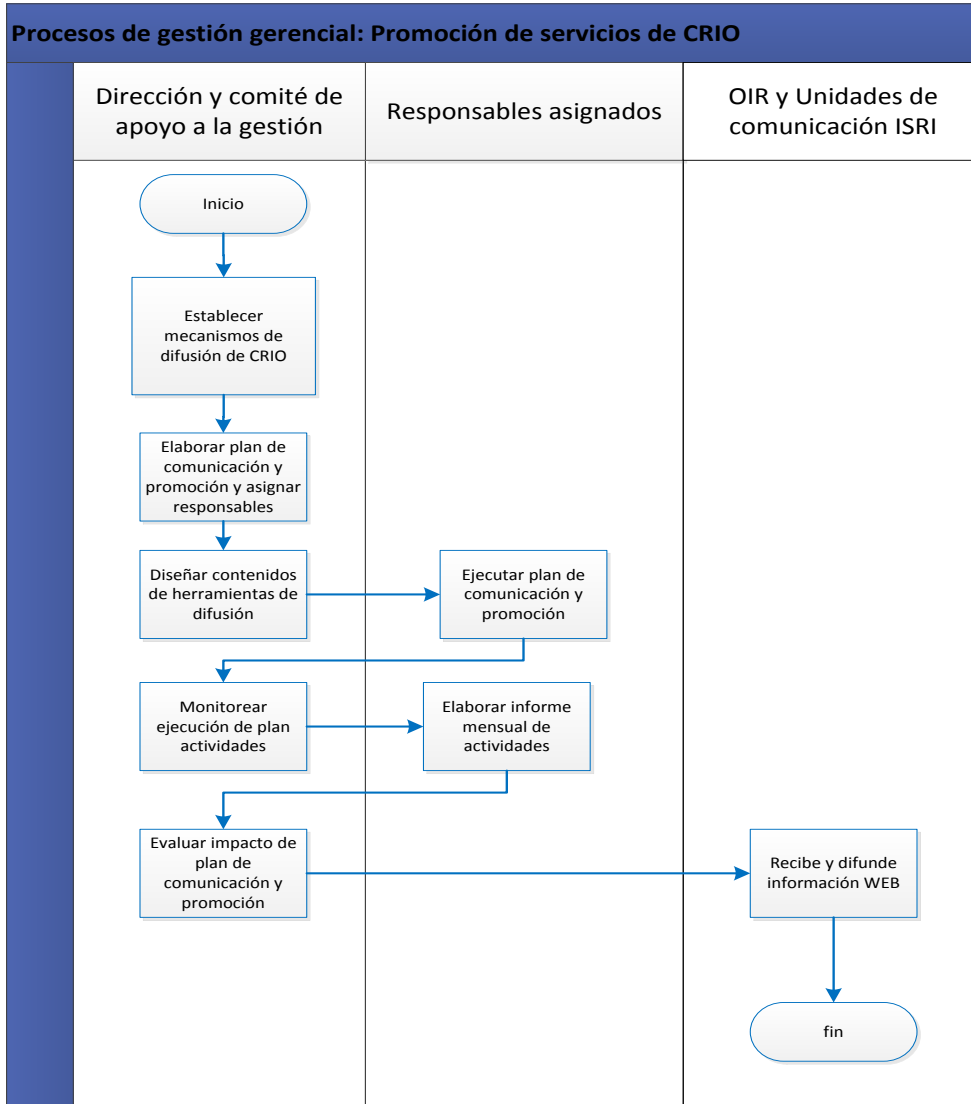
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
175 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

7.3.2 SUB-PROCESO: FORTALECIMIENTO DE LA RED DE APOYO SOCIAL A TRAVÉS DE LA CONFORMACIÓN DE GRUPOS DE INTERÉS.

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Fortalecimiento de la red de apoyo social a través de la conformación de grupos de interés. | |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Lograr la participación activa de los padres o responsables y del usuario en el proceso de Rehabilitación. | |
| ALCANCE: | Usuarios, Padres o Responsables del CRIO. | |
| RESPONSABLE: | Director/a CRIO | |
| DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO: | | |
| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
| 1 | Identificar grupos de interés a través del perfil epidemiológico y las necesidades específicas de los diagnósticos. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |
| 2 | Seleccionar al facilitador del grupo dentro del personal técnico del Centro. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |
| 3 | Convocar a los usuarios a una reunión informativa que tiene como objetivo: Explicar el propósito del grupo, verificar el interés de participar y conformación de una directiva. | Facilitador del Grupo. |
| 4 | Elaborar el programa Anual de trabajo y remite a la Dirección para su aprobación. | Grupo de Interés y el Facilitador. |
| 5 | Revisar y Autorizar el Plan de Trabajo. En caso de existir observaciones se remite para su corrección. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |
| 6 | Ejecutar plan para el fortalecimiento de la red de apoyo social a través de los grupos de interés. | Grupo de Interés y EL facilitador. |
| 7 | Monitorear avance trimestral de actividades y presentación de informe. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |
| 9 | Evaluar impacto del plan y remite informe a la Gerencia Medica y de servicios de Rehabilitación del ISRI para sus recomendaciones. | Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión. |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
176 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION GERENCIAL

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

Fecha de aprobación:
ENERO 2014

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

- “Portafolio de Servicios que presta el ISRI”
- “Portafolio de Servicios que presta el CRIO”
- “Perfil Epidemiológico”
- “Convención sobre el derecho de las personas con discapacidad y protocolos facultativos”
- “Convenio de atención a personas con discapacidad”
- “Ley de Equiparación de Oportunidades”
- “Lineamientos de atención a personas con discapacidad en el ISRI”

INDICADORES:

INDICADOR: Índice de Grupos de Apoyo

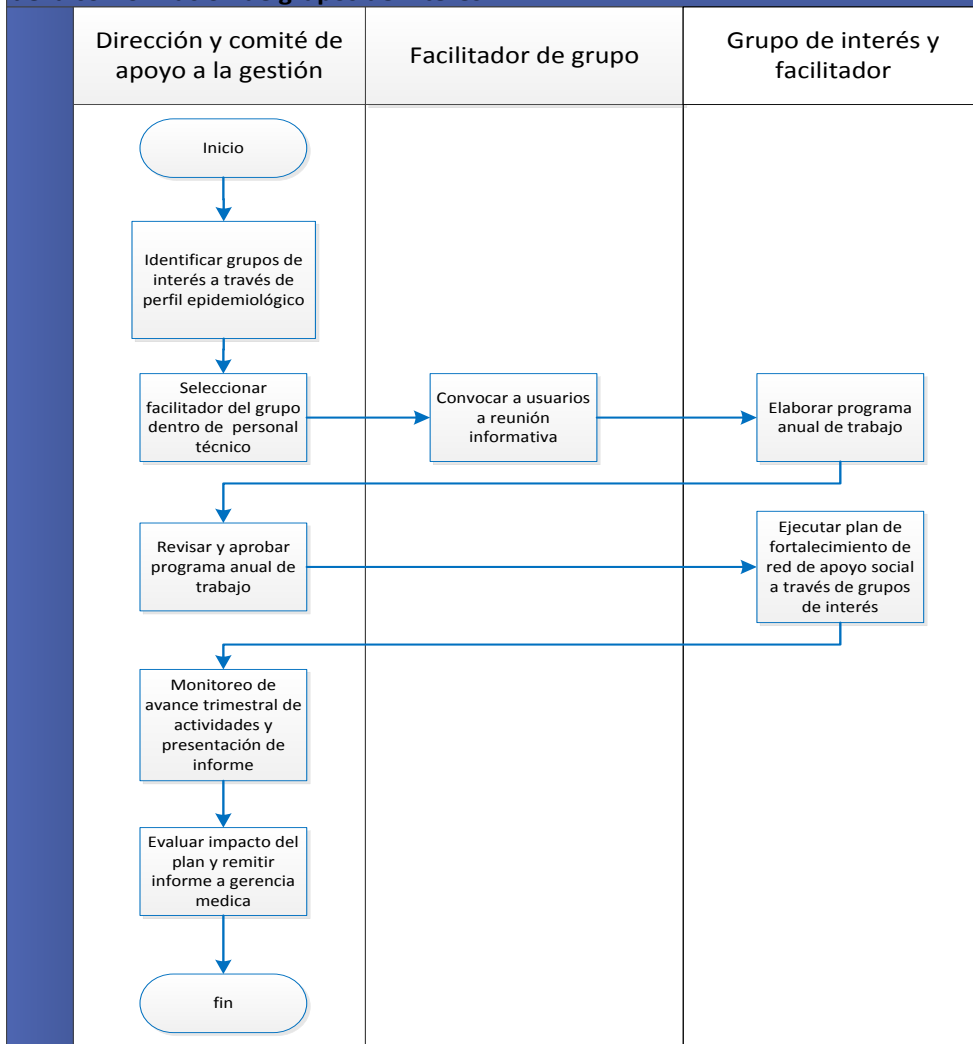
Formula: $\frac{\text{Total de grupos de apoyo conformados}}{\text{Total de grupos de apoyo planificados}} \times 100\%$

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Procesos de gestión gerencial: Fortalecimiento de la red de apoyo social a través de la conformación de grupos de interés





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
178 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

8 PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA TOMA DE DECISIONES.

8.1 ANALISIS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA TOMA DE DECISIONES.

GENERALIDADES:

| | |
|-------------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PROCESO: | Análisis de los sistemas de información para toma de decisiones. |
| RESPONSABLE DEL PROCESO: | Director/a CRIO |
| ÁREA: | Administrativa |
| ALCANCE: | Aplica a todos los sistemas de información en el CRIO. |
| OBJETIVO DEL PROCESO: | Contar con información fiable y oportuna para la toma de decisiones |
| RESULTADOS ESPERADOS: | Información acorde a requerimientos y en el tiempo estipulado. |
| DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA: | Manual del programa UTEC. Manual del programa EPI. Lineamiento de programa MGPSS PERC (Producción, Eficiencia, Recursos y Costos) OMS/OPS. |

INVENTARIO GENERAL DEL PROCESO

| PROCESO | SUBPROCESO |
|---|------------------------|
| Ingreso y control de sistemas de información para toma de decisiones. | Gestión del UTEC y EPI |
| | Gestión del PERC |



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
179 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

8.1.1 SUB-PROCESO: GESTIÓN DEL UTEC Y EPI.

| | |
|---------------------------------|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Gestión del UTEC y EPI. |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Gestionar información para la oportuna Toma de decisiones con base a los programas EPI y UTEC. |
| ALCANCE: | Todas las áreas del CRIO. |
| RESPONSABLE: | Administración. |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|--|--|
| 1 | Registrar información de la atención a usuarios, para luego ser enviada a encargada de estadísticas. | Personal médico, técnico y servicios de apoyo |
| 2 | Alimentar los programas introduciendo la información generada por el personal médico técnico y de apoyo, a su vez hacer un control de calidad de datos. | Encargada de estadísticas |
| 3 | Generar reportes de información por medio de los sistemas EPI y UTEC para enviar a Dirección para su revisión por medio de correo electrónico. | Encargada de estadísticas |
| 4 | Revisar información, si es correcta se autoriza para ser enviada a nivel central, de haber observaciones se remite nuevamente a encargada de estadísticas para realizar correcciones, y luego con estas incorporadas enviar a nivel central. | Director/a CRIO. |
| 5 | Recibir información de los distintos centros de atención y de unidad de consulta externa, para luego presentar consolidado a Gerencia Medica y de Servicios de Rehabilitación. | Unidad de estadísticas y epidemiología ISRI |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamiento o manual del programa UTEC.
 Lineamiento o manual del programa EPI.
 Plan anual operativo.
 Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF).
 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud versión 10 (CIE10).
 Unidades de Producción de los Servicios del ISRI.

INDICADORES:

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.



MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
180 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES

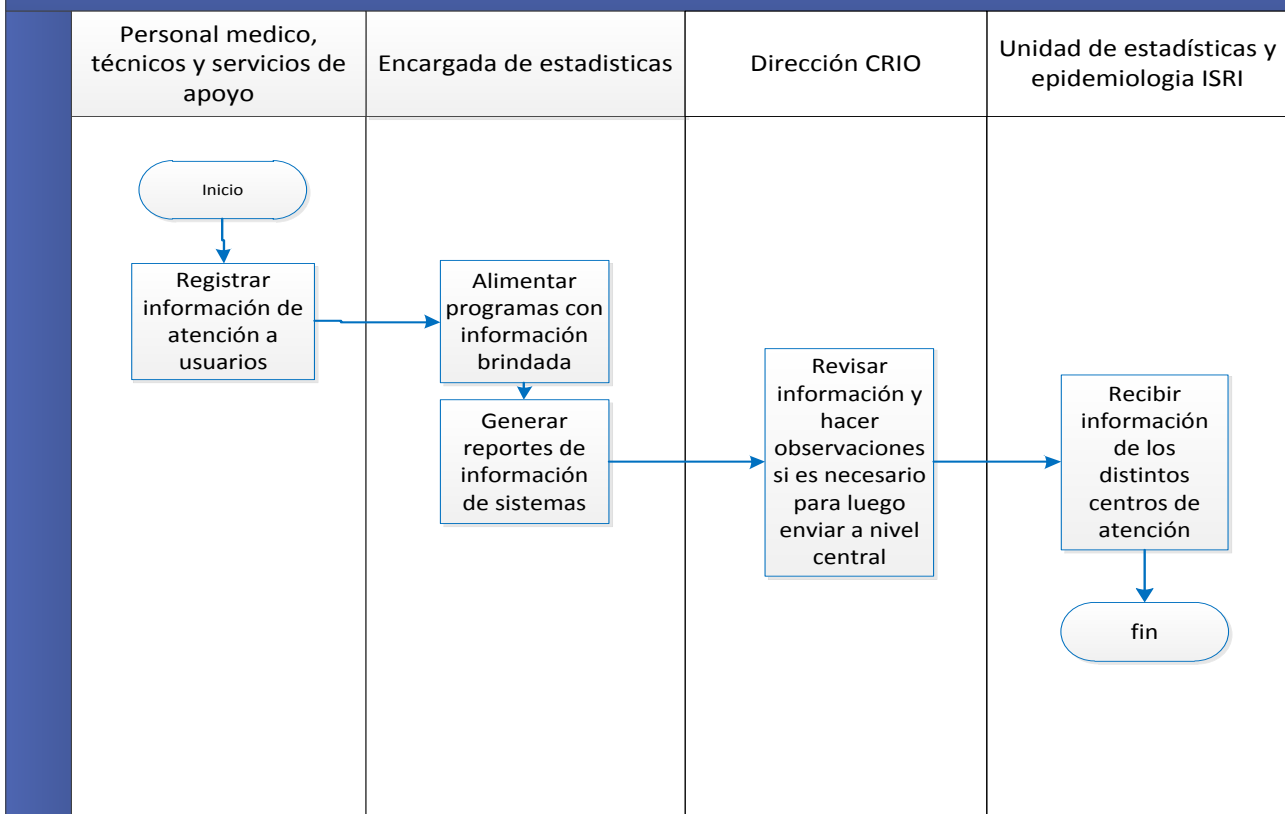
Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO

Procesos de Gestión de sistemas de información para toma de decisiones: Gestión del UTEC y EPI.





MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIO.

CODIGO: #
MCRIO-13-001

PAGINA:
181 / 182

TITULO: PROCESOS DE GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

8.1.2 SUB-PROCESO: GESTIÓN DEL PERC.

| | |
|---------------------------------|--|
| NOMBRE DEL SUBPROCESO: | Gestión del PERC. |
| OBJETIVO DEL SUBPROCESO: | Gestionar la información que se procesa en el PERC para toma oportuna de decisiones. |
| ALCANCE: | Área administrativa. |
| RESPONSABLE: | Director/a CRIO. |

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO:

| N° | Descripción de la Actividad | Responsable |
|----|---|----------------------|
| 1 | Recopilar e introducir la información solicitada (gastos, insumos, producción, facturación y mano de obra). | Administrador/a CRIO |
| 2 | Elaborar reporte y análisis de la información procesada (mano de obra, insumos, gastos y costos de servicios) de forma mensual y enviar a Dirección para su revisión. | Administrador/a CRIO |
| 3 | Comparar y analizar trimestral y anualmente con datos históricos y se elabora informe y análisis para enviar a Dirección. | Administrador/a CRIO |
| 4 | Revisar información y de existir observaciones se envía a administración para corrección y luego se envía a en cargado del PERC. | Director/a CRIO |

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

Lineamiento de programa MGPSS PERC (Producción, Eficiencia, Recursos y Costos) OMS/OPS.
Plan Anual de Trabajo.
Plan anual de adquisiciones.
UTE.

INDICADORES:

NOTA DE CAMBIO:

No contiene cambios realizados.

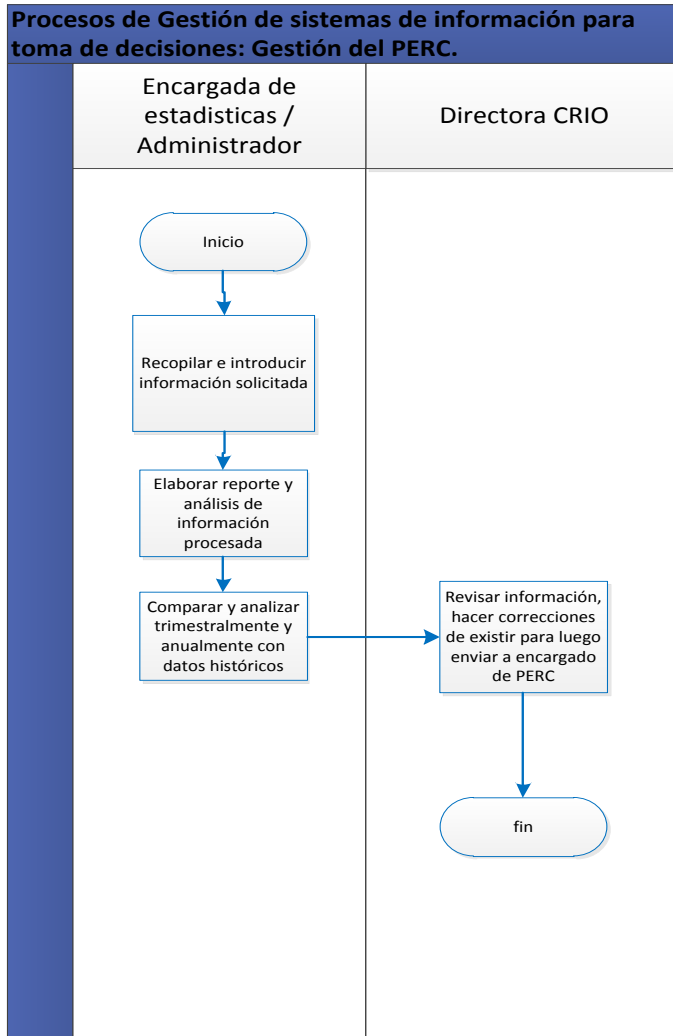
TITULO: PROCESOS DE GESTION DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES

Fecha de actualización:
DICIEMBRE 2013

Elaborado por: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENERO 2014

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SUBPROCESO



4.2 Gestión de la Agenda Médica

En este apartado se procederá a diseñar un mecanismo para la gestión de la agenda médica, los cuales comprende los procesos de “ingreso a los servicios médicos y de apoyo”, y la “intervención en los servicios médicos”, la importancia de establecer un mecanismo exclusivo para estos procesos o servicios es por la demanda que estos tienen, así también es un eslabón fundamental en la cadena de valor.

4.2.1 Descripción de la Problemática:

Entre las problemáticas identificadas con respecto a la gestión de la agenda médica podemos mencionar:

Tabla 66. Problemáticas identificadas en la etapa de Diagnostico

| Problemática | Descripción |
|---|--|
| Los usuarios no considera aceptable tiempo de espera en consulta médica. | En la encuesta de satisfacción al cliente externo, los usuarios expresaron su insatisfacción sobre el tiempo de espera de su consulta médica, el 40% de los mismos califico como inaceptable el tiempo de espera. |
| Tiempo de espera para consulta medico fuera de estándar | Del análisis de la agenda médica, se identificó que la probabilidad de que un usuario de cualquier prioridad sea atendido dentro del periodo de estándares brindados por el centro es de 65%, siendo un 35% restante fuera del tiempo estándar. |
| 66% de los usuarios recibió su cita con el especialista con un periodo posterior de tres meses de espera. | En la encuesta de satisfacción al cliente el 34% de los usuarios recibo su consulta dentro de los primeros tres meses próximos, el 66% restante tiene una consulta médica posterior a los 3 meses, fuera de cualquier estándar del centro. |
| El 7% de los usuarios afirma que una de las razones por las cuales no han asistido a su consulta médica, es por olvido. | Una de las causas podría estar relacionada a los periodos largos de espera que tienen los usuarios desde su evaluación inicial hasta su consulta con un médico especialista. |

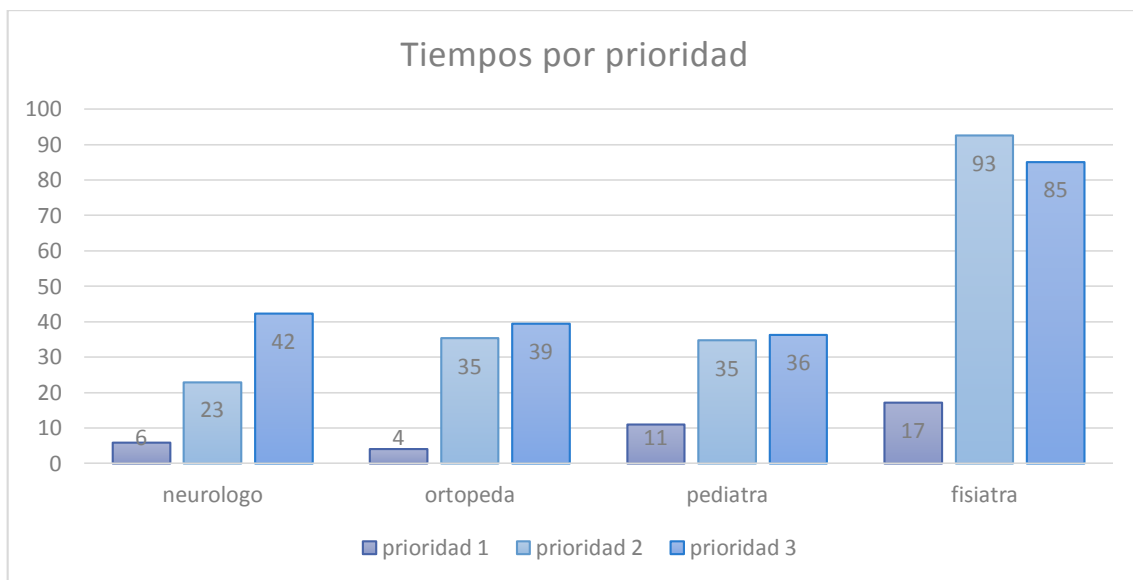


Inactividad del Personal Médico.

Nivel de inactividad por ausencia del usuario es de **33.33%**, como se mencionó anteriormente el 7% de los usuarios afirma que una de las principales causas de inasistencia es por olvido e igualmente un factor que influye es los largos periodos de espera de los usuarios.

4.2.1.1 Análisis Tiempo de espera entre evaluación inicial y consulta médica especialista

Situación actual:



Según los estándares requeridos del centro para el tiempo estipulado para cada prioridad en atención son:

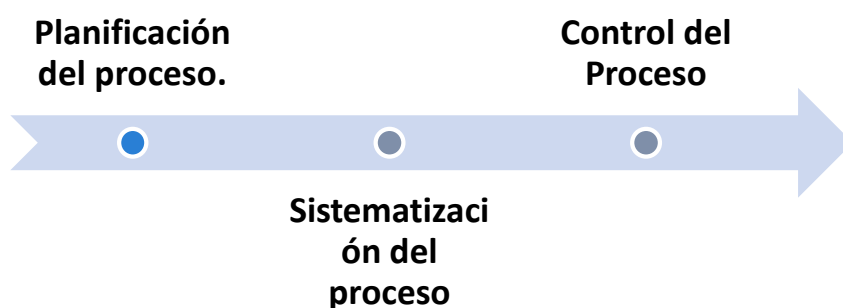
| PRIORIDAD | Tiempo |
|-----------|------------------|
| 1 | 7 Días |
| 2 | Menos de 30 días |
| 3 | 30 días o más. |

Resultados:

- *Para la prioridad 1 el médico pediatra y fisiatra en promedio presentan incumplimiento de acuerdo al estándar.*
- *Para La prioridad 2 el ortopeda, pediatra y fisiatra presentan incumplimiento de acuerdo al estándar siendo el mayor desfase para el fisiatra.*
- *Para La los prioridad 3 no se presenta incumplimiento según los estándares del centro aunque para los usuarios los tiempos de espera son prolongados.*

Se pudo observar y llegar a la conclusión con las visitas realizadas al centro que con respecto a la agenda medica no se tiene ninguna gestión o control actualmente de los tiempos de atención que los usuarios esperan para recibir su consulta especialista como los niveles de cumplimiento de los estándares del centro.

En este capítulo se abarcara la planificación y modelamiento del proceso para la gestión de la agenda médica y se definirán sus indicadores para su control los cuales serán detallados en el Capítulo II relacionado con la Gestión de Indicadores.



- **Planificación del Proceso:** *Para el proceso, se definirá el propósito o finalidad del proceso, usuarios, recursos, a través de la ficha general del proceso.*
- **Sistematización del Proceso:** *Se detallará de manera específica la secuencia de actividades y evidencias que se generan en el desarrollo de cada actividad para establecer un orden lógico del*



proceso se plasmará mediante diagramas de flujo utilizando el Sistema de símbolos estandarizados (ANSI).

- **Control del Proceso:** El control del Proceso de la Agenda Medica se regirá bajo el diseño de 5 indicadores, su ficha correspondiente será diseñada en el capítulo II dedicado a la gestión de indicadores, en este capítulo solo se describirán brevemente cada uno de ellos.

4.2.2 Planificación de la gestión de la agenda médica.

● Identificación y establecimiento de requisitos del Usuario.

Proceso: Programación de cita medica

Usuario Externo: Usuarios del CRIO

- Que la Institución logre mejorar los tiempos de espera para la consulta especialista.
- Que la Institución mejore el control de la Agenda Medica a fin de cumplir un tiempo menor o igual que el estándar de servicio por prioridad.
- Amabilidad en el trato brindado por el personal responsable.

Usuario Interno: Dirección del CRIO.

- Cumplir un tiempo menor o igual que el estándar de servicio por prioridad de la institución.
- Reporte y control de los estándares de espera para la agenda medica del centro.
- Disminuir la Inactividad de los médicos especialista a fin de aprovechar toda la capacidad disponible para el usuario.

● Límites del Proceso.

Proveedor

- Usuario con su tarjeta y cita indicada.

Entrada

- Tarjeta de Citas del usuario
- Con Especialidad requerida y
- Prioridad del usuario.
- Número de expediente del usuario.

Proceso

- Programación de Cita médica.



- | | |
|----------------|--|
| Salida | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Tarjeta del Usuario con fecha de cita médica indicada.</i> ▪ <i>Fecha apartada en el Libro de citas del especialista indicado.</i> |
| Usuario | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Usuario Externo: Usuarios con capacidades especiales.</i> |

☉ Recursos empleados en el Proceso.

| PROCESO | RECURSO HUMANO | | | | RECURSO FISICO | | |
|---|----------------|-----------------------|-------|-------------|----------------|------------------|---|
| | Cant. | Puesto de Trabajo | Cant. | Equipo | Cant. | Material | Intangible |
| Proceso de programación de Cita Medica | 1. | Encargado de Archivo. | 1 | Escritorio | - | Resma de Papel | Software |
| | | | 1 | Sillas | 1 | Engrapadora | Microsoft Office |
| | | | 1 | Computadora | 2 | Lapiceros | Windows 2010 |
| | | | 1 | Impresor | 2 | Marcadores | |
| | | | | | .2 | Lápices | Programa |
| | | | | | - | Caja de Fastener | Propuesto de |
| | | | | | - | Caja de fólderes | Apoyo a la Gestión de la Agenda Médica. |
| | | | | | 1 | Perforador | |



● FICHA DEL PROCESO.

| | | |
|---|--|--------------------------------|
| | CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE Ficha del Proceso | |
| Proceso: Programación de Cita Medica | | Frecuencia: Diariamente |
| Finalidad: Agendar las citas médicas de los especialistas según los requerimientos y prioridad de los usuarios del Centro de rehabilitación Integral de Occidente. | | |
| ALCANCE | ● <i>Inicia: Solicitud de Programación de cita Médica.</i> ● <i>Finaliza: Programación de citas médicas especialistas</i> | |
| PROCESOS CON LOS QUE SE RELACIONA: Apertura de Expediente. | | |
| ENTRADA: <i>Tarjeta de Citas del usuario</i> <i>Con Especialidad requerida y</i> <i>Prioridad del usuario.</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>Número de expediente del usuario.</i> | | |
| PROVEEDOR: <ul style="list-style-type: none">• <i>Usuario con su tarjeta y cita indicada.</i> | | |
| SALIDA: <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Tarjeta del Usuario con fecha de cita médica indicada.</i>▪ <i>Fecha apartada en el Libro de citas del especialista indicado</i> | | |
| CLIENTE EXTERNO: <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Usuarios con capacidades especiales.</i> | | |
| FORMATOS: Tarjeta de citas del Usuario. ¹⁰ | | |
| | | |

¹⁰ Ver formato en el Manual de Procesos y Procedimientos del CRIO.



INDICADORES:¹¹

- ❖ *Tiempo promedio de espera de consulta médica por Prioridad*
- ❖ *Nivel de cumplimiento de estándares de espera por prioridad*
- ❖ *Actividad e Inactividad del Personal Médico*
- ❖ *Porcentaje de Inasistencia del Usuario.*
- ❖ *Porcentaje de usuarios por especialidad Médica.*

¹¹ Ver Fichas de Indicadores del Proceso en el Capítulo II Gestión de Indicadores.

4.2.3 Sistematización del proceso.

| | <h2>HOJA DE PROCESO DE PROGRAMACIÓN DE CITA MEDICA</h2> | <p>Elaboración: Febrero 2014</p> <p>Revisión: Febrero 2014</p> <p>Pág.: 1/2</p> |
|---|--|--|
| <p>FINALIDAD:</p> | | <p>APLICA A: Persona Encargada de Archivo.</p> |
| Ejecutor | Flujograma | Descripción: |
| <p>1. Usuario</p> <p>2. Encargado de Archivo.</p> <p>3. Encargado de Archivo.</p> <p>4. Encargado de Archivo</p> <p>5. Encargado de Archivo</p> | <pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> S1[Solicitud de programación de Cita Medica Especialista. 1] S1 --> S2[Solicitud de tarjeta de citas al usuario. 2] S2 --> D3{Usuario posee tarjeta. 3} D3 -- NO --> S3[Direccionamiento del usuario a apertura de expediente 3] D3 -- SI --> S4[Revisión de Prioridad y especialidad a programar. 4] S3 --> S4 S4 --> DB5[(Registro de Cita Medica según prioridad y disponibilidad 5)] DB5 --> S6[Registro de Cita en Tarjeta del Usuario. 6] S6 --> S7[Entrega de tarjeta e instrucciones al Usuario. 7] S7 --> FIN([FIN]) </pre> | <p>1. Usuario se acerca a la ventanilla del Archivo solicitando programación de cita con médico especialista.</p> <p>2. Se le solicita al usuario su respectiva tarjeta de cita con su respectiva solicitud de cita médica indicada.</p> <p>3. Si el usuario no posee tarjeta de citas manda al usuario a apertura de expediente para gestionar su tarjeta con solicitud de cita médica según su expediente.</p> <p>4. Se revisa Prioridad del usuario y la especialidad de la cita médica que solicita programar.</p> |



| | | |
|--------------------------------|--|--|
| <p>6. Encargado de Archivo</p> | | <p>5. Se registra la cita con el número de expediente del usuario según disponibilidad del médico con la fecha y hora más cercana disponible tomando en cuenta su prioridad.</p> |
| <p>7. Encargado de Archivo</p> | | <p>6. Se registra en la tarjeta de citas del usuario la fecha y la hora programada.</p> <p>7. Se le entrega la tarjeta al usuario y se le explica su fecha asignada la hora y especialidad asignada en la tarjeta.</p> |



4.2.4 Control del Proceso.

El control del Proceso de la Agenda Medica se registrá bajo el diseño de 5 indicadores¹², en este capítulo solo se describirán brevemente cada uno de ellos.

❖ **Tiempo promedio de espera de consulta médica por Prioridad:**

Tiempo promedio que esperan los usuarios según su prioridad desde la solicitud de su cita médica especialista hasta su programación.

❖ **Nivel de cumplimiento de estándares de espera por prioridad :**

Porcentaje de cumplimiento de los estándares de tiempo de espera de los usuarios para recibir la consulta médica especialista según su prioridad

❖ **Actividad e Inactividad del Personal Médico:**

Porcentaje del tiempo en actividades productivas de los médicos especialistas y el porcentaje de inactividad de los médicos especialistas por ausencia del usuario.

❖ **Porcentaje de Inasistencia del Usuario:**

Porcentaje de inasistencia del usuario a su consulta médica especialista

❖ **Porcentaje de usuarios por especialidad Médica:**

Porcentaje según especialidad médica de los usuarios que solicitan sus servicios médicos.

¹² La ficha y la descripción de cada indicador será diseñada en el “Capítulo II: Gestión de Indicadores”



4.3 *Diseño de Mecanismos para la Evaluación del Cliente Interno y Externo*

Entre la problemática encontrada en el diagnóstico en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO), se logró identificar que no se tenían mecanismos de medición de la satisfacción de los usuarios tanto interno como externo, evidenciando la necesidad de crear procesos que permitan lograr este fin.

Tal evidencia se resume en la siguiente tabla, con datos encontrados en la etapa de diagnóstico:

| Problemática | Descripción |
|---|--|
| No se toman las sugerencias de los usuarios para mejorar la calidad del servicio | En la encuesta dirigida al personal, se evidencia la falta de interés en atender las sugerencias y demandas de los usuarios, un 23% asegura no tomar en cuenta lo que los usuarios expresan. |
| No existen mecanismos para que los usuarios se expresen en caso de insatisfacción | 86% de los usuarios no saben qué proceso seguir, para poder expresar sus demandas y/o sugerencias, o simplemente quejarse de algún maltrato de parte del personal |
| No se evalúa a los usuarios externos e internos, con ningún tipo de instrumento de satisfacción | 95% de usuarios nunca ha sido sujeto de encuestas de satisfacción. |

A continuación se define cliente interno y cliente externo, para una comprensión más amplia de los campos que abarca:

Cliente interno: Son los dueños de los procesos y procedimientos del CRIO, son los empleados que están inmersos en brindar un servicio de calidad a los usuarios.

Cliente Externo: Son todos los usuarios que pertenecen al Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, son las personas a las que se le exige a la institución brindar un servicio con la calidad que ellos requieren.



4.3.1 Selección de técnicas de medición de cliente interno y externo

Existe una gran importancia en todo tipo de instituciones gubernamentales y no gubernamentales al medir y conocer a cada momento el grado de satisfacción de sus clientes, para la toma de decisiones adecuadas y acordes a la realidad.

El Centro de Rehabilitación Integral de Occidente necesita un sistema de indicadores de este tipo, que permitan saber la percepción del cliente con respecto a los servicios brindados, es por eso que se presentan a continuación una serie de técnicas las cuales permiten retroalimentar a la institución con respecto a las medidas a tomar para lograr la calidad necesaria en el servicio:

Tabla 67 - Técnicas para medición de cliente interno y externo

| Técnica | Descripción |
|---|--|
| Focus Group | Los Focus Groups son reuniones de grupos de personas (de 6 a 12 más un moderador encargado de hacer preguntas y dirigir la reunión). Se trata de una herramienta de gran importancia para recibir retroalimentación de temas, detectar deseos y necesidades de Clientes o Clientes potenciales sobre diversos aspectos de interés para la organización |
| Informes del personal de Atención al Cliente | Muchas compañías disponen de call centers o puntos de atención al Cliente. Además de la resolución de problemas concretos y específicos que sus usuarios pudieran tener, es una interesante fuente para conocer la satisfacción específica del Cliente, bien por cuestiones o preguntas directas efectuadas tras la consulta realizada, bien mediante la transcripción en informes periódicos efectuados por el personal acerca de la percepción recibida del Cliente (inquietudes, nuevas necesidades, aspectos u oportunidades de mejora, etc.). |
| Investigaciones de mercado | Permiten generar diagnósticos relativos a los recursos, oportunidades, fortalezas, capacidades, debilidades y amenazas de una organización (FODA). Estos estudios pueden ayudar a la confección de planes estratégicos en la empresa, preparar el lanzamiento de un nuevo producto o permitir el desarrollo de nuevos productos. Estas técnicas para medir la satisfacción de Clientes buscan el poder garantizar a la |



empresa una adecuada orientación de sus planes y estrategias, para satisfacer las necesidades de consumidores y permitir generar productos o servicios con ciclos de vida duraderos que permita el éxito y avance de la empresa, además ayuda a las compañías a aprender y conocer mejor a los actuales y Clientes potenciales.

Encuestas de Satisfacción de Clientes Probablemente sean la tipología mejor conocida por todos. Corresponden a estudios empíricos de observación para determinar grados de satisfacción. Los cuestionarios pueden ser respondidos presencialmente, vía telefónica, por web o por email. Las encuestas suelen tener por finalidad el conocer grados de satisfacción de un público objetivo ante determinado servicio o la valoración de un conjunto de productos ofrecidos.

Mystery Shopping o Clientes misteriosos Esta técnica está siendo cada vez más utilizada en el mundo del marketing. Consiste en una técnica utilizada por empresas para evaluar y medir la calidad de la atención a nuestros Clientes. Los Mystery Shoppers actúan como clientes (formados para obtener cierta información) que realizan una compra o consumen un servicio y luego entregan un informe sobre cómo fue su experiencia. En ningún momento el personal encargado de la venta, comerciales o de atención al público conoce su identidad. Consisten en un análisis cualitativo de diferentes variables predefinidas. Con los resultados se efectúan propuestas de mejora y se busca mantener la atención al Cliente por parte de los trabajadores en niveles óptimos.

Buzones de sugerencias Otra de las opciones bastante habitual es la de disponer de un servicio de recepción de quejas, reclamaciones o buzones de sugerencias. Se trata de una técnica activa por parte del consumidor y debe tenerse en cuenta, que la mayor parte de nuestros Clientes no va a presentar una queja. Simplemente dejará de contar con nuestros servicios o dejara de adquirir los productos o servicios.



4.3.1.1 Valoración de alternativas

Se evaluará las alternativas con respecto a la valoración en aspectos que afectan a la realización o no de las respectivas técnicas, se brindará una puntuación individual por cada técnica y cada aspecto de la siguiente manera:

Excelente = 10

Medio = 5

Bajo = 1

La tabla siguiente muestra la valoración que se hace en base a los aspectos seleccionados:

Tabla 68 - valoración de alternativas de técnica cliente interno y externo

| | Costo | impacto | Credibilidad | Información manejable | Totales |
|--|-------|---------|--------------|-----------------------|---------|
| Focus Group | 1 | 5 | 1 | 1 | 9 |
| Informes del personal de Atención al Cliente | 5 | 5 | 1 | 1 | 12 |
| Investigaciones de mercado | 1 | 10 | 10 | 1 | 22 |
| Encuestas de Satisfacción de Clientes | 10 | 10 | 5 | 5 | 30 |
| Mystery Shopping o Clientes misteriosos | 1 | 10 | 10 | 1 | 22 |
| Buzones de sugerencias | 10 | 5 | 10 | 10 | 35 |

Se seleccionan las alternativas “encuesta de satisfacción al cliente” y “Buzón de sugerencia”, siendo las técnicas que con respecto a los aspectos valorados se realizarán por su conveniencia en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO).

Estos Mecanismos servirán para proporcionar una serie de indicadores que nos permitan conocer la satisfacción de los clientes internos y externos, dando pautas para el planteamiento de medidas correctivas y preventivas sobre las situaciones encontradas, esto a su vez ayuda a que se siga una mejora continua en los procesos y procedimientos en el CRIO



4.3.1.2 Mecanismos de Evaluación de Cliente externo e interno.

A continuación se presentara el diseño de la metodología, y proceso de los diferentes mecanismos para la evaluación de satisfacción de los clientes, tanto internos como externos, estos instrumentos pretenderán identificar inconformidades y aspectos de mejora, en los grupos de usuarios, los mecanismos a utilizar se describen a continuación:

Encuesta de satisfacción al cliente: Se procederá con el diseño de la metodología para la evaluación del cliente, el diseño del instrumento, y el diseño del procedimiento para la aplicación e interpretación del instrumento. Este instrumento se utilizara para la medición de la percepción de satisfacción tanto del usuario interno como del externo.

Recepción de quejas y/o sugerencias: Se diseñara la metodología para la evaluación de la satisfacción del usuario, iniciando con la determinación de los factores claves para el desarrollo de la gestión del buzón, posteriormente se diseñara el proceso del funcionamiento del mecanismo. Cabe mencionar que este mecanismo será de uso exclusivo para la evolución del cliente externo, y se diferenciara del mecanismo de encuesta en el tiempo de retroalimentación, dinámica y rotación que este tendrá en el Centro.

4.3.2 Metodología para la evaluación de la satisfacción del usuario externo e interno a través de encuestas.

En esta fase se proporcionara al centro la dirección para el diseño y ejecución de estudios sencillos de medición de la satisfacción de los usuarios tanto externos como internos a través de encuestas periódicas de satisfacción.

La medición de la satisfacción de los usuarios a través del diseño e implementación de una encuesta de opinión periódica, nos va a permitir conocer “quién opina que” es decir, cuántas personas están satisfechas y cuántas están insatisfechas con los diferentes aspectos de los servicios prestados, así como qué es lo que esperan del servicio. Por tanto, si establecemos un buen sistema de aplicación podremos llegar a obtener información muy clara de una gran cantidad de usuarios externos e internos para la mejora de la institución con un esfuerzo y dedicación no excesivamente elevados.

La metodología requerida para el Diseño y desarrollo de este mecanismo se describe a continuación:

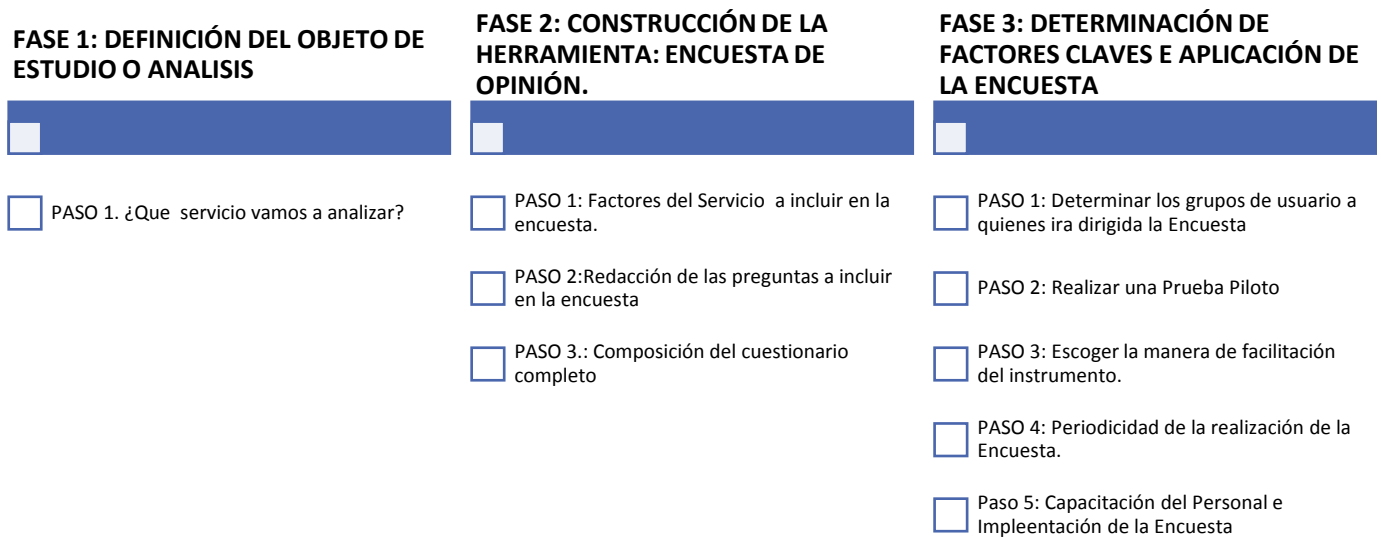


Figura 33 - Metodología para evaluación por medio de encuestas de satisfacción

4.3.2.1 Metodología para el diseño del Proceso de implementación de la encuesta.

En esta fase se diseñara el proceso que guía la secuencia de pasos para la implementación de este mecanismo de evaluación de satisfacción a través de la encuesta, desde la planificación de la realización de la misma en el Plan Anual del Centro así como el seguimiento de la metodología a seguir para el diseño y desarrollo de la misma, que ya describimos anteriormente que abarca desde la identificación de quienes participaran, la realización del cálculo de la muestra, los instrumentos a utilizar, la capacitación a impartir y el periodo de ejecución hasta llegar al análisis de los resultados de la aplicación de la encuesta y la determinación de diferentes medidas correctivas para mejorar aquellos puntos críticos en los cuales los usuarios manifiestan algún tipo de inconformidad.

El diseño de este proceso contendrá:

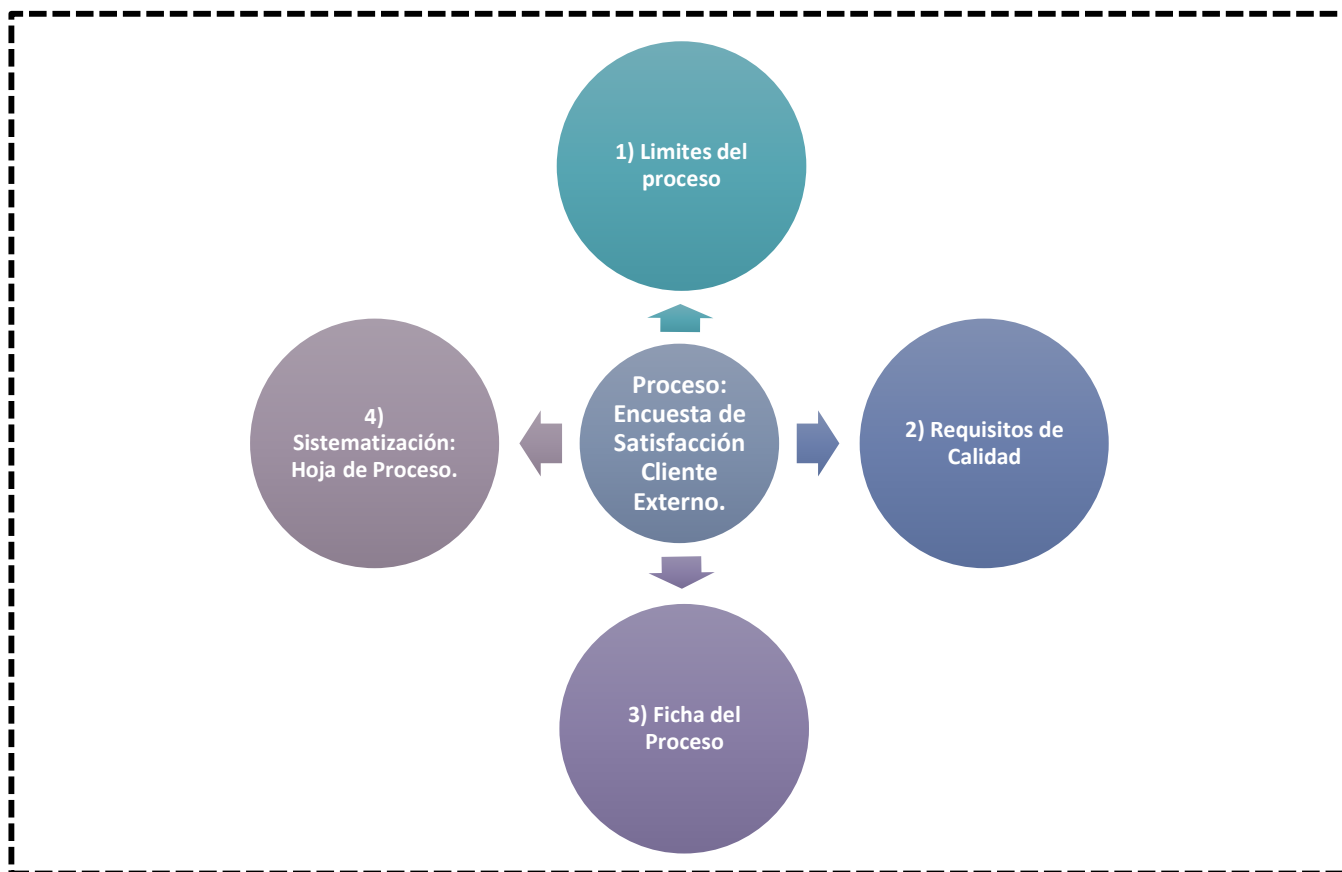


Figura 34 - Metodología de proceso de implementación de encuesta

Cada una de las partes del diseño del proceso de la Encuesta de Satisfacción del Cliente Externo, se detalla a continuación de la siguiente manera:


Límites del proceso, sub-proceso: En esta parte se definen los límites que el proceso o sub-proceso tiene definidos:

- **Proveedor:** quien proporciona la información.
- **Entrada:** define la información que ingresa.
- **Salida:** es la información que el proceso o procedimiento dará como producto.
- **Usuario:** quienes utilizan la información que fluye en el proceso o procedimiento.

Requisitos de calidad a cumplir en el proceso: Se define los requisitos de toda la información que fluirá en el proceso, con la calidad que se desea:



- **Entrada:** Información puntual de la información que se necesita para el procedimiento o proceso.
- **proceso:** formatos y registros necesarios, con toda la información que estos deben de contener detalladamente.
- **Salida:** Que formato, informe o registro sale del procesos y que debe contener cada uno de ellos.

 **Ficha del proceso:** Se describe de una forma general la información contenida en el proceso o procedimiento :

- **Propietario:** Quien es la persona encargada del procedimiento.
- **Proceso:** Nombre del proceso o procedimiento.
- **Frecuencia:** Frecuencia de medición o desarrollo del proceso o procedimiento.
- **Finalidad:** Razón del porque se desarrolla el proceso o procedimiento.
- **Alcance:** inicio y fin del proceso o procedimiento.
- **Procesos con los que se relaciona:** procesos o procedimientos con los que se tiene vínculo.
- **Entrada:** que información necesita.
- **Proveedor:** quien provee esta información de entrada.
- **Salida:** producto que proporciona el proceso o procedimiento.
- **Cliente interno:** quien internamente utiliza esta información.
- **Formatos:** se detalla que formatos se utilizan en este proceso o procedimiento y se codifican.
- **Indicadores:** Que indicadores se utilizan para el control y medición del procedimiento o proceso.

 **Sistematización: Hoja de procesos**

Se elabora el flujograma del proceso o procedimiento, definiendo la secuencia, la persona encargada y la descripción detallada de cada uno de los pasos:

- **Ejecutor:** se define quien es el encargado de cada uno de los pasos a seguir en el proceso o procedimiento.
- **Flujograma:** Secuencia lógica que sigue el procedimiento descrito de forma gráfica.



- **Descripción:** Se define de forma detallada que se hace en cada uno de los pasos del procedimiento o proceso.
 - **Anexos:** formatos, instrumentos de medición u otros complementos del proceso.

4.3.3 Diseño de la encuesta de satisfacción cliente externo.

Para conocer cómo se percibe el servicio del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, se seleccionó como un mecanismo de evaluación apropiado las encuestas periódicas en las cuales se recogerá la valoración de los usuarios, de los diferentes factores o elementos del servicio.

Este es un método práctico y sencillo, que permite, por tanto, ser aplicado a gran cantidad de usuarios, posibilitando la recogida de una gran cantidad de opiniones al tiempo que aporta una valiosa y gran información para plantear mejoras concretas y eficaces en el servicio prestado. Por ello, a continuación se desarrollara paso a paso la metodología anteriormente explicada, para desarrollar las encuestas para los usuarios externos e internos del centro.

FASE 1: DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO O ANALISIS.

Paso 1. ¿Qué servicio o prestación vamos a analizar?

Definiremos, dentro del Centro, sobre qué servicio n o paso concreto de dicha prestación del servicio, vamos a analizar la satisfacción de nuestros usuarios.

Se evaluara el proceso de Rehabilitación Integral del centro identificado como uno de sus procesos claves o misionales, el cual abarcara desde el Ingreso de los usuarios su intervención a servicios de rehabilitación hasta su egreso.

Se abarcaran cuatro aspectos o bloques de análisis donde irán dirigidas las preguntas de la encuesta para medir y valorar diferentes dimensiones de calidad o factores relativos a ese aspecto en concreto de la prestación del servicio, a través de la encuesta se capturara información sobre los siguientes aspectos:

- *Información de ingreso al centro.*



- *Información de evaluación medica*
- *Información sobre los servicios de terapia.*
- *Aspectos generales del Servicio.*

A continuación se esquematiza el objeto de estudio de nuestra encuesta:

Organización: Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.

Servicio concreto a analizar: Proceso de Rehabilitación Integral.

Objeto de Análisis: Abarcara todos los pasos en los que interviene el usuario desde el primer momento o contacto hasta que recibe su evaluación médica, terapia y tratamiento en general.



Todas las preguntas de la encuesta irán dirigidas a valorar diferentes dimensiones de calidad o factores relativos a ese paso concreto de la prestación del servicio.

FASE 2: CONSTRUCCIÓN DE LA HERRAMIENTA: ENCUESTA DE OPINIÓN.

Paso 1. Factores del servicio a incluir en la encuesta.

Definiremos las dimensiones de calidad a analizar respecto a la prestación de los servicios de rehabilitación del Centro, se evaluara el ingreso del usuario, su evaluación médica y terapéutica bajo cuatro dimensiones de calidad.

Se decidió analizar estas 4 “dimensiones de calidad” ya que, a través de la etapa de diagnóstico se logró identificar las principales áreas problemáticas que afectan el servicio, y hemos podido identificar que estos son los aspectos del servicio que más importancia y valor tienen para las personas que lo utilizan.

A continuación se definen los factores de calidad principales escogidos para el diseño de la encuesta y su aplicación en concreto en la evaluación de las diferentes terapias que ofrece el centro:



Tabla 69 - Factores de calidad para diseño de encuesta

| ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CRIO EVALUACIÓN DE TERAPIA. | |
|---|--|
| DIMENSIONES DE CALIDAD | DIMENSIONES APLICADAS A LA ENCUESTA |
| 1. Profesionalidad técnica del personal (Capacidad y conocimiento de los recursos necesarios para realizar un servicio.) | ¿Ha notado avances o mejoría en la rehabilitación? |
| 2. Comunicación (Mantener informado al usuario en un lenguaje que pueda entender, escuchar sus necesidades y capacidad para explicar lo sucedido) | ¿Le ha explicado el Terapeuta de una manera adecuada su plan de tratamiento? ¿Le ha explicado el Terapeuta de una manera adecuada su diagnóstico? |
| 3. Tiempo de servicio o entrega efectiva de atención. (Velocidad de respuesta ante las necesidades del usuario. Deseo de prestar un servicio rápido) | ¿Cuánto tiempo espero para su primera terapia? ¿Le pareció adecuado el tiempo que espero para recibir terapia? |
| 4. Cortesía/Amabilidad. (Educación, respeto, consideración y amabilidad del personal en contacto con los usuarios). | ¿Considera usted que el/la terapeuta es amable y cordial en su trato? |

Paso 2. Redacción de las preguntas a incluir en la encuesta.

Una vez que sabemos qué es lo que queremos analizar, sobre qué dimensiones de calidad vamos a preguntar, podemos redactar las preguntas que incluiremos en el cuestionario.

Las 32 preguntas de la encuesta diseñada fueron formuladas en base a los 4 objetivos específicos antes mencionados, a continuación se presenta una matriz con la caracterización de cada pregunta:



Tabla 70 - Matriz de análisis de instrumento cliente externo

| MATRIZ DE ANALISIS DEL INSTRUMENTO | | |
|------------------------------------|--|---|
| No. | Pregunta | Objetivo |
| 1 | ¿Es Usted Usuario Activo del Centro? | Identificar si es usuario de interés para el estudio realizado |
| 2 | ¿Cuánto tiempo tiene de recibir atención en el Centro? | Identificar ingreso y antigüedad del usuario. |
| 3 | ¿El personal de Enfermería lo ha atendido con Respeto y Amabilidad? | Identificar la percepción del usuario en el ingreso al centro, y si se les brinda la orientación adecuada al usuario. |
| 4 | ¿Se le brindo información adecuada acerca de los lugares a los que necesitaba asistir? | |
| 5 | ¿Ha recibido atención con algún médico Especialista? | Identificar el nivel de servicio que brinda el médico, si explica al usuario bien su diagnóstico, si el diagnóstico indicado es el adecuado, así como medir la satisfacción del usuario desde que se le asigna la cita hasta que la recibe. |
| 6 | ¿Qué médico le brinda atención actualmente? | |
| 7 | Checklist Médicos | |
| 8 | ¿Le parece importante la consulta médica para su rehabilitación integral? | |
| 9 | ¿El médico que le ha atendido lo ha hecho con amabilidad y profesionalismo? | |
| 10 | ¿Alguna vez se presentó a su cita y no se le brindo la atención? | |
| 11 | ¿Ha recibido consulta médica en condición? | |
| 12 | ¿Considera que los horarios de la consulta especialista son adecuados a sus necesidades? | |



| | | |
|----|---|---|
| 13 | ¿Al momento de programar su cita médica, la persona que lo atendió lo hizo de manera amable y respetuosa? | |
| 14 | ¿Alguna vez ha faltado a su consulta médica especialista? | Identificar las causas de las elevadas inasistencias de los usuarios en sus consultas con especialistas. |
| 15 | ¿Cuántas veces ha faltado a su cita con el especialista? | |
| 16 | ¿Cuál fue la causa de su inasistencia? | |
| 17 | Para cuanto tiempo le dejaron la cita con el especialista | |
| 18 | ¿Considera ese periodo de tiempo aceptable? | |
| 19 | Checklist Evaluación en Terapia | Determinar la percepción del usuario en evaluación de terapia. |
| 20 | ¿Está Usted recibiendo Terapia Actualmente? | Identificar deficiencias en la atención en las áreas de terapia que reciben los usuarios, si están pendientes de la meta de rehabilitación del paciente, y otras variables necesarias |
| 21 | Checklist Terapia | |
| 22 | Checklist terapeuta | |
| 23 | ¿Ha notado avances o mejoría en la rehabilitación? | |
| 24 | ¿Los horarios de las terapias se adaptan a sus necesidades? | |
| 25 | ¿Considera usted que el/la terapeuta es amable y cordial en su trato? | |
| 26 | ¿Ha sido usted alguna vez víctima de maltrato o discriminación por parte del personal del centro? | Determinar si existen mecanismos de evaluación de la satisfacción del usuario, identificar si el usuario ha sido víctima de discriminación. |
| 27 | ¿Se le ha indicado que hacer en caso de insatisfacción en el servicio? | |





| | | |
|----|---|--|
| 28 | ¿Le han pasado alguna encuesta o instrumento de satisfacción? | |
| 29 | ¿Al momento de programar su cita de terapia, la persona que lo atendió lo hizo de manera amable y respetuosa? | Determinar satisfacción de usuarios en la atención de terapeutas. |
| 30 | De los siguientes aspectos de calidad en el servicio elija dos que considere más importantes | Identificar que es calidad para el usuario |
| 31 | Mencione algunos aspectos que se deberían mejorar para brindarle un mejor servicio | Obtener información que posiblemente quedo fuera de este instrumento |
| 32 | En la escala del 1 al 10, siendo 10 la más alta, cuál es la calificación general que usted daría al proceso de atención recibida hasta el momento en el CRIO? | Medir cuantitativamente como percibe los usuarios al CRIO |

Opciones de Respuesta

Elegiremos la opción de respuesta que vamos a ofrecer en el cuestionario. Las preguntas deben estar redactadas en función de las posibilidades de respuesta.

Existen diversos tipos de preguntas para la estructuración de esta encuesta. Dentro de las preguntas a utilizar se encuentran:

 **Preguntas abiertas:** Para su respuesta se presenta un espacio en blanco, de forma que la persona que contesta la encuesta puede responder abiertamente redactando su opinión.

 **Preguntas cerradas:** Son útiles para estrechar el círculo de opciones con rapidez, se realizaran a través de check list igualmente dentro de la variedad de preguntas cerradas ocuparemos:

- ⦿ **Preguntas de opción múltiple:** Exigen que el encuestado seleccione una respuesta de una lista preestablecida. Al entrevistado se solicita que seleccione una o más de las alternativas que se le presentan.
- ⦿ **Preguntas dicotómicas:** Es una pregunta de opción múltiple en la que se presentan solamente dos alternativas, una positiva y una negativa.



Preguntas para identificar expectativas

Se incluyó en la encuesta preguntas dirigidas a conocer qué es lo que esperan las personas de la prestación del servicio, y para identificar cuáles son las dimensiones más importantes para ellas, las preguntas diseñadas para este fin son la P.30 y 31 que se muestra a continuación.

De los siguientes aspectos de calidad en el servicio elija dos que considere más importantes

P.30

Amabilidad del personal *Equipamiento moderno e instalaciones atractivas*

Implementación de un sistema de opinión ciudadana *Entrega efectiva de atención*

Otro; especifique: _____

P.31 Mencione algunos aspectos que se deberían mejorar para brindarle un mejor servicio

☐ _____



Paso 3. Composición del cuestionario completo.

Una vez definidas las preguntas, la encuesta se completarse con:

Introducción



CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CRIO

OBJETIVOS:

Identificar el nivel de satisfacción que los usuarios del CRIO, perciben en las diferentes áreas del CRIO basado en tres dimensiones: profesionalidad del personal, comunicación/amabilidad y entrega efectiva de atención, para detectar aspectos de mejora y control.

A continuación tiene un cuestionario para medir la satisfacción del usuario, en todos los servicios de atención prestados en el CRIO, Con relación a las siguientes preguntas, Por Favor marque con (X) o responda en la opción que conteste de mejor manera a las interrogantes que se formulan:

Pregunta general de satisfacción.

P. En la escala del 1 al 10, siendo 10 la más alta, cuál es la calificación general que usted daría al proceso de atención recibida hasta el momento en el CRIO?

Espacios en blanco para que las personas usuarias puedan aportar lo que consideren conveniente sobre el tema.

P. ¿Mencione algunos aspectos que se deberían mejorar para brindarle un mejor servicio?

Agradecimiento.

"GRACIAS POR SU COLABORACIÓN"



La encuesta completa quedaría de la siguiente manera:

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CRIO

OBJETIVOS:

Identificar el nivel de satisfacción que los usuarios del CRIO, perciben en las diferentes áreas del CRIO basado en tres dimensiones: profesionalidad del personal, comunicación/amabilidad y entrega efectiva de atención, para detectar aspectos de mejora y control.

A continuación tiene un cuestionario para medir la satisfacción del usuario, en todos los servicios de atención prestados en el CRIO, Con relación a las siguientes preguntas, Por Favor marque con (X) o responda en la opción que conteste de mejor manera a las interrogantes que se formulan:

P.1. ¿Es Usted Usuario Activo del Centro? SI NO

Seleccione sólo una opción

☞ Si su Respuesta es **NO** Fin de la Encuesta.

P.2. ¿Cuánto tiempo tiene de recibir atención en el Centro?

❖ INGRESO:

P.3. ¿El personal de Enfermería lo ha atendido con Respeto y Amabilidad?

Seleccione sólo una opción

SI NO No Recuerda

P.4. ¿Se le brindo información adecuada acerca de los lugares a los que necesitaba asistir?

Seleccione sólo una opción

SI NO No Recuerda

❖ EVALUACIÓN MÉDICA

P.5. ¿Ha recibido atención con algún médico Especialista?

Seleccione sólo una opción

SI NO ¿Porque?

☞ Si su Respuesta es **NO** y la razón fue inasistencia por favor pasar {Ir P.15} si no {Ir P.17},

luego terminar encuesta

P.6. ¿Qué médico le brinda atención actualmente?

Ortopeda Fisiatra Pediatra Neurólogo pediatra



P.7. Le ha explicado el medico:

| | Si | No |
|---------------------|----|----|
| Diagnostico | | |
| Plan de tratamiento | | |
| Pronostico | | |

P.8. ¿Le parece importante la consulta médica para su rehabilitación integral?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO**

P.9. ¿El médico que le ha atendido lo ha hecho con amabilidad y profesionalismo?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO**

P.10. ¿Alguna vez se presentó a su cita y no se le brindo la atención?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **No sabe**

P.11. ¿Ha recibido consulta médica en condición?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **Es Indiferente**

P.12. ¿Considera que los horarios de la consulta especialista son adecuados a sus necesidades?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **Es Indiferente**

P.13. ¿Al momento de programar su cita médica, la persona que lo atendió lo hizo de manera amable y respetuosa?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **Es Indiferente**

P.14. ¿Alguna vez ha faltado a su consulta médica especialista?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO**

☞ Si su Respuesta es **NO** por favor pasar {Ir P.17}

P.15. ¿Cuántas veces ha faltado a su cita con el especialista?

Por favor escriba un número: # _____

P.16. ¿Cuál fue la causa de su inasistencia?

☞ _____

P.17. Para cuanto tiempo le dejaron la cita con el especialista ☞ _____

P.18. ¿Considera ese periodo de tiempo aceptable?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **Es Indiferente**

❖ EVALUACIÓN TERAPIA

P.19.

| Tipo de terapia | A qué tipo de terapia lo han referido | Ha recibido su evaluación de terapia | Cuanto tiempo espero para ser evaluado | Le pareció adecuado el tiempo que espero para recibir evaluación |
|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| Terapia Ocupacional | | | | |
| Terapia de Lenguaje | | | | |
| Educación Física Adaptada | | | | |
| Terapia Educativa | | | | |
| Electroterapia | | | | |
| Hidroterapia | | | | |
| Gimnasio | | | | |
| Terapia Física | | | | |

☞ Si **NO** ha sido evaluado {Ir P.30}



P.20. **¿Está Usted recibiendo Terapia Actualmente?**

Seleccione sólo una opción

SI NO Está encargado de otra Persona

☞ Si su Respuesta es NO {Ir P.30}

P.21.

| Tipo de terapia | ¿Qué tipo de terapia está recibiendo? | ¿Cuánto tiempo espero para su primera terapia? | ¿Le pareció adecuado el tiempo que espero para recibir terapia? |
|---------------------------|---------------------------------------|--|---|
| Terapia Ocupacional | | | |
| Terapia de Lenguaje | | | |
| Educación Física Adaptada | | | |
| Terapia Educativa | | | |
| Electroterapia | | | |
| Hidroterapia | | | |
| Gimnasio | | | |
| Terapia Física | | | |

P22. **Le ha explicado el Terapeuta:**

| | Si | No |
|-----------------------------------|----|----|
| Diagnostico | | |
| Proceso de alta | | |
| Su evolución | | |
| Plan de tratamiento | | |
| Pronostico | | |
| Los ejercicios para hacer en casa | | |
| Si es si, los practica en casa | | |

P.23. **¿Ha notado avances o mejoría en la rehabilitación?**

Seleccione sólo una opción

SI NO

P.24. **¿Los horarios de las terapias se adaptan a sus necesidades?**

Seleccione sólo una opción

SI NO

P.25. **¿Considera usted que el/la terapeuta es amable y cordial en su trato?**

Seleccione sólo una opción

SI NO

P.26. **¿Ha sido usted alguna vez víctima de maltrato o discriminación por parte del personal del centro?**

Seleccione sólo una opción

SI NO No Recuerda

P.27. **¿Se le ha indicado que hacer en caso de insatisfacción en el servicio?**

Seleccione sólo una opción

SI NO No Recuerda

P.28. **¿Le han pasado alguna encuesta o instrumento de satisfacción?**

Seleccione sólo una opción

SI NO No Recuerda



P.29. **¿Al momento de programar su cita de terapia, la persona que lo atendió lo hizo de manera amable y respetuosa?**

Seleccione sólo una opción

SI **NO** **Es Indiferente**

P.30 **De los siguientes aspectos de calidad en el servicio elija dos que considere más importantes**

Amabilidad del personal *Equipamiento moderno e instalaciones atractivas*

Implementación de un sistema de opinión ciudadana *Entrega efectiva de atención*

Otro; especifique: _____

P.31 **Mencione algunos aspectos que se deberían mejorar para brindarle un mejor servicio**

✎ _____

P.32. **En la escala del 1 al 10, siendo 10 la más alta, cuál es la calificación general que usted daría al proceso de atención recibida hasta el momento en el CRIO?**

❖ **DATOS GENERALES:**

EDAD DEL USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN: _____

SEXO: **M** **F**

LUGAR DE DONDE VIENE: _____


GRACIAS POR SU COLABORACION


FASE 3: DETERMINACIÓN DE FACTORES CLAVES E APLICACIÓN DE LA ENCUESTA


Paso 1: Determinar los grupos de usuario a quienes ira dirigida la Encuesta


Para la realización de la encuesta del usuario externo debemos identificar y caracterizar los diferentes tipos de usuarios que el centro de Rehabilitación posee y elegir a que grupo nos dirigiremos en la realización de este mecanismo. Los diferentes grupos de usuarios con los que cuenta el centro se describen a continuación.

Tabla 71 - Usuarios a quien va dirigido encuesta

 *Usuario activo: usuario que actualmente está recibiendo servicios médicos, de apoyo o de terapias en las instalaciones del Centro de rehabilitación integral de Occidente (CRIO).*

 *Usuario Inactivo: Usuario que ya no pertenece al centro por los siguientes motivos: alta, muerte, cambio de domicilio, no se pudo localizar.*

 *Usuario de servicios de Certificación: Usuario enviado por el ministerio de trabajo para determinar diagnósticos de incapacidad, para poder certificarse para trabajar.*

 *Usuarios en periodo de ingreso: usuario que está en proceso de ingreso al centro de rehabilitación.*

Para efectos de la investigación diseñada para el centro, y segmentando a los diferentes clientes que podemos encontrar a la hora de llevar a cabo la encuesta, se tiene el interés en entrevistar solo a "Usuarios Activos".



Estos son los que pueden contestar satisfactoriamente a las preguntas, ya que la encuesta va dirigida a personas que ya recibieron atención especializada en cualquiera de las áreas en las que el CRIO brinda servicios a la población en general.

Paso 2. Realización de una prueba piloto.

El objetivo del estudio es determinar entre otras cosas, la satisfacción del usuario a la hora de recibir los servicios prestados en el CRIO, con una prueba piloto de 20 encuestas para verificar que el cuestionario es entendible y no presenta ambigüedades en la formulación, para poder determinar cuáles son los valores de las probabilidades de éxito y fracaso a utilizar en la fórmula para determinar el tamaño de la muestra. Se procedió a analizar cuantos **“usuarios activos”** encontramos a la hora de pasar las encuestas.

| Determinación de “p” y “q” (prueba piloto) | | | |
|--|---|----|------|
| p | Es Usuario Activo | 19 | 95 % |
| q | Cualquiera de los otros usuarios mencionados en la caracterización. | 1 | 5 % |
| TOTAL | | 20 | 100% |

Con lo anterior se determinó que la confiabilidad del estudio se definió en el 95%, el error puede estar entre el 5%.

Determinación de muestra:

El universo fue considerado como el total de usuarios del CRIO, el cual es de 1,750 usuarios (según memoria de labores de CRIO año 2013).

Ya que es un universo menor que 100,000 la ecuación para determinar la muestra es la siguiente:

$$n = \frac{(z)^2 * N * P * Q}{(E)^2 * (N - 1) + (Z)^2 * P * Q}$$



Dónde:

N: Tamaño de la población

Z: Valor crítico correspondiente al coeficiente de confianza de la investigación.

p: proporción poblacional de la ocurrencia de un evento.

q: proporción poblacional de la no ocurrencia de un evento. (1 - p)

E: Error muestra, que puede ser determinado según el criterio del investigador.

Por lo cual el p y q las variables a utilizar en la formula quedan definidos de la siguiente manera:

- N: 1750
- Z: 1.96
- p: 0.95
- q: 0.05
- Con un error del 5%, E: 0.05

Resolviendo:

$$n = \frac{(1.96)^2 * 1750 * 0.95 * 0.05}{(0.05)^2 * (1750 - 1) + (1.96)^2 * 0.95 * 0.05} = 70.11 \approx 71$$



Paso 3. Escoger la manera de facilitación del instrumento

Se definió que la mejor manera de realizar el desarrollo de la Encuesta es mediante Encuestas personales a través de encuestadores, se definió este método por ser el más accesible según la Dirección del centro por las características del instrumento y de los usuarios a la que va dirigida.

Paso 4. Periodicidad de la realización de la Encuesta.

Se realizarán dos evaluaciones al año de la satisfacción del usuario externo a través de encuestas para utilizarlas en beneficio de la mejora del servicio, estas evaluaciones serán planificadas en el plan anual de trabajo del centro y serán utilizadas para abordar algún cambio u modificaciones en el servicio, o bien hacer un análisis con mayor profundidad sobre la prestación del mismo desde la perspectiva del usuario.

Para evaluar de manera más habitual las opiniones de los usuarios externos se utilizará otro mecanismo de evaluación de satisfacción llamado Buzón de Sugerencia el cual se ampliará posteriormente, Las acciones de mejora que surjan del análisis de las sugerencias o quejas del usuario externo a través del buzón, podrán ser medidas y evaluadas según el impacto en la satisfacción del usuario reflejada en la aplicación de las encuestas semestrales.

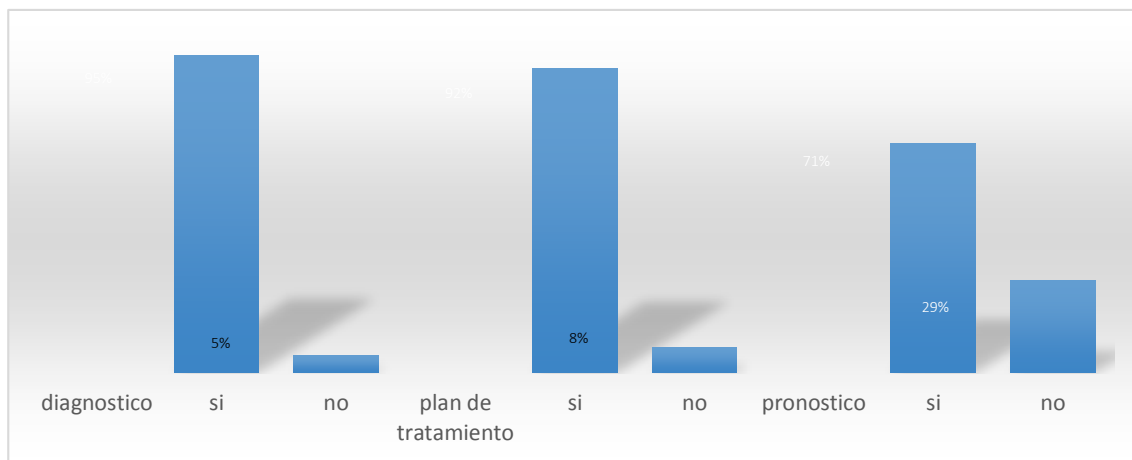
FASE 4: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA

En esta fase se tabulará, graficará y analizará cada una de las preguntas de nuestro instrumento de evaluación, para ello cada pregunta será analizada por separado y cuidadosamente estudiada y valorada para ser presentadas de forma clara, objetiva y concisa, de manera que suponga una descripción real de la situación del servicio y facilitar así la planificación de acciones de mejora.

El objetivo debe ser clarificar los puntos débiles de la prestación, identificar las cuestiones que mayor insatisfacción producen y orientar en la toma de decisiones.

A continuación se muestra el análisis de dos preguntas del cuestionario diseñado a fin de mostrar los resultados del análisis del instrumento:

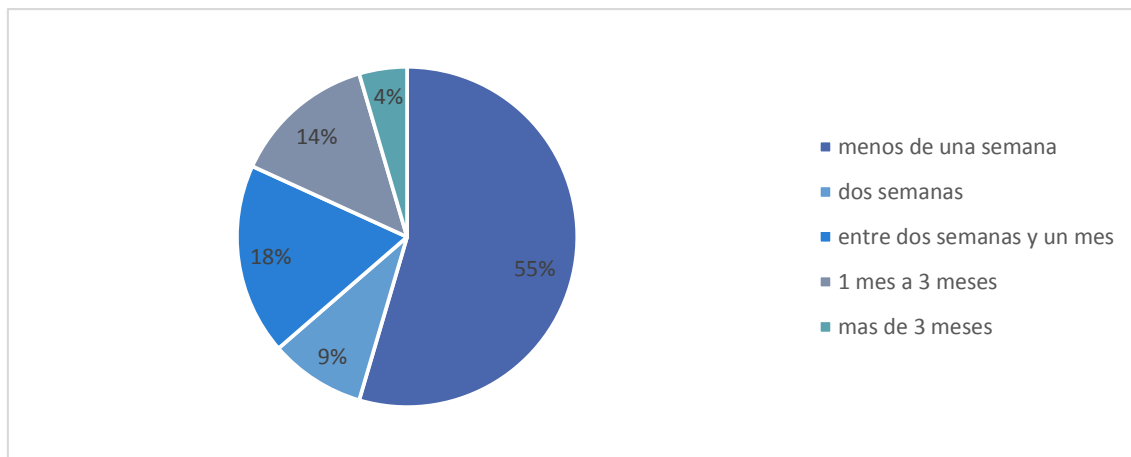
Le ha explicado el medico:



El 95% de usuarios encuestados aseguro que el médico le explico su diagnóstico, el 92% dijo que se le explico el plan de tratamiento que debía seguir para su rehabilitación integral, pero que solo el 71% aseguro que se le explico el pronóstico de recuperación, evidenciando que en un porcentaje alto las personas no saben hasta qué punto podrán rehabilitarse a la hora de entrar en los servicios del CRIO.

Cuanto tiempo espero para ser evaluado:

Terapia ocupacional



El 55% de los usuarios encuestados afirma haber recibido evaluación en terapia en menos de una semana, 18% entre dos semanas y un mes, 14% de un mes a 3 meses, siendo la mayoría de respuestas un tiempo estimado adecuado.

Tanto los datos estadísticos, correspondientes a las preguntas cerradas como los datos cualitativos, correspondientes a las preguntas abiertas, deben ser analizados e interpretados, de forma que se conviertan en información útil que permita mejorar la calidad del servicio.



4.3.4 Proceso para la Implementación de la Encuesta de Satisfacción al cliente Externo.

A continuación se define el siguiente contenido del Proceso de Encuesta de Satisfacción del Cliente Externo:



4.3.4.1 Límites del Proceso de Implementación de la Encuesta.

En esta parte se definen los límites que el proceso tiene definidos:

- **Proveedor:** quien proporciona la información.
- **Entrada:** define la información que ingresa.
- **Salida:** es la información que el proceso o procedimiento dará como producto.
- **Usuario:** quienes utilizan la información que fluye en el proceso o procedimiento.

| |
|--|
| Proveedor: Dirección CRIO. |
| Entrada: <ul style="list-style-type: none">• Plan de trabajo anual. |
| Sub-Proceso: Encuesta de satisfacción al cliente externo. |
| Salida: <ul style="list-style-type: none">• Informe de resultados de encuesta de satisfacción al cliente.• Informe de medidas correctivas. |
| Usuario: <ul style="list-style-type: none">• Cliente externo.• Dirección ISRI. |



4.3.4.2 Requisitos de calidad a cumplir en el proceso

En esta parte se definen los requisitos de toda la información que fluirá en el proceso, con la calidad que se desea:

- **Entrada:** Información puntual de la información que se necesita para el procedimiento o proceso.
- **proceso:** formatos y registros necesarios, con toda la información que estos deben de contener detalladamente.
- **Salida:** Que formato, informe o registro sale del procesos y que debe contener cada uno de ellos.

Entrada:

- *Plan de trabajo.*
 - *Nombre del proceso*
 - *Objetivo a lograr*
 - *Fecha de realización de encuesta*
 - *Definición de universo y áreas a medir*

Sub-Proceso:

- *Capacitación.*
 - *Método de como solicitar la colaboración del encuestado*
 - *Responsable de impartir capacitación*
 - *Tema de capacitación*
 - *Establecer cantidad de encuestas administradas por cada colaborador*
- *Encuesta.*
 - *Nombre de la encuesta*
 - *Justificación del porque se lleva a cabo dicha encuesta*
 - *Objetivos de encuesta*
 - *Preguntas generales*
 - *Preguntas referentes a servicios médicos y de apoyo*
 - *Preguntas referentes a servicio de terapia*
 - *Preguntas referentes a atención inicial*
 - *Preguntas referentes al ámbito administrativo*
 - *conclusiones*

Salida:

- *Informe de medidas correctivas:*
 - *Fecha de elaboración*
 - *Informe de resultados encuesta*
 - *Propuesta y descripción de mejoras correctivas a realizar*
 - *Nombre Directora CRIO*
 - *Firma de Directora CRIO*



4.3.4.3 Ficha del Proceso

En esta parte se define de una forma general la información contenida en el proceso:

- **Propietario:** *Quien es la persona encargada del procedimiento.*
- **Proceso:** *Nombre del proceso o procedimiento.*
- **Frecuencia:** *Frecuencia de medición o desarrollo del proceso o procedimiento.*
- **Finalidad:** *Razón del porque se desarrolla el proceso o procedimiento.*
- **Alcance:** *inicio y fin del proceso o procedimiento.*
- **Procesos con los que se relaciona:** *procesos o procedimientos con los que se tiene vínculo.*
- **Entrada:** *que información necesita.*
- **Proveedor:** *quien provee esta información de entrada.*
- **Salida:** *producto que proporciona el proceso o procedimiento.*
- **Cliente interno:** *quien internamente utiliza esta información.*
- **Formatos:** *se detalla que formatos se utilizan en este proceso o procedimiento y se codifican.*
- **Indicadores:** *Que indicadores se utilizan para el control y medición del procedimiento o proceso.*



| | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| | Centro de Rehabilitación de Occidente | | |
| Ficha del Proceso | | | |
| Propietario: Dirección | Proceso: Encuesta de satisfacción cliente externo | Frecuencia: 2 veces al año | |
| FINALIDAD: Identificar y establecer las inconformidades y necesidades que manifiestan los usuarios a través de encuestas. | | | |
| Alcance: | <ul style="list-style-type: none">• <i>Inicia: Plan de trabajo anual</i>• <i>Finaliza: Archivo de informe</i> | | |
| Procesos con los que se relaciona: <ul style="list-style-type: none">• <i>Recepción de quejas y/o sugerencias.</i> | | | |
| Entrada: <ul style="list-style-type: none">• <i>Plan de trabajo anual</i> | | | |
| Proveedor: <ul style="list-style-type: none">• <i>Directora Centro de Rehabilitación de Occidente</i> | | | |
| Salida: <ul style="list-style-type: none">• <i>Informe final de encuesta satisfacción cliente externo</i>• <i>Informe de medidas correctivas</i> | | | |
| Cliente interno: <ul style="list-style-type: none">• <i>Dirección Centro de Rehabilitación de Occidente</i> | | | |
| Indicadores <ul style="list-style-type: none">• <i>Nivel de Satisfacción del Cliente Externo</i> | | | |

4.3.4.4 Sistematización: Hoja de proceso:

Se elabora el flujograma del proceso o procedimiento, definiendo la secuencia, la persona encargada y la descripción detallada de cada uno de los pasos:

- **Ejecutor:** se define quien es el encargado de cada uno de los pasos a seguir en el proceso o procedimiento.
- **Flujograma:** Secuencia lógica que sigue el procedimiento descrito de forma gráfica.
- **Descripción:** Se define de forma detallada que se hace en cada uno de los pasos del procedimiento o proceso.



| | <h2>HOJA DE PROCESO DE EVALUACIÓN DE CLIENTE EXTERNO</h2> | <p>Elaboración: Febrero 2014</p> <p>Revisión: Febrero 2014</p> <p>Pág.: ½</p> |
|--|--|---|
| <p>FINALIDAD:</p> | | <p>APLICA A: Comité de Calidad.</p> |
| Ejecutor | Flujograma | Descripción: |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Dirección 2. Dirección 3. Dirección 4. Encuestador 5. Encuestador 6. Encuestador 7. Dirección / Encuestador 8. Dirección | <pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Revisión[Revisión de plan de trabajo] Revisión --> Reunión[Reunión con Dirección] Reunión --> Capacitación[Capacitación] Capacitación --> Admin[Administración de encuesta] Admin --> Informe[Informe de resultados de encuesta] Informe --> Resultados{Resultados satisfactorios} Resultados -- Si --> Presentación[Presentación de resultados a personal] Resultados -- No --> Propuesta[Propuesta de medidas correctivas] Propuesta --> InformeMedidas[Informe de medidas correctivas] InformeMedidas --> Archivo[Archivo] Presentación --> Archivo Archivo --> Fin([Fin]) </pre> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se revisa el plan anual de trabajo del Centro de Rehabilitación de Occidente, en el que se establece la calendarización para la realización de la encuesta de satisfacción del cliente y se convoca a una reunión al personal requerido para la aplicación de dicha encuesta. 2. Se informa al personal requerido sobre la aplicación de la encuesta de satisfacción de los usuarios de los servicios del Centro de Rehabilitación de Occidente, y se revisa la metodología a seguir para la realización del proceso, identificando quienes participaran, la realización del cálculo de la muestra, los instrumentos a utilizar, la capacitación a impartir y el periodo de ejecución. 3. Se les impartirá una capacitación a las personas que administraran la encuesta, indicándoles la forma correcta para su aplicación y se establecerá la programación de la fecha de realización y se les indicara los lugares donde deberán se ubicarse para realizar la encuesta. |



| | | |
|--|--|--|
| | | <ol style="list-style-type: none">4. <i>A los encuestadores debidamente identificados se les entregara una cantidad de encuestas a realizar en los días seleccionados. Se desplazaran al lugar asignado y se acercaran a los usuarios solicitándoles su cooperación para administrarles el cuestionario, hasta completar el número de usuarios a encuestar.</i>5. <i>Finalizada la aplicación de la encuesta se tabularan los datos obtenidos y se elabora informe de resultados, el cual será entregado a la dirección.</i>6. <i>Se entrega informe de medidas correctivas en físico y electrónico a Directora CRIO, en el cual se exponen las acciones a realizar para la mejora del servicio.</i>7. <i>En el caso que los resultados obtenidos no presenten ninguna inconformidad por parte de los usuarios se convocara a una reunión al personal y se hará de su conocimiento el logro de los objetivos. En caso contrario la Dirección convocara a una reunión al personal para el análisis de los resultados de la aplicación de la encuesta y la determinación de diferentes medidas correctivas para mejorar aquellos puntos críticos en los cuales los usuarios manifiestan algún tipo de inconformidad.</i>8. <i>Después de establecidas las medidas correctivas se realizara un informe el cual será anexado a los resultados de la encuesta, el cual será archivado y enviado a Dirección ISRI.</i> |
|--|--|--|



4.3.5 Diseño de la encuesta de satisfacción cliente interno

Igualmente que para el usuario externo en este apartado se seguirá la metodología descrita anteriormente para el diseño del instrumento que se utilizara para la evaluación de los usuarios a través de encuestas periódicas, a continuación se desarrollara cada una de sus fases:

FASE 1: DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO O ANALISIS.

En la encuesta se evaluara la apreciación o a valoración del personal del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente sobre las condiciones o acciones que permitirían ofrecer a los usuarios un mejor servicio desde su perspectiva y análisis.

El cuestionario se dividirá en tres aspectos o bloques de análisis donde irán dirigidas las preguntas de la encuesta para medir y valorar la percepción y sugerencias del personal del centro, la encuesta se dividió en tres partes en los cuales se capturara información sobre los siguientes aspectos:

- **Parte I:** Está dedicada a la información de carácter general acerca de su situación actual como trabajador del CRIO.
- **Parte II:** Está dedicada a medir la apreciación que tiene el trabajador acerca de su organización y el servicio prestado.
- **Parte III:** Tiene por finalidad recoger sugerencias, que el trabajador considere necesarias precisar por escrito que mejorarían el servicio brindado al usuario.

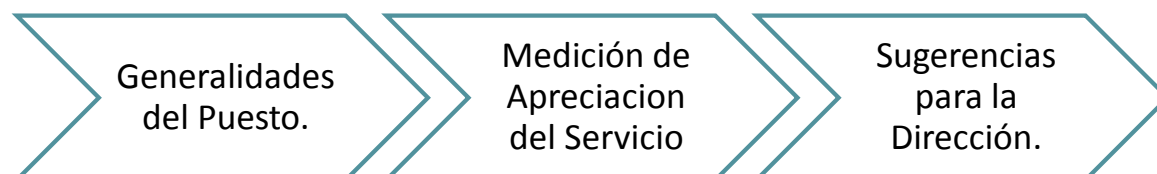


A continuación se esquematiza el objeto de estudio:

Organización: Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.

Servicio concreto a analizar: Proceso de Rehabilitación Integral.

Objeto de Análisis: Evaluar el potencial del personal del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente para identificar las condiciones que permitirán mejorar el servicio a los usuarios.



Las preguntas de la encuesta irán dirigidas a recoger la opinión del personal del CRIO respecto a todos los pasos que conforman la prestación completa.

FASE 2: CONSTRUCCIÓN DE LA HERRAMIENTA: ENCUESTA DE OPINIÓN.

Paso 1. Factores del servicio a incluir en la encuesta.

Definiremos las principales dimensiones de calidad a analizar para capturar y evaluar la opinión del personal del Centro de Rehabilitación con respecto a la prestación de los servicios de rehabilitación a fin de identificar su posición y valoración con respecto a la calidad del servicio.

Se decidió analizar 3 dimensiones de calidad ya que, a través de la Dirección del Centro se logró identificar los principales puntos de interés a evaluar y hemos podido identificar que estos son los aspectos que más importancia y valor tienen para la Dirección en materia de evaluación de la percepción del personal.

A continuación se definen los factores de calidad principales escogidos para el diseño de la encuesta y su aplicación en concreto en la encuesta del personal:



Tabla 72 - Requisitos de calidad encuesta dirigida al personal

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL

| DIMENSIONES DE CALIDAD | DIMENSIONES APLICADAS A LA ENCUESTA |
|--|---|
| Comprensión de las necesidades de la persona usuaria. (Esfuerzo y capacidad de la organización para conocer a las personas usuarias y sus necesidades.) | <p>¿Periódicamente evaluamos los procesos conforme a las exigencias de los usuarios?</p> <p>¿Participo en reuniones para tratar temas de mejora en los servicios a los usuarios?</p> <p>¿La dirección me propone sugerencias o estrategias para mejora en la prestación de servicios?</p> |
| Accesibilidad. (La disponibilidad y apoyo del personal a la mejora del servicio y su disponibilidad al cambio) | <p>¿Me preocupo por solucionar los problemas que afectan el servicio a los usuarios que se presentan en mi área?</p> <p>¿Estoy dispuesto a efectuar cambios para mejorar los servicios que brindo?</p> <p>¿Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo?</p> <p>¿Estoy dispuesto a efectuar cambios para mejorar los servicios que brindo?</p> <p>¿Tomo en cuenta las sugerencias de los usuarios para la mejorar la calidad en el servicio que brindo?</p> |
| Fiabilidad. Capacidad de realizar el servicio prometido de manera correcta y continua. | <p>¿La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos</p> |



suficientes para tener un buen desempeño en el puesto?

¿Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí?

La dirección me brinda los mecanismos y recursos necesarios para resolver los problemas en la prestación de los servicios de mi área.

Paso 2. Redacción de las preguntas a incluir en la encuesta.

Una vez que sabemos qué es lo que queremos analizar, sobre qué dimensiones de calidad vamos a preguntar, podemos redactar las preguntas que incluiremos en el cuestionario

Las 22 preguntas de los que consta el cuestionario fueron formulados en base a los factores de calidad antes mencionada, a continuación se presenta una matriz con la caracterización de cada pregunta:

Tabla 73 - Matriz de análisis encuesta dirigida al personal

MATRIZ DE ANALISIS DEL INSTRUMENTO

| No. | Pregunta | Objetivo |
|-----|---|---|
| 1 | ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su puesto de trabajo dentro de la organización? | Está dedicada a la información de carácter general acerca de la situación actual como trabajador del CRIO |
| 2 | ¿A qué grupo ocupacional pertenece? | |
| 3 | ¿Cuál es su tiempo de servicios en el CRIO? | |
| 4 | ¿Cuál es su tiempo de servicios en el actual puesto de trabajo? | |
| 5 | Los objetivos y responsabilidades de mi | Está dedicada a medir la apreciación que tiene |



puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí.

como trabajador acerca de su organización y el servicio prestado.

6 La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto.

7 En términos Generales me siento satisfecho con el servicio que brindo a los usuarios.

8 Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo.

9 El nombre y prestigio del CRIO es gratificante para mí.

10 Conozco bien los servicios y productos que ofrece el CRIO

11 Me preocupo por solucionar los problemas que afectan el servicio a los usuarios que se presentan en mi área

12 Tengo autonomía para resolver los problemas que afectan el servicio a los usuarios se presentan en mi área.

13 Tomo en cuenta las sugerencias de los usuarios para la mejorar la calidad en el servicio que brindo.

14 La dirección me propone sugerencias o



estrategias para mejora en la prestación de servicios

15 Participo en reuniones para tratar temas de mejora en los servicios a los usuarios.

16 Estoy comprometido con la satisfacción del cliente

17 Periódicamente evaluamos los procesos conforme a las exigencias de los usuarios.

18 La dirección me brinda los mecanismos y recursos necesarios para resolver los problemas en la prestación de los servicios de mi área.

19 Estoy dispuesto a efectuar cambios para mejorar los servicios que brindo.

20 ¿Cuáles son las principales situaciones problemáticas que detecta en su área?

Tiene por finalidad recoger sugerencias, que consideren necesarias precisar por escrito.

21 ¿Qué sugeriría para mejorar los problemas que presenta el CRIO en la prestación de su servicio?

22 ¿Algún comentario o sugerencia con respecto al presente instrumento de evaluación?

Opciones de Respuesta



Elegiremos la opción de respuesta que vamos a ofrecer en el cuestionario. Las preguntas deben estar redactadas en función de las posibilidades de respuesta. En este caso para la mayoría de las preguntas, se elige una escala numérica:

Preguntas cerradas:

Son útiles para estrechar el círculo de opciones con rapidez, ocupara la siguiente escala numérica para la mayoría de las preguntas de la encuesta:

El puntaje y la clave de respuesta a cada afirmación se asignarán de acuerdo a la siguiente tabla:

| Código: | Estoy: |
|---------|---------------|
| 4 | Siempre |
| 3 | Algunas veces |
| 2 | Pocas veces |
| 1 | Nunca |

La estructura de la pregunta completa quedaría por tanto:

| Corr. | Pregunta | Puntaje | | | |
|---|---|---------|---|---|---|
| Evaluación del desempeño en el trabajo | | | | | |
| 1 | Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | En términos Generales me siento satisfecho con el servicio que brindo a los usuarios. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | El nombre y prestigio del CRIO es gratificante para mí. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | Conozco bien los servicios y productos que ofrece el CRIO | 4 | 3 | 2 | 1 |

Además ocuparemos preguntas de opción múltiple: para que el encuestado seleccione una respuesta de una lista preestablecida. Al entrevistado se solicita que seleccione una de las alternativas que se le presentan.

1. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su puesto de trabajo dentro de la organización?

Personal de Jefaturas
Personal Administrativo
Personal de servicios generales

Personal técnico
Personal médico
Personal de apoyo

Otros (especifique) _____

2. ¿A qué grupo ocupacional pertenece?




Medico
Trabajador/a social
Enfermera

| |
|--|
| |
| |
| |

Psicólogos
Administrativo
Terapista

| |
|--|
| |
| |
| |

Otros (especifique) _____

 **Preguntas abiertas:** Para su respuesta se presenta un espacio en blanco, de forma que la persona que contesta la encuesta puede responder abiertamente redactando su opinión.

- **Preguntas para identificar expectativas**

Se incluyó en la encuesta una pregunta para identificar cuáles son las dimensiones de calidad o más importantes para el personal pueda ofrecer un mejor servicio al usuario.

Tiene por finalidad recoger sugerencias, que usted considere necesarias precisar por escrito.

¿Algún comentario o sugerencia con respecto al presente instrumento de evaluación?

| |
|--|
| |
|--|



Paso 3. Composición del cuestionario completo.

Una vez definidas las preguntas, la encuesta se completarse con:

Introducción



CENTRO DE REHABILITACIÓN DE OCCIDENTE

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL

OBJETIVO:

Evaluar el potencial del personal del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente para identificar las condiciones que permitirán mejorar el servicio a los usuarios.

Instrucciones Generales

Esta encuesta de opinión sobre la organización es absolutamente anónima, no escriba su nombre, código o cualquier otro tipo de identificación ya que se busca que usted responda con la más amplia libertad y veracidad posible. La encuesta está dividida en 3 partes:

- **Parte I:** Está dedicada a la información de carácter general acerca de su situación actual como trabajador del CRIO (Preguntas 1 a la 4).
- **Parte II:** Está dedicada a medir la apreciación que tiene Ud. como trabajador acerca de su organización y el servicio prestado. (Preguntas 1 a la 15).
- **Parte III:** Tiene por finalidad recoger sugerencias, que usted considere necesarias precisar por escrito.

Espacios en blanco para que las personas usuarias puedan aportar lo que consideren conveniente sobre el tema.

P. ¿Cuáles son las principales situaciones problemáticas que detecta en su área?

P. ¿Qué sugeriría para mejorar los problemas que presenta el CRIO en la prestación de su servicio

Agradecimiento.

“GRACIAS POR SU COLABORACIÓN”



La encuesta completa quedaría de la siguiente manera:

CENTRO DE REHABILITACIÓN DE OCCIDENTE



ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL

OBJETIVO:

Evaluar el potencial del personal del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente para identificar las condiciones que permitirán mejorar el servicio a los usuarios.

Instrucciones Generales

Esta encuesta de opinión sobre la organización es absolutamente anónima, no escriba su nombre, código o cualquier otro tipo de identificación ya que se busca que usted responda con la más amplia libertad y veracidad posible. La encuesta está dividida en 3 partes:

- **Parte I:** Está dedicada a la información de carácter general acerca de su situación actual como trabajador del CRIO (Preguntas 1 a la 4).
- **Parte II:** Está dedicada a medir la apreciación que tiene Ud. como trabajador acerca de su organización y el servicio prestado. (Preguntas 1 a la 15).
- **Parte III:** Tiene por finalidad recoger sugerencias, que usted considere necesarias precisar por escrito.

Parte I

3. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su puesto de trabajo dentro de la organización?

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Personal de Jefaturas | <input type="checkbox"/> | Personal técnico | <input type="checkbox"/> |
| Personal Administrativo | <input type="checkbox"/> | Personal médico | <input type="checkbox"/> |
| Personal de servicios generales | <input type="checkbox"/> | Personal de apoyo | <input type="checkbox"/> |

Otros (especifique) _____

4. ¿A qué grupo ocupacional pertenece?

| | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Medico | <input type="checkbox"/> | Psicólogos | <input type="checkbox"/> |
| Trabajador/a social | <input type="checkbox"/> | Administrativo | <input type="checkbox"/> |
| Enfermera | <input type="checkbox"/> | Terapista | <input type="checkbox"/> |

Otros (especifique) _____

5. ¿Cuál es su tiempo de servicios en el CRIO?

| | | | |
|--------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| De 1-5 años | <input type="checkbox"/> | Más de 10 años | <input type="checkbox"/> |
| De 5-10 años | <input type="checkbox"/> | | |

6. ¿Cuál es su tiempo de servicios en el actual puesto de trabajo? _____



Parte II

A continuación tiene usted una lista de afirmaciones o puntos de vista relacionados con el trabajo, Sírvase calificar cada una de las frases usando una escala de puntuación del 1 al 4, de tal manera que el puntaje que asigne denote su conformidad con lo que ha declarado.

El puntaje y la clave de respuesta a cada afirmación se asignarán de acuerdo a la siguiente tabla:

| | |
|---------|---------------|
| Código: | Estoy: |
| 4 | Siempre |
| 3 | Algunas veces |
| 2 | Pocas veces |
| 1 | Nunca |

| Corr. | Pregunta | Puntaje | | | |
|--|---|---------|---|---|---|
| Evaluación del desempeño en el trabajo | | | | | |
| 1 | Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | En términos Generales me siento satisfecho con el servicio que brindo a los usuarios. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | El nombre y prestigio del CRIO es gratificante para mí. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | Conozco bien los servicios y productos que ofrece el CRIO | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Evaluación de percepción acerca de satisfacción de usuarios | | | | | |
| 7 | Me preocupo por solucionar los problemas que afectan el servicio a los usuarios que se presentan en mi área | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | Tengo autonomía para resolver los problemas que afectan el servicio a los usuarios se presentan en mi área. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | Tomo en cuenta las sugerencias de los usuarios para la mejorar la calidad en el servicio que brindo. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | La dirección me propone sugerencias o estrategias para mejora en la prestación de servicios | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | Participo en reuniones para tratar temas de mejora en los servicios a los usuarios. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12 | Estoy comprometido con la satisfacción del cliente | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13 | Periódicamente evaluamos los procesos conforme a las exigencias de los usuarios. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14 | La dirección me brinda los mecanismos y recursos necesarios para resolver los problemas en la prestación de los servicios de mi área. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15 | Estoy dispuesto a efectuar cambios para mejorar los servicios que brindo. | 4 | 3 | 2 | 1 |



PARTE III

¿Cuáles son las principales situaciones problemáticas que detecta en su área?

¿Qué sugeriría para mejorar los problemas que presenta el CRIO en la prestación de su servicio

¿Algún comentario o sugerencia con respecto al presente instrumento de evaluación?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



FASE 3: DETERMINACIÓN DE FACTORES CLAVES E APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

Paso 1: Determinar los grupos de usuario a quienes ira dirigida la Encuesta

Para la realización de la encuesta del usuario interno debemos identificar y caracterizar los diferentes tipos de personal que el centro de Rehabilitación posee y elegir a que grupo nos dirigiremos en la realización de este mecanismo. La caracterización del personal con que cuenta el Centro se describe a continuación.

Tabla 74 - Caracterización de personal que labora en CRIO

-
- ❖ **Personal de jefaturas:** Personal que desempeña cargos de jefes de áreas o jefes del Centro de Rehabilitación.

 - ❖ **Personal Administrativo:** Personal encargado de las oficinas administrativas del Centro de Rehabilitación, secretarias, administradores, etc.

 - ❖ **Personal Técnico:** Personal encargado de brindar la parte técnica en el proceso de rehabilitación, terapistas en las diferentes áreas.

 - ❖ **Personal Médico:** Personal médico especialista que evalúa a los usuarios para brindar un panorama de las discapacidades específicas de cada usuario.

 - ❖ **Personal de apoyo:** Personal que brinda servicios de apoyo en el Centro de Rehabilitación, Psicólogos y Trabajadores Sociales.

 - ❖ **Personal de servicios generales:** personal que brinda servicios varios, ordenanzas, vigilantes, etc.
-

Para efectos de la investigación diseñada para el centro, y segmentando a los diferentes clientes internos que podemos encontrar a la hora de llevar a cabo la encuesta, se tiene el interés en entrevistar a todo el personal que labora en el Centro.



Paso 2. Realización de una prueba piloto.

En este caso El Director y el Administrador del CRIO llenaron la encuesta para verificar que el cuestionario es entendible y no presenta ambigüedades en la formulación.

Determinación de muestra:

En este caso la muestra es el total de la población de interés, ya que se decidió entrevistar a todo el personal en su totalidad, debido a que son 55 personas las que laboran en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO), y esa muestra sería representativa en su totalidad de la población de interés para nuestro análisis.

Paso 3. Escoger la manera de facilitación del instrumento

Se definió que la mejor manera de realizar el desarrollo de la Encuesta es mediante Las encuestas para ser llenadas personalmente, se definió este método por ser el más accesible según la Dirección del centro por las características del instrumento y por las personas a las cuales va dirigida en este a todo el personal que labora en el centro.

Paso 4. Periodicidad de la realización de la Encuesta.

Se realizara igual que para el cliente externo dos evaluaciones al año a través de encuestas personales para utilizarlas en beneficio de la mejora del servicio, estas evaluaciones serán planificadas en el plan anual de trabajo del centro y serán utilizadas para abordar algún cambio u modificaciones en el servicio, o bien hacer un análisis con mayor profundidad sobre la prestación del mismo desde la perspectiva del empleado.

Igualmente para evaluar de manera más habitual las opiniones de los empleados se utilizara otro mecanismo de evaluación de satisfacción llamado Buzón de Sugerencia el cual se ampliara posteriormente, Las acciones de mejora que surjan del análisis de la sugerencias o quejas del personal a través del buzón podrán ser medidas y evaluadas según el impacto en la satisfacción del personal reflejada en la aplicación de las encuestas semestrales.

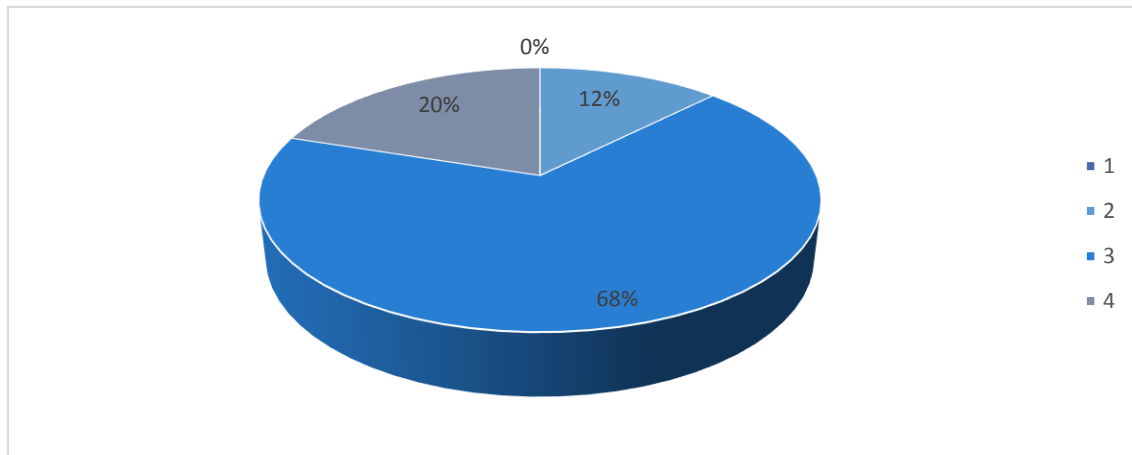
FASE 4: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA

En esta fase se tabulara, graficara y analizara cada una de las preguntas de nuestro instrumento de evaluación, para ello cada pregunta será analizada por individual y cuidadosamente estudiada y valoradas para ser presentadas de forma clara, objetiva y concisa, de manera que suponga una descripción real de la situación y facilite así la planificación de las acciones de mejora.

El objetivo debe ser clarificar los puntos débiles de la prestación del servicio desde el punto de vista del personal, identificando las situaciones que mayor insatisfacción producen y orientar la toma de decisiones en ese rumbo.

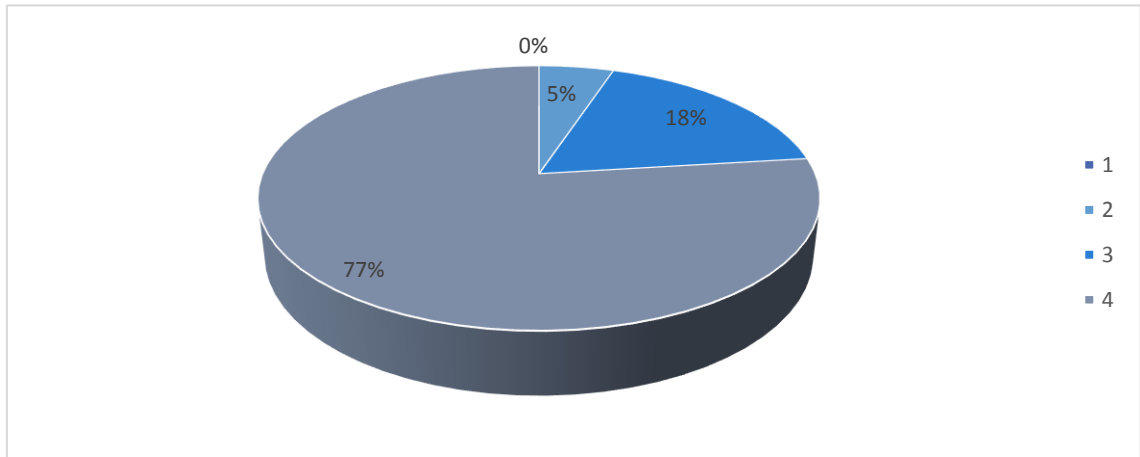
A continuación se muestra el análisis de dos preguntas del cuestionario diseñado a fin de mostrar los resultados del análisis del instrumento:

Tengo autonomía para resolver los problemas que afectan el servicio a los usuarios se presentan en mi área.



Solo un 20% asegura categóricamente el tener autonomía para resolver los problemas y exigencias de los usuarios, un 68% dice que algunas veces, y 12% dice que pocas veces, esto equivale a un 80% que siente no siempre tener autoridad para resolverlos.

1. Tomo en cuenta las sugerencias de los usuarios para la mejorar la calidad en el servicio que brindo.

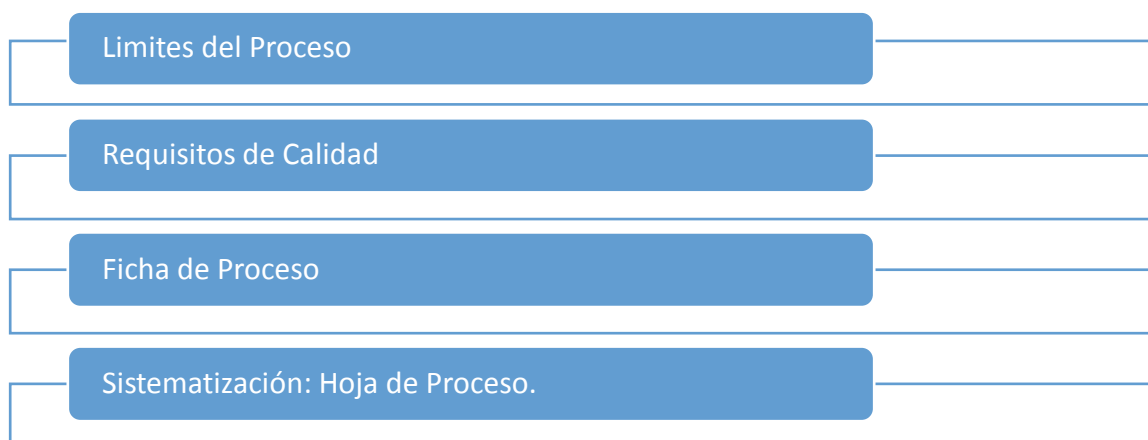


77% del personal toma en cuenta siempre las sugerencias de los usuarios, el 18% dice que algunas veces y el 5% que pocas veces, esto evidencia el desinterés de 23% del personal para tratar de resolver las sugerencias en la calidad solicitada por los usuarios.

Tanto los datos estadísticos, correspondientes a las preguntas cerradas como los datos cualitativos, correspondientes a las preguntas abiertas, deben ser analizados e interpretados, de forma que se conviertan en información útil que permita mejorar la calidad del servicio y el ambiente laboral del centro.

4.3.6 Proceso para la Implementación de la Encuesta de satisfacción al cliente interno.

A continuación se define el siguiente contenido del Proceso de Encuesta de Satisfacción del Cliente Interno:



4.3.6.1 Límites del Sub-Proceso.

En esta parte se definen los límites que el proceso tiene definidos:

- **Proveedor:** *quien proporciona la información.*
- **Entrada:** *define la información que ingresa.*
- **Salida:** *es la información que el proceso o procedimiento dará como producto.*
- **Usuario:** *quienes utilizan la información que fluye en el proceso o procedimiento.*

| |
|--|
| Proveedor: Dirección CRIO. |
| Entrada: <ul style="list-style-type: none">• <i>Plan de trabajo anual.</i> |
| Sub-Proceso: Encuesta de satisfacción al cliente interno. |
| Salida: <ul style="list-style-type: none">• <i>Informe de resultados de encuesta de satisfacción al cliente interno.</i>• <i>Informe de medidas correctivas.</i> |
| Usuario: <ul style="list-style-type: none">• <i>Cliente interno.</i>• <i>Dirección ISRI.</i> |
| Indicadores <ul style="list-style-type: none">• <i>Nivel de satisfacción del cliente Interno</i> |



4.3.6.2 Requisitos de calidad a cumplir en el proceso

En esta parte se definen los requisitos de toda la información que fluirá en el proceso, con la calidad que se desea:

- **Entrada:** Información puntual de la información que se necesita para el procedimiento o proceso.
- **proceso:** formatos y registros necesarios, con toda la información que estos deben de contener detalladamente.
- **Salida:** Que formato, informe o registro sale del procesos y que debe contener cada uno de ellos.

Entrada:

- *Plan de trabajo.*
 - *Nombre del proceso*
 - *Objetivo a lograr*
 - *Fechas de realización de encuesta*

Sub-Proceso:

- *Encuesta.*
 - *Nombre de la encuesta*
 - *Justificación del porque se lleva a cabo dicha encuesta*
 - *Objetivos de encuesta*
 - *Preguntas generales*
 - *Preguntas sobre clima organizacional*
 - *conclusiones*

Salida:

- *Informe de medidas correctivas:*
 - *Fecha de elaboración*
 - *Informe de resultados encuesta*
 - *Propuesta y descripción de mejoras correctivas a realizar*
 - *Nombre Directora CRIO*
 - *Firma de Directora CRIO*



Ficha del proceso

En esta parte se define de una forma general la información contenida en el proceso:

- **Propietario:** *Quien es la persona encargada del procedimiento.*
- **Proceso:** *Nombre del proceso o procedimiento.*
- **Frecuencia:** *Frecuencia de medición o desarrollo del proceso o procedimiento.*
- **Finalidad:** *Razón del porque se desarrolla el proceso o procedimiento.*
- **Alcance:** *inicio y fin del proceso o procedimiento.*
- **Procesos con los que se relaciona:** *procesos o procedimientos con los que se tiene vínculo.*
- **Entrada:** *que información necesita.*
- **Proveedor:** *quien provee esta información de entrada.*
- **Salida:** *producto que proporciona el proceso o procedimiento.*
- **Cliente interno:** *quien internamente utiliza esta información.*
- **Formatos:** *se detalla que formatos se utilizan en este proceso o procedimiento y se codifican.*
- **Indicadores:** *Que indicadores se utilizan para el control y medición del procedimiento o proceso.*



| | | | |
|--|--|--------------------------------------|--|
| | Centro de Rehabilitación de Occidente | | |
| Ficha del proceso | | | |
| Propietario: Dirección | Proceso: Encuesta de satisfacción cliente interno | Frecuencia: 2 veces al año | |
| FINALIDAD: Identificar y establecer las inconformidades y necesidades que manifiestan los empleados a través de encuestas. | | | |
| Alcance: | <ul style="list-style-type: none">• <i>Inicia: Plan de trabajo anual</i>• <i>Finaliza: Archivo de informe</i> | | |
| Procesos con los que se relaciona: <ul style="list-style-type: none">• <i>Recepción de quejas y/o sugerencias cliente interno.</i> | | | |
| Entrada: <ul style="list-style-type: none">• <i>Plan de trabajo anual</i> | | | |
| Proveedor: <ul style="list-style-type: none">• <i>Directora Centro de Rehabilitación de Occidente</i> | | | |
| Salida: <ul style="list-style-type: none">• <i>Informe final de encuesta satisfacción cliente interno</i>• <i>Informe de medidas correctivas</i> | | | |
| Cliente interno: <ul style="list-style-type: none">• <i>Dirección Centro de Rehabilitación de Occidente</i> | | | |

4.3.6.3 Sistematización: Hoja de proceso:

Se elabora el flujograma del proceso o procedimiento, definiendo la secuencia, la persona encargada y la descripción detallada de cada uno de los pasos:

- **Ejecutor:** se define quien es el encargado de cada uno de los pasos a seguir en el proceso o procedimiento.
- **Flujograma:** Secuencia lógica que sigue el procedimiento descrito de forma gráfica.
- **Descripción:** Se define de forma detallada que se hace en cada uno de los pasos del procedimiento o proceso.

| | | |
|--|---|---|
| | <h2>HOJA DE PROCESO DE EVALUACIÓN DE CLIENTE INTERNO</h2> | <p>Elaboración: Febrero 2014</p> <p>Revisión: Febrero 2014</p> <p>Pág.: ½</p> |
|--|---|---|

FINALIDAD: Identificar y establecer las inconformidades y necesidades que manifiestan los empleados a través de encuestas. **APLICA A:** Comité Calidad.

| Ejecutor | Flujograma | Descripción: |
|---|--|---|
| <p>1. Dirección</p> <p>2. Dirección</p> <p>3. Dirección</p> <p>4. Encuestador</p> <p>5. Encuestador</p> <p>6. Encuestador</p> <p>7. Dirección / Encuestador</p> <p>8. Dirección</p> | <pre> graph TD Inicio([Inicio]) --> Revisión[Revisión de plan de trabajo] Revisión --> Reunión[Reunión con Dirección] Reunión --> Admin[Administración de encuesta] Admin --> Informe[Informe de resultados de encuesta] Informe --> Resultados{Resultados satisfactorios} Resultados -- Si --> Presentación[Presentación de resultados a personal] Resultados -- No --> Propuesta[Propuesta de medidas correctivas] Propuesta --> InformeMedidas[Informe de medidas correctivas] Presentación --> InformeMedidas InformeMedidas --> Archivo[Archivo] Archivo --> Fin([Fin]) </pre> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se revisa el plan anual de trabajo del Centro de Rehabilitación de Occidente, en el que se establece la calendarización para la realización de la encuesta de satisfacción del cliente interno y se convoca a una reunión al personal requerido para la aplicación de dicha encuesta. 2. Se informa al personal requerido sobre la aplicación de la encuesta de satisfacción de los clientes internos, y se revisa la metodología a seguir para la realización del proceso, identificando quienes participaran, los instrumentos a utilizar y el periodo de ejecución. 3. Se impartirá la encuesta a todos los empleados del Centro de Rehabilitación de Occidente (CRIO), indicándoles que es de índole confidencial. 4. Finalizada la aplicación de la encuesta se tabularan los datos obtenidos y se elabora informe de resultados, el cual será entregado a la dirección. 5. Se entrega informe de medidas correctivas en físico y electrónico a |



| | | |
|--|--|---|
| | | <p><i>Directora CRIO, en el cual se exponen las acciones a realizar para la mejora del servicio.</i></p> <p><i>6. En el caso que los resultados obtenidos no presenten ninguna se convocara a una reunión al personal y se hará de su conocimiento el logro de los objetivos. En caso contrario la Dirección convocara a una reunión al personal para el análisis de los resultados de la aplicación de la encuesta y la determinación de diferentes medidas correctivas para mejorar aquellos puntos críticos en los se encontró inconformidades</i></p> <p><i>7. Después de establecidas las medidas correctivas se realizara un informe el cual será anexado a los resultados de la encuesta, el cual será archivado y enviado a Dirección ISRI.</i></p> |
|--|--|---|

4.3.7 Metodología para la evaluación de la satisfacción del usuario externo a través de buzón de sugerencia.

- La Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo a través de buzones de sugerencias se realizara a través del diseño de un proceso de Gestión de Quejas y Sugerencias.

El diseño de este proceso se dividirá en 2 partes principales:

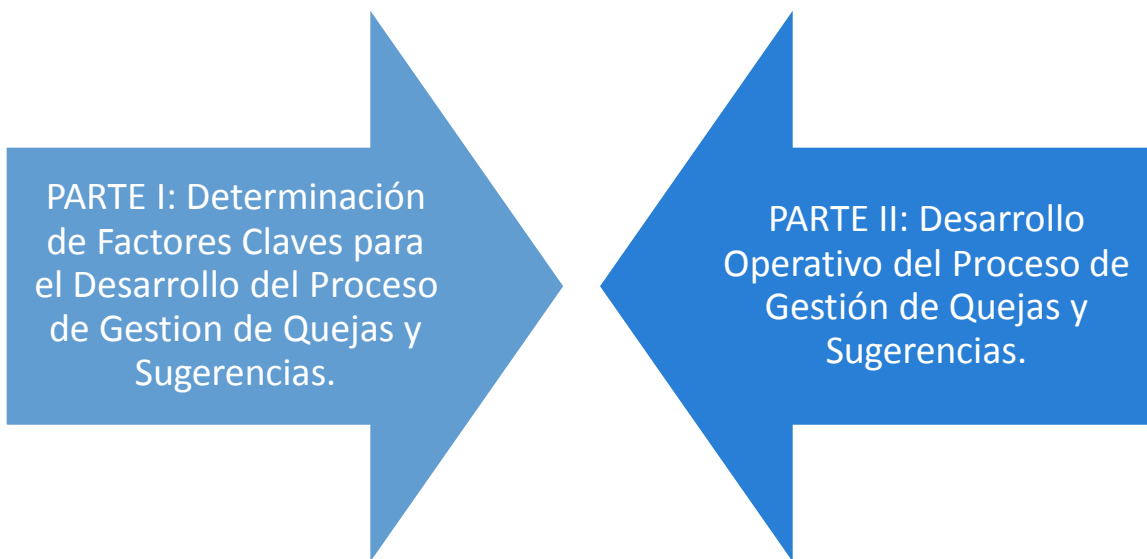


Figura 35 - Desglose de diseño de buzón de sugerencia

PARTE I: DETERMINACIÓN DE FACTORES CLAVES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE GESTION DE QUEJAS Y SUGERENCIAS A TRAVES DE BUZON:

Para del desarrollo del Proceso de gestión de Quejas y Sugerencias se determinaran los siguientes factores para su aplicación:

- 1) **OBJETIVOS DEL PROCESO:** Se determinaran los *Objetivos Generales y Especificos del Proceso de Gestión de Quejas y Sugerencias.*

- 2)) **RESPONSABLE DEL PROCESO:** Se define el responsable de la gestión de las quejas y Sugerencias a través de los buzones.
- 3) **DISEÑO DE FORMULARIOS:** Se diseñan los formularios a utilizar para la realización, registro y cierre del reporte mensual de las quejas y sugerencias recibidas.

PARTE II: DESARROLLO OPERATIVO DEL PROCESO DE GESTIÓN DE QUEJAS Y SUGERENCIAS A TRAVES DE BUZON:

Igualmente que para el desarrollo del proceso para la implantación de la Encuesta, El proceso de la Gestión de Quejas y Sugerencias a través de Buzón contendrá los siguientes aspectos:

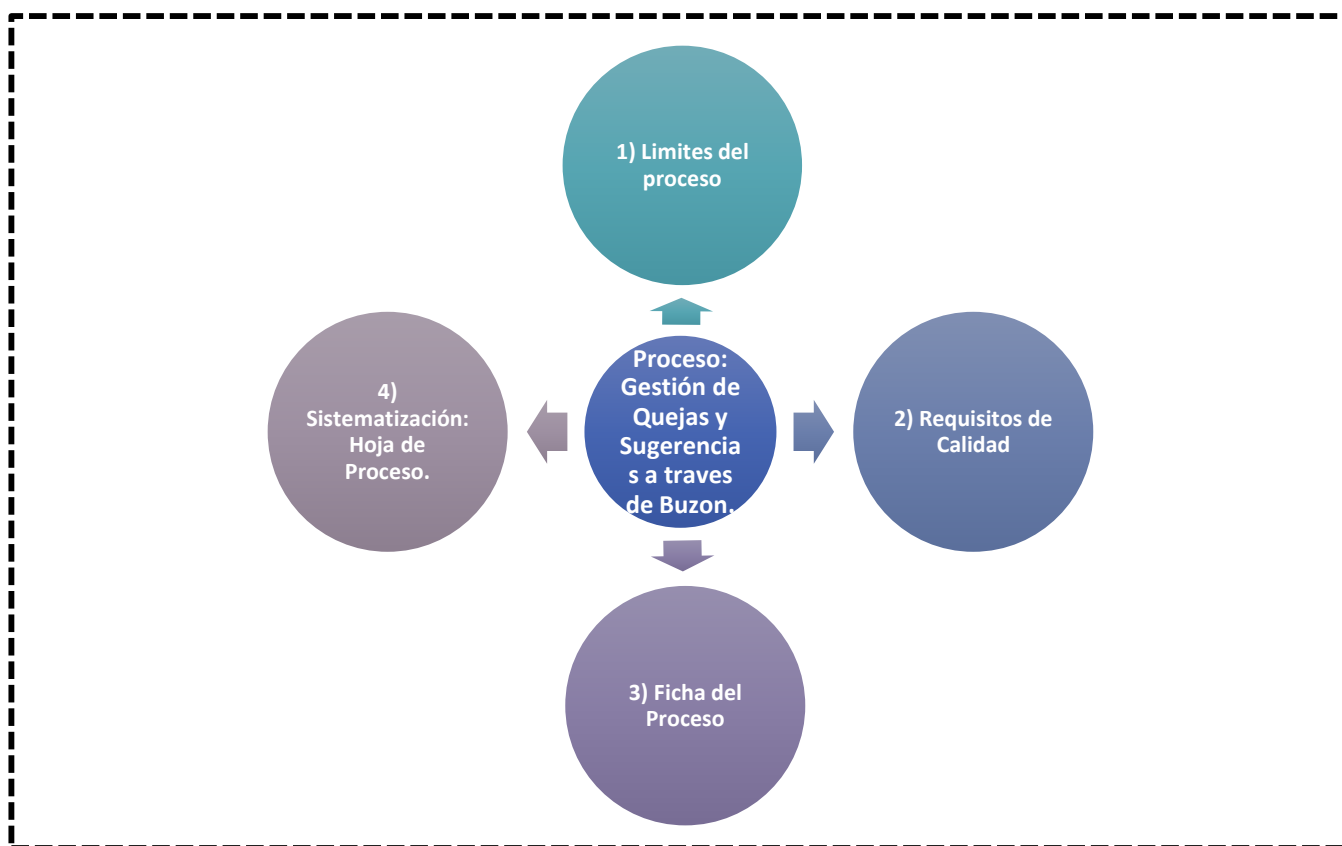


Figura 36 - Metodología buzón de quejas y sugerencias



4.3.8 Proceso de Gestión de Quejas y Sugerencias a través de Buzones para Cliente Externo.

4.3.8.1 Determinación de factores claves para el desarrollo del Proceso.

1) OBJETIVOS DEL PROCESO:

Objetivos de Generales:

- *Recoger todos los datos e informaciones sobre observaciones relevantes que realice el usuario.*
- *Mejorar la atención y el servicio al Usuario.*
- *Personalizar el servicio.*
- *Recuperar la satisfacción de los usuarios que hayan percibido problemas en el servicio.*
- *Desarrollar en los empleados la capacidad de solucionar problemas.*

Objetivos Específicos:

- *Objetivo 1. Incrementar la satisfacción del usuario respecto al trato y gestión realizado durante la resolución de la queja y atención de la sugerencia.*
- *Objetivo 2. Resolver satisfactoriamente el mayor número de quejas/sugerencias.*
- *Objetivo 3. Disminuir el tiempo de respuesta para la resolución de quejas y la atención de Sugerencias.*
- *Objetivo 4. Incrementar el número de mejoras introducidas por información recibida del usuario por quejas o sugerencias.*



2) RESPONSABLE DEL PROCESO:

El comité de Calidad, será el encargado de designar la persona o grupo de personas que se encargaran del registro de Quejas y Sugerencias Semanalmente, y de realizar el reporte que se evaluara mensualmente por el Comité de Calidad para dar seguimiento y tomar las acciones respectivas para la mejora del servicio.

3) DISEÑO DE FORMULARIOS.

Para el buzón de sugerencia se diseñaran 3 formatos:

- 1) Hoja de quejas y/o sugerencias:** *Este Formato será utilizado para que el usuario describa su sugerencia o queja y la deposite en el buzón.*


- 2) Acta de quejas y/o sugerencias:** *Este Formato será utilizado para cerrar el reporte mensual del buzón como comprobante de la totalidad de quejas o sugerencias registradas y enviadas al comité*

- 3) Registro de quejas y/o sugerencias:** *Este formato será utilizado para que el encargado/s del Buzón de sugerencia registre cada una de la sugerencia o la queja realizada a fin de realizar el informe mensual que se presentara al Comité de Calidad.*



 **HOJA DE QUEJAS Y/O SUGERENCIAS.**

Este Formato será utilizado para que el usuario describa su sugerencia o queja y la deposite en el buzón.

| | | |
|---|---|--------------------------|
|  | <p>Hoja de quejas y/o sugerencias Centro de Rehabilitación de Occidente</p> | <p>CRIO-CE-01</p> |
| <p>Objeto de la queja y/o sugerencia</p> <p><input type="checkbox"/> Personal médico <input type="checkbox"/> Terapistas <input type="checkbox"/> Personal administrativo <input type="checkbox"/> Enfermeras</p> | | |
| <p>Queja y/o sugerencia:</p> | | |
| <p>Datos personales (opcional):</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Teléfono _____ Correo Electrónico _____</p> | | |
| <p>Gracias por su opinión:</p> | | |



 **ACTA DE QUEJAS Y/O SUGERENCIAS:**

Este Formato será utilizado para cerrar el reporte mensual del buzón como comprobante de la totalidad de quejas o sugerencias registradas y enviadas al comité



Acta de quejas y/o sugerencias
Centro de Rehabilitación de Occidente

CRIO-CE-02

En la ciudad de _____ departamento de _____ en el CENTRO DE REHABILITACIÓN DE OCCIDENTE, a las _____ horas, del día _____ de _____ del año _____, se elabora la presente acta dejando constancia que en el mes de _____ del año en curso, _____

(No se ha recibido a través de ninguno de los medios de recepción establecidos alguna queja y/o sugerencia del cliente externo; o se ha recibido la cantidad total de _____ quejas y/o sugerencias, del cliente externo, receptando _____ a través del buzón de sugerencias de o habiendo más que hacer constar cierto la presente acta, ratifico su contenido y firmo,

Coordinador



REGISTRO DE QUEJAS Y/O SUGERENCIAS: Este formato será utilizado para que el encargado/s del Buzón de sugerencia registre cada una de la sugerencia o la queja realizada a fin de realizar el informe mensual que se presentara al Comité de Calidad.

Registro de quejas y/o sugerencias

CRIO-CE-03

Fecha: _____



| Objeto de la queja ¹³ | Queja | | Sugerencia | |
|----------------------------------|-------------|---------------|-------------|---------------|
| | Descripción | Datos usuario | Descripción | Datos usuario |
| | | | | |
| | | | | |
| Total | | | | |

Observaciones: _____

¹³ Aspecto relacionado (Servicio médico, terapeuta, etc.)



4.3.8.2 Desarrollo operativo del Proceso.

A continuación se define el siguiente contenido del Proceso De Gestión de Quejas y Sugerencias:



⊙ Límites del proceso Sub-Proceso.

En esta parte se definen los límites que el proceso tiene definidos:

- **Proveedor:** *quien proporciona la información.*
- **Entrada:** *define la información que ingresa.*
- **Salida:** *es la información que el proceso o procedimiento dará como producto.*
- **Usuario:** *quienes utilizan la información que fluye en el proceso o procedimiento.*

| |
|---|
| Proveedor: Usuarios activos del CRIO. |
| Entrada: <ul style="list-style-type: none">• <i>Hoja de quejas y/o sugerencias.</i> |
| Sub-Proceso: Recepción de quejas y sugerencias. |
| Salida: <ul style="list-style-type: none">• <i>Informe final de medidas correctivas.</i> |
| Usuario: <ul style="list-style-type: none">• <i>Cliente Externo.</i>• <i>Dirección ISRI.</i> |
| Indicadores <ul style="list-style-type: none">• <i>Nivel de Resolución de Quejas</i>• <i>Nivel de Calidad del Servicio.</i> |



⊙ **Requisitos de calidad a cumplir en el proceso**

En esta parte se definen los requisitos de toda la información que fluirá en el proceso, con la calidad que se desea:

- **Entrada:** Información puntual de la información que se necesita para el procedimiento o proceso.
- **proceso:** formatos y registros necesarios, con toda la información que estos deben de contener detalladamente.
- **Salida:** Que formato, informe o registro sale del procesos y que debe contener cada uno de ellos.

Entrada:

- *Hoja de quejas y/o sugerencias.*
 - *Nombre del usuario (no indispensable)*
 - *Teléfono de usuario (no indispensable)*
 - *Correo electrónico de usuario (no indispensable)*
 - *Clasificación de la queja y/o sugerencia*
 - *Queja y/o sugerencia*

Proceso:

- *Acta de quejas y/o sugerencias.*
 - *Fecha de elaboración*
 - *Hora de elaboración*
 - *Detalle de recepción de queja y/o sugerencia*
 - *Firma Directora CRIO*
- *Registro de quejas y/o sugerencias.*
 - *Fecha de elaboración*
 - *Medio a través del cual se recibe queja y/o sugerencia*
 - *Descripción de queja y/o sugerencia*
 - *Datos del usuario (si se especificó en ella)*
- *Informe final de medidas correctivas*
 - *Fecha de elaboración*
 - *Detalle medidas correctivas*
 - *Nombre y firma de encargado*

Salida:

- *Informe final de medidas correctivas:*
 - *Fecha de elaboración*
 - *Detalle de medidas correctivas*
 - *Nombre y firma de Directora CRIO*
 - *Acta de quejas y/o sugerencias*
 - *Registro de quejas y/o sugerencia*



☉ **Ficha de Proceso:**

En esta parte se define de una forma general la información contenida en el proceso:

- **Propietario:** *Quien es la persona encargada del procedimiento.*
- **Proceso:** *Nombre del proceso o procedimiento.*
- **Frecuencia:** *Frecuencia de medición o desarrollo del proceso o procedimiento.*
- **Finalidad:** *Razón del porque se desarrolla el proceso o procedimiento.*
- **Alcance:** *inicio y fin del proceso o procedimiento.*
- **Procesos con los que se relaciona:** *procesos o procedimientos con los que se tiene vínculo.*
- **Entrada:** *que información necesita.*
- **Proveedor:** *quien provee esta información de entrada.*
- **Salida:** *producto que proporciona el proceso o procedimiento.*
- **Cliente interno:** *quien internamente utiliza esta información.*
- **Formatos:** *se detalla que formatos se utilizan en este proceso o procedimiento y se codifican.*
- **Indicadores:** *Que indicadores se utilizan para el control y medición del procedimiento o proceso.*

Nota: Los indicadores que servirán para medir la eficiencia del mecanismo diseñado para la evaluación de satisfacción de los usuarios serán desarrollados en el capítulo II: “Gestión de Indicadores”.



☉ Ficha del proceso

| | | |
|---|---|-------------------------------------|
| | Centro de Rehabilitación de Occidente | |
| Propietario: Coordinador | Proceso: Recepción de quejas y/o sugerencias | Frecuencia: 1 vez por mes |
| FINALIDAD: Identificar y establecer las inconformidades y necesidades que manifiestan los usuarios que hacen uso de los servicios que ofrece el Centro de Rehabilitación de Occidente a través del buzón de sugerencias. | | |
| Alcance: | <ul style="list-style-type: none">• <i>Inicia: Revisión de quejas y/o sugerencias</i>• <i>Finaliza: envió informes</i> | |
| Procesos con los que se relaciona: <ul style="list-style-type: none">• <i>Encuesta de satisfacción al cliente.</i> | | |
| Entrada: <ul style="list-style-type: none">• <i>Hoja de quejas y/o sugerencias</i> Proveedor: <ul style="list-style-type: none">• <i>Usuario Centro de Rehabilitación de Occidente</i> | | |
| Salida: <ul style="list-style-type: none">• <i>Informe final de medidas correctivas</i> Cliente interno: <ul style="list-style-type: none">• <i>Dirección Centro de Rehabilitación de Occidente</i> | | |
| Formatos: <ul style="list-style-type: none">• <i>Hoja de quejas/sugerencias CRIO-CE -01</i>• <i>Acta de quejas y sugerencias CRIO-CE -02</i>• <i>Registro de quejas y sugerencias CRIO-CE -03</i> | | |
| Indicadores: ¹⁴ $\text{Eficacia en atención de quejas} = \frac{\text{Numero total de quejas resueltas/mes}}{\text{Numero total de quejas recibidas/mes}} \times 100$ $\text{Nivel de calidad de el servicio} = \frac{\text{Numero de quejas recibidas /mes}}{\text{Numero de usuarios atendidos/mes}} \times 100$ | | |

¹⁴ El Diseño de los Indicadores para la Evaluación de la Satisfacción del usuario serán desarrollados en el Capítulo II: "Gestión de Indicadores."

☉ **Sistematización: Hoja de proceso:**

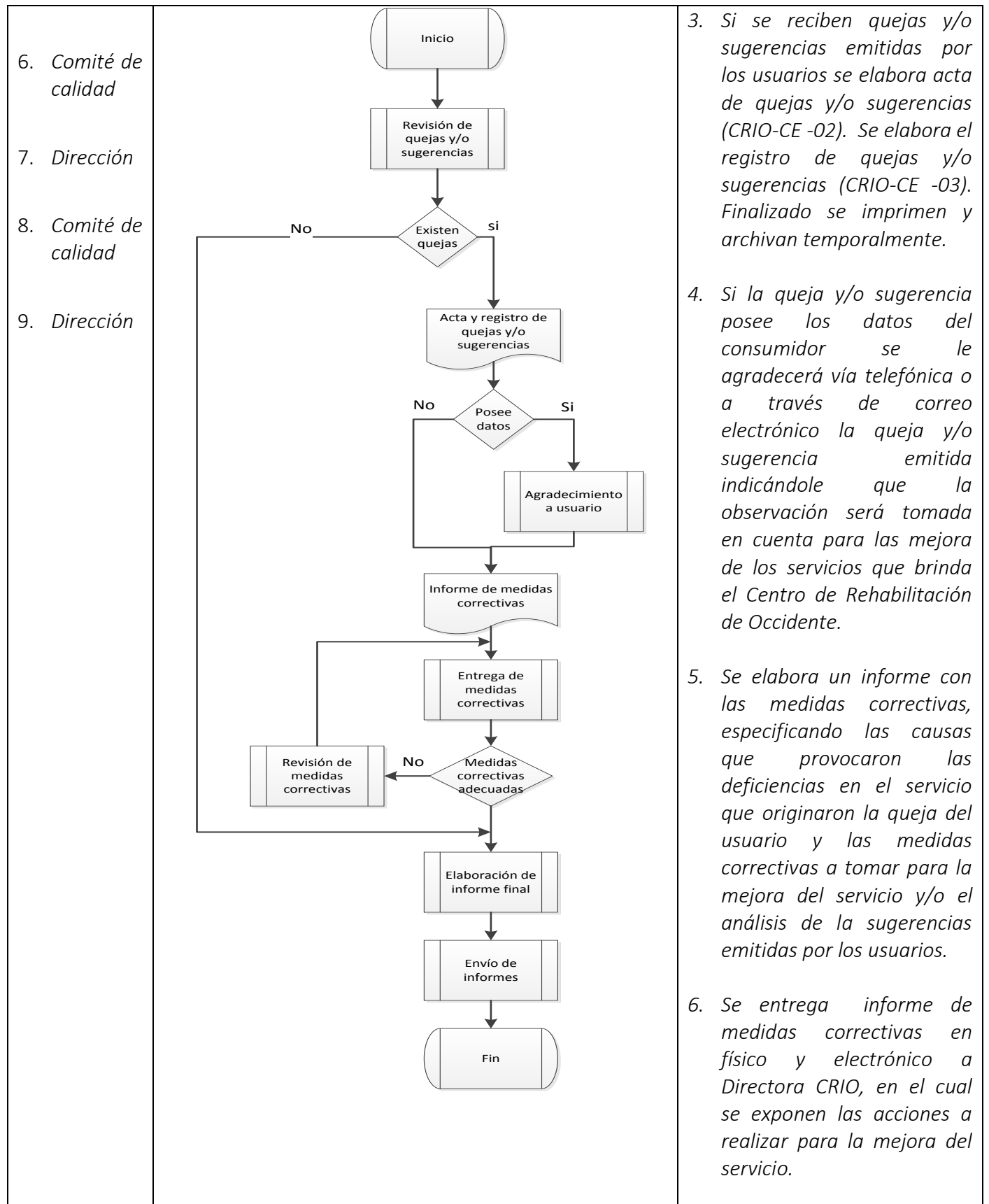
Se elabora el flujograma del proceso o procedimiento, definiendo la secuencia, la persona encargada y la descripción detallada de cada uno de los pasos:

- **Ejecutor:** se define quien es el encargado de cada uno de los pasos a seguir en el proceso o procedimiento.
- **Flujograma:** Secuencia lógica que sigue el procedimiento descrito de forma gráfica.
- **Descripción:** Se define de forma detallada que se hace en cada uno de los pasos del procedimiento o proceso.

| | HOJA DE PROCESO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS Y/O SUGERENCIAS CLIENTE EXTERNO | Elaboración: Febrero 2014 Revisión: Febrero 2014 Pág.: 1/2 |
|--|---|--|
| <u>FINALIDAD:</u> | | <u>APLICA A:</u> Comité de Calidad. |
| Ejecutor | Flujograma | Descripción: |
| 1. Dirección 2. Dirección 3. Dirección 4. Comité de calidad 5. Comité de calidad | | 1. Al finalizar cada mes se revisaran las Hojas de quejas y/o Sugerencias (CRIO-CE-01) recibidas a través del buzón de quejas y/o sugerencias. 2. Si no se recibió ninguna queja y/o se elabora acta de quejas y/o sugerencias (CRIO-CE-02) dejando constancia del hecho se imprime, firma y sella acta |



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)





| | | |
|--|--|---|
| | | <p>7. <i>Dirección evalúa medidas correctivas propuestas, Si estas no brindan una solución adecuada al problema, el coordinador deberá de reformular las medidas para encontrar una solución adecuada.</i></p> <p>8. <i>Después de presentado el informe de medidas correctivas, y una vez aprobadas las acciones a seguir, se elabora el informe final de medidas correctivas integrando las acciones propuestas para la mejora de los servicios, se imprime y se anexan al acta de quejas y/o sugerencias (CRIO-CE -02) y el registro de quejas y/o sugerencias (CRIO-CE -03) se archivan y se guarda copia en digital. Si no se recibieran quejas y/o sugerencias se archivara el acta y se guarda copia en digital.</i></p> <p>9. <i>El informe final de medidas correctivas o el acta de quejas y/o sugerencias (CRIO-CE -02) según corresponda se envía a la Dirección del ISRI para su conocimiento.</i></p> |
|--|--|---|



4.4 *Mejora y Estandarización de Procesos Mediante la Automatización*

Business Process Management (BPM) es un conjunto de métodos, herramientas y tecnologías utilizados para diseñar, representar, analizar y controlar procesos de negocio operacionales. BPM es un enfoque centrado en los procesos para mejorar el rendimiento que combina las tecnologías de la información con metodologías de proceso y gobierno.

BPM constituye una amplia disciplina, pero tiene un propósito funcional específico. Y por supuesto, los componentes de la tecnología BPM tienen especificaciones precisas. ¿Cómo se combina todo eso? Aquí hay una lista que lo explica:

Centrado en los procesos: BPM unifica las actividades de negocio y de TI y coordina las acciones y comportamientos de personas y sistemas alrededor del contexto común de los procesos de negocio. Utilizando las convenciones y notaciones que conforman los procesos estándar, un director de operaciones, por ejemplo, ve el proceso desde una perspectiva de negocio, mientras que el director de TI ve los elementos de información y sistemas.

Alineación negocio/TI: BPM facilita la colaboración directa y la responsabilidad conjunta de los profesionales de la empresa y de TI en el desarrollo, implementación y optimización de los procesos de negocio operacionales. El mismo modelo de procesos, por ejemplo, proporciona una perspectiva empresarial para el analista empresarial y una perspectiva de sistemas para el analista de sistemas.

Mejora continua de los procesos: BPM implementa los métodos y herramientas de gestión y de comportamiento de la mejora continua de procesos (CPI). Por ejemplo, cada módulo funcional de BPMS admite una o más de las fases DMAIC de Six Sigma, y la supervisión de la actividad empresarial le permite revisar las métricas Six Sigma en sus procesos.

Composición de soluciones: BPM facilita el diseño, ensamblaje e implementación rápidos de procesos de negocio completos. Un desarrollador incorpora sistemas y servicios de TI al mismo modelo de procesos diseñado por el analista de negocio. Un completo conjunto de conectores y herramientas sin código hace el desarrollo de soluciones incluso más rápido.



Transparencia: BPM proporciona visibilidad funcional cruzada en tiempo real de los procesos operacionales y una comprensión común de las actividades para todos los participantes. Un director de operaciones, por ejemplo, puede ver los procesos de negocio en ejecución y sus métricas empresariales en tiempo real, mientras que un director de TI puede ver la disponibilidad y rendimiento de los sistemas de apoyo.

Aprovechar lo existente y hacer uso de lo nuevo (enfoque “leave and layer”): BPM incorpora de forma directa sistemas de información y activos existentes y coordina su uso en una “capa” de procesos accesible para los directores de negocio. Un conjunto completo de adaptadores de sistemas y herramientas B2B (“business to business”) le permiten reutilizar cualquiera de sus aplicaciones de TI existentes. Los usuarios ven una sola interfaz delante de muchos sistemas. Y el panel de BPM presenta una fachada uniforme a los usuarios de negocio.

Cada uno de los componentes funcionales de BPM añade valor a múltiples aspectos del rendimiento empresarial, como efectividad, transparencia y agilidad.

4.4.1 *Objetivos del BPM*

- **Efectividad de los procesos:** BPM asume el paradigma de gestión de las actividades empresariales a través de un entorno de procesos operacionales. El término procesos de negocio puede sonar poco claro, pero no se equivoque; es un término preciso. Un proceso de negocio es el conjunto de todas las tareas y actividades coordinadas formalmente, dirigidas tanto por personas como por equipos, que lleva a conseguir un objetivo organizativo específico. Un ejemplo de proceso de negocio es cumplimentar un pedido. El acto del cliente solicitando un producto inicia un proceso para registrar el pedido, aprobar su crédito y desencadenar la producción y entrega.
- **Optimización:** Debe saber lo que está sucediendo en su organización mientras está sucediendo y cómo los cambios potenciales pueden afectar a su negocio.
 - **Supervisión en tiempo real:** BPM proporciona visibilidad del estado de los procesos actuales y extrae las métricas clave, importantes en lo que ese proceso afecta a la empresa. De esta forma,



puede juzgar la efectividad de sus procesos ahora, y diseñar después procesos que mejorarán el rendimiento frente a estas métricas. Por ejemplo, puede visualizar los procesos logísticos en toda la cadena de suministro en el ámbito global. Vería el estado, gráficos de evolución e indicadores rojos mostrando envíos retrasados. Su plataforma BPM transferiría los incidentes de forma automática al personal de resolución de problemas. Usted recibiría información de seguimiento que le notifica cuándo se encuentran de nuevo en marcha los envíos. Sus clientes recibirían notificación automática sobre los retrasos.

- **Análisis de futuro** : Con BPM, puede simular el rendimiento de los procesos antes de implementarlos. Experimente con diferentes caminos, niveles de recursos, reglas y más, preguntando “¿y si. . .?” en lo que respecta a cómo podría funcionar mejor el proceso. Por ejemplo, podría simular la adición de personal en el proceso de pedidos para ver qué impacto tendrían dichas adiciones en el rendimiento total.
- **Automatización**: Con BPM, puede automatizar la ejecución de muchas tareas de procesos que pueden haber sido controladas anteriormente de forma manual. Para ello, puede combinar servicios nuevos y ya existentes. Para tareas que aún requieren control manual, BPM coordinará el flujo de trabajo y dirigirá la acción al notificar a las personas y presentarles la información que necesitan para realizar su trabajo. Si el director del servicio al cliente necesita revisar un pedido de alto valor, BPM envía una notificación por correo electrónico o a una bandeja de entrada de tareas en el espacio de trabajo de los procesos.
- **Control y toma de decisiones**: BPM otorga a los directores de negocio control directo sobre ciertos puntos de cambio y control en lo referente a cómo los sistemas de información facilitan la gestión de los procesos. Los directores tienen acceso libre a los datos sobre el rendimiento de los procesos. Los usuarios de negocio participan tanto en la especificación de la definición inicial de los procesos como en los cambios para mantenerlos continuamente optimizados. Los directores de negocio tienen asimismo control directo de las reglas y normas que gobiernan los comportamientos de los procesos.

4.4.2 Ciclo de los procesos BPM

Como ha visto antes, la **Gestión de Procesos de Negocio** es una disciplina que consiste en **5 fases**: Modelización, automatización, ejecución, monitorización y optimización. Analicemos en detalle estas fases.

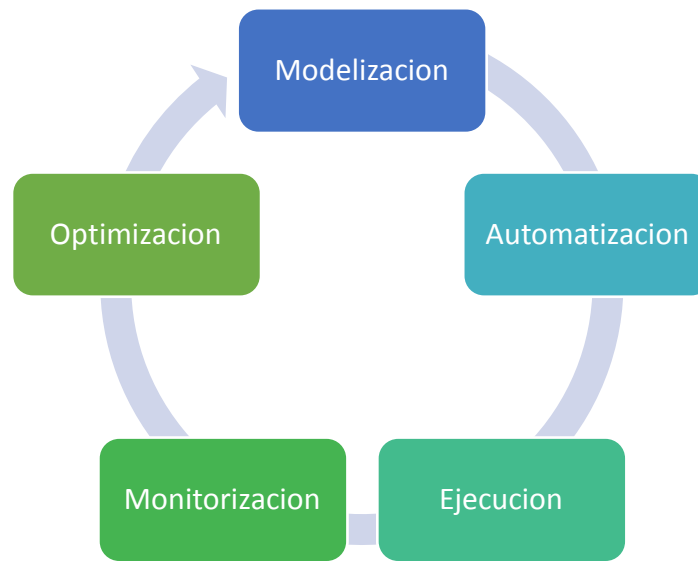


Figura 37 - Ciclo BPM

Modelización: La primera fase del BPM es para crear un modelo. Un **modelo** es un objeto creado para representar otra cosa.

Durante la Fase de Modelización, comenzamos creando un diagrama de alto nivel del proceso. Inicialmente, el objetivo es reunir suficiente detalle para entender conceptualmente cómo funciona el proceso y los principales pasos a seguir sin distraerse con los detalles finos de la forma en que se llevará a cabo.

Automatización: Durante la Fase de Automatización, el modelo se amplía para crear el conjunto específico de instrucciones, datos de formularios y reglas necesarias para ejecutar el proceso. Es en este punto donde se toman las decisiones sobre cómo se implementan específicamente los procesos.

Ejecución: La Fase de Ejecución del BPM consiste en interpretar las instrucciones creadas durante la Fase de Automatización para gestionar el flujo de trabajo desde el principio del proceso hasta su finalización. Dentro del software BPM, el motor de flujo de trabajo (workflow engine) es el responsable de la creación de las tareas y dirigir las automáticamente a las personas adecuadas o sistemas basándose en las reglas del



proceso, de la misma forma en que un sistema de GPS le proporciona paso a paso las instrucciones de conducción a su destino. Y, al igual que un conductor puede leer las direcciones manualmente a partir de un mapa para lograr el mismo objetivo, los sistemas GPS son mucho más eficientes y permiten al conductor concentrarse en la conducción en lugar de preocuparse por la navegación.

Monitorización: La Fase de Monitorización es donde se lleva a cabo la medición, seguimiento y revisión del rendimiento del proceso para las posibles mejoras.

Optimización: Durante la Fase de Optimización, los gestores utilizan los datos y las lecciones aprendidas de la Fase de Monitorización como base para cambiar el proceso. La optimización puede incluir cosas tales como la mejora de los formularios de recogida de datos, la adición o eliminación de tareas, la automatización de los pasos que se completaron previamente de forma manual, o la modificación de los informes generados. El objetivo de esta fase es identificar los cambios que mejorarán el proceso.

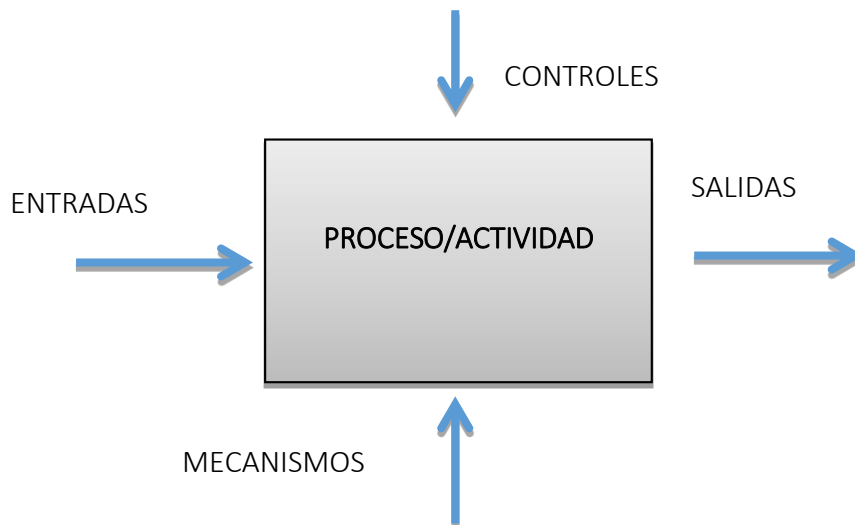
4.4.3 Modelización de procesos

En la etapa de diagnóstico se estableció la metodología para un análisis preliminar mediante la modelización de procesos, para esto fue utilizado el lenguaje de IDEF0, el cual es una técnica de representación de procesos de una manera genérica y conceptual. De esta manera se logra un modelamiento funcional de las actividades del proceso.

IDEF0, permitirá mediante una manera genérica y conceptual, obtener una caracterización precisa, flexible y concisa, ya que haciendo uso de un lenguaje gráfico, permite responder:

- ¿Qué hace el proceso?
- ¿Quién lo trabaja?
- ¿Qué ingresa?
- ¿Qué sale?
- ¿Qué controles tiene?
- ¿Cómo ejecuta sus funciones?

En IDEF0 las actividades o procesos son representados por medio de una caja en donde las entradas son representadas por las flechas fluyendo hacia el lado izquierdo de la caja, y las salidas son representadas por flechas desde el lado derecho de la caja. Las flechas que fluyen hacia la parte superior de la caja representan restricciones o controles, y las flechas fluyendo hacia el lado inferior de la caja son mecanismos, como se presenta en la figura siguiente:



En la cual:

Entradas del proceso: Son todos aquellos insumos que ingresaran al proceso, los cuales sufrirán transformación.

Salidas del proceso: Indicara todos aquellos productos o resultados del proceso.

Mecanismos: Son todos aquellos recursos que son utilizados que no sufren transformación en el proceso.

Controles: Son aquellas políticas, reglamentos internos y externos, legislación, normativas, o controles que se utiliza o que regulan el funcionamiento del proceso.

A continuación se presenta el modelamiento IDEF0, del proceso de Rehabilitación Integral, el cual es el proceso misional del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente:

1. Proceso de Rehabilitación Integral

1.1. Ingreso de Usuarios a Servicios de Rehabilitación Integral:

Determinar el tipo de discapacidad, complejidad y pronóstico de acuerdo a los criterios de priorización de discapacidad, estableciendo el plan de tratamiento y pronóstico de rehabilitación.



1.1.1. Obtener Información del usuario:

- 1.1.1.1. Realizar Contacto Inicial: Identificar los requerimientos de atención del usuario de los servicios de rehabilitación, así también conocer el motivo de la solicitud de servicios, y brindar orientación sobre los requisitos administrativos y proceso de evaluación para el ingreso.
- 1.1.1.2. Realizar Evaluación Inicial: Determinar el ingreso del usuario al centro mediante el establecimiento del diagnóstico presuntivo y brindar priorización para la referencia hacia médico especialista, trabajo social y/o psicología.
- 1.1.1.3. Aperturar Expediente: Registrar y recopilar información del usuario con el fin de crear y aperturar el expediente clínico.

1.1.2. Ingresar Usuarios a Servicios Médicos y de Apoyo

- 1.1.2.1. Programar Cita Consulta Especialista: Establecer cita mediante la cual el usuario será atendido por un médico especialista
- 1.1.2.2. Realizar Evaluación Médico Especialista: Establecer la situación diagnóstica de la discapacidad del usuario, así también la referencia a las diferentes áreas de terapia especialistas y de apoyo si necesitase.
- 1.1.2.3. Elaborar solicitud de intervención en áreas de terapia: Referir al usuario hacia las diferentes áreas de terapia asignadas por el médico.

1.1.3. Ingresar Usuarios a Servicios Terapéuticos

- 1.1.3.1. Asignar Cita Evaluación Terapéutica: Programar la fecha y hora para la evaluación inicial en los servicios de terapia.
- 1.1.3.2. Realizar Evaluación Inicial en Terapia: Realizar evaluación de motricidad, neurológica, lenguaje para establecer el plan de tratamiento del usuario.



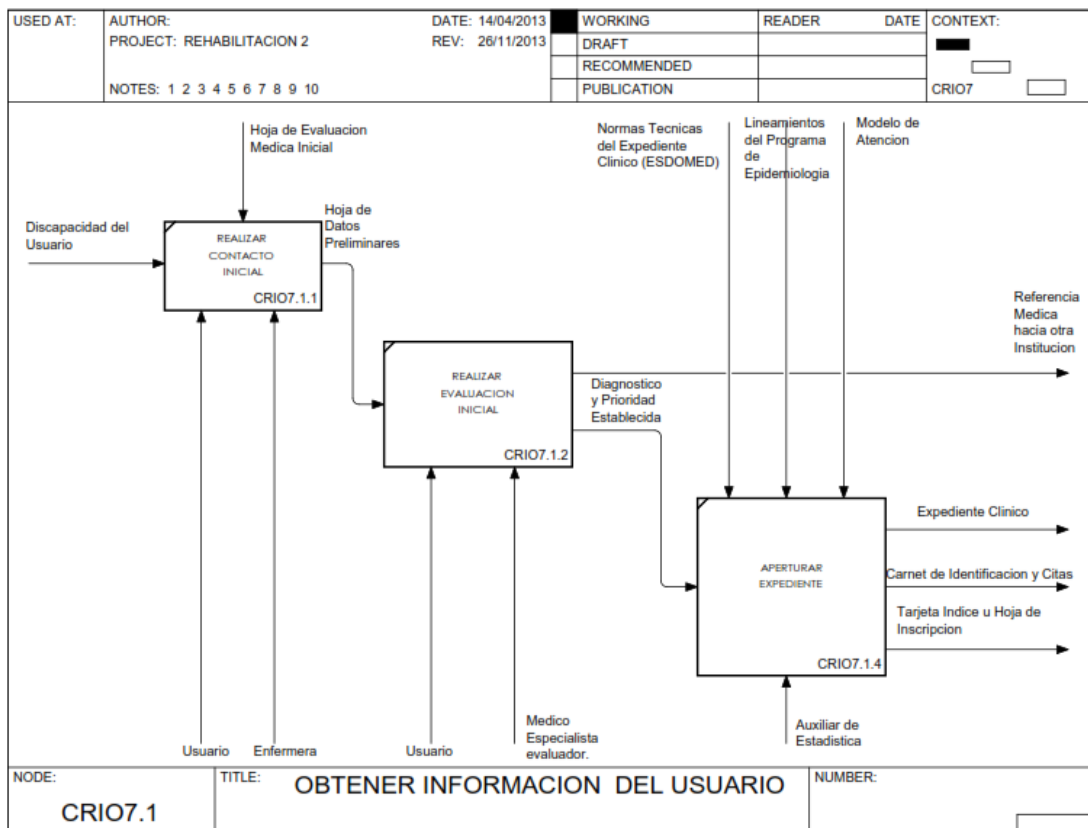
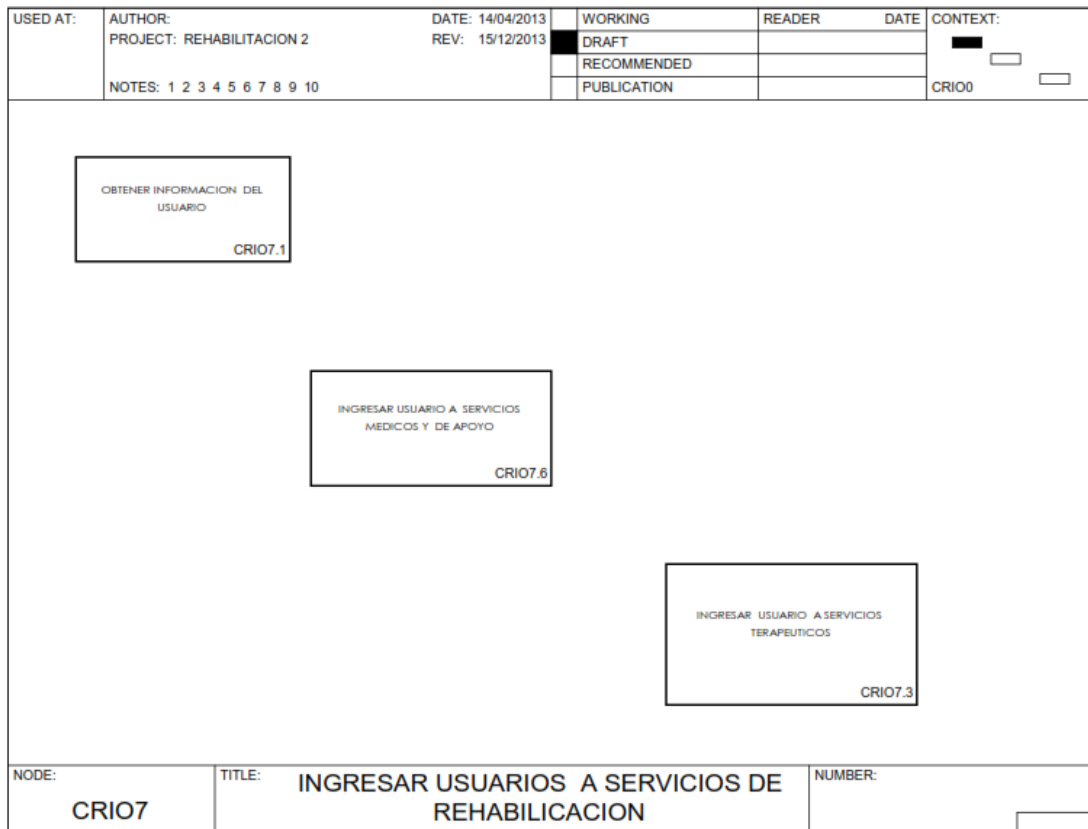
Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| | | | | | | |
|---|---|------------------|-------------|--------|---------|----------|
| USED AT: | AUTHOR: | DATE: 06/05/2013 | WORKING | READER | DATE | CONTEXT: |
| | PROJECT: REHABILITACION 2 | REV: 26/11/2013 | DRAFT | | | TOP |
| | NOTES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | RECOMMENDED | | | |
| | | | PUBLICATION | | | |
| <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 100px; margin: 0 auto; padding: 10px;"> <p>BRINDAR SERVICIOS DE REHABILITACION INTEGRAL</p> <p style="text-align: right;">CRIO0</p> </div> | | | | | | |
| NODE: | TITLE: BRINDAR SERVICIOS DE REHABILITACION INTEGRAL | | | | NUMBER: | |
| CRIO-0 | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|------------------|-------------|--------|---------|----------|
| USED AT: | AUTHOR: | DATE: 06/05/2013 | WORKING | READER | DATE | CONTEXT: |
| | PROJECT: REHABILITACION 2 | REV: 05/04/2014 | DRAFT | | | CRIO-0 |
| | NOTES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | RECOMMENDED | | | |
| | | | PUBLICATION | | | |
| <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 0 auto 20px auto; padding: 5px;"> <p>INGRESAR USUARIOS A SERVICIOS DE REHABILITACION</p> <p style="text-align: right;">CRIO7</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 0 auto 20px auto; padding: 5px;"> <p>INTERVENIR USUARIOS EN SERVICIOS DE REHABILITACION</p> <p style="text-align: right;">CRIO3</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px; margin: 0 auto; padding: 5px;"> <p>EGRESAR USUARIO EN SERVICIOS DE REHABILITACION</p> <p style="text-align: right;">CRIO8</p> </div> | | | | | | |
| NODE: | TITLE: BRINDAR SERVICIOS DE REHABILITACION INTEGRAL | | | | NUMBER: | |
| CRIO0 | | | | | | |

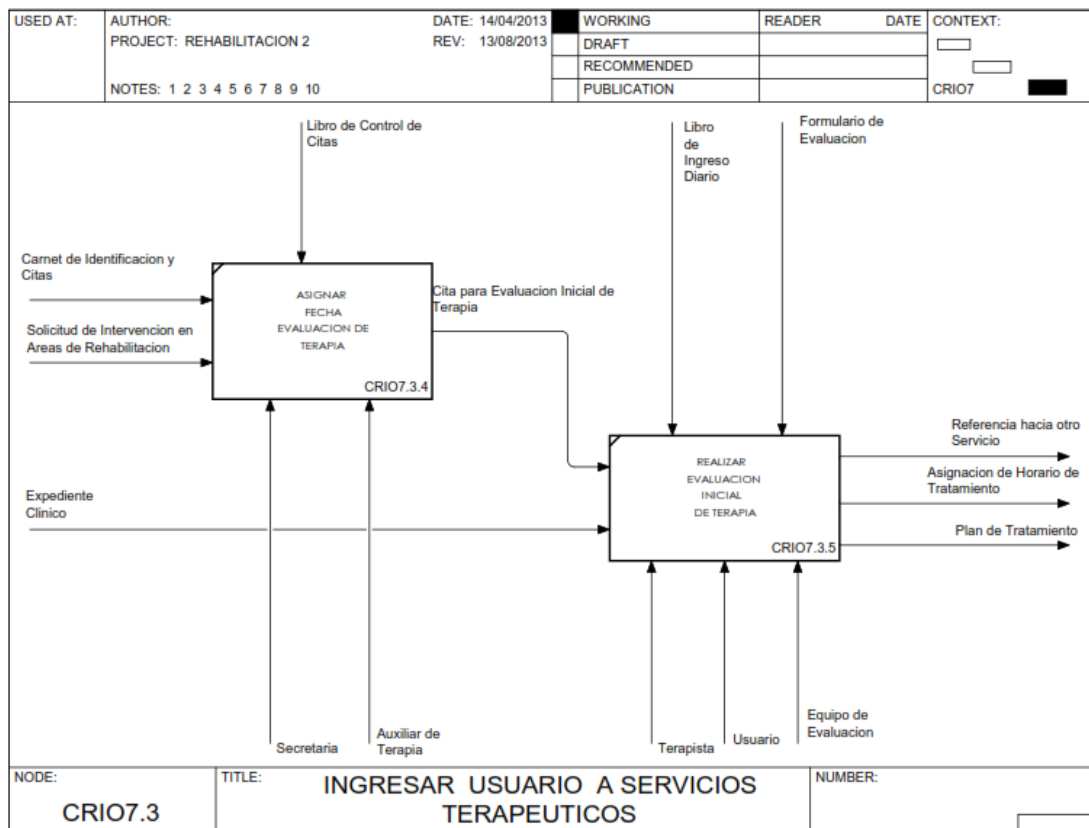
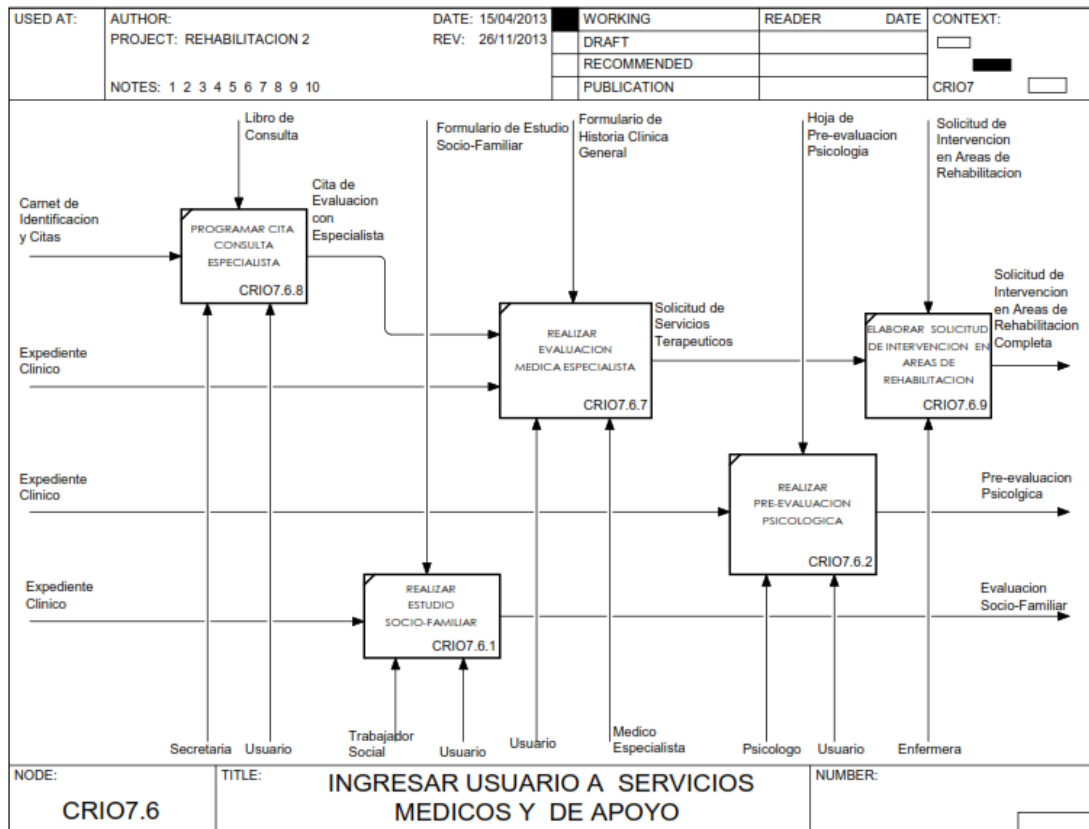


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)





Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)





1.2. Intervenir a Usuarios

Intervenir al usuario en las diferentes disciplinas o modalidades, aplicando técnicas, ejercicios, y brindándoles atención mediante los programas musculo esquelético, neurológico, comunicación humana y educativo.

1.2.1. Intervenir en Servicios Médicos

- 1.2.1.1. Brindar Consulta Subsecuente: Evaluar el nivel de evolución que el usuario tiene mediante la aplicación de técnicas de terapias.
- 1.2.1.2. Realizar Evaluación Inter/Multidisciplinaria: Evaluar el nivel de evolución que el usuario tiene mediante la aplicación de técnicas de terapias.
- 1.2.1.3. Brindar Interconsulta: Realizar una evaluación extraordinaria, para evaluar el nivel de evolución de la discapacidad del usuario.

1.2.2. Intervenir Usuario en Terapia

- 1.2.2.1. Intervenir en Modalidad de Electroterapia: Lograr la funcionabilidad y rehabilitación física mediante la aplicación de estimulación eléctrica muscular.
- 1.2.2.2. Intervenir en Modalidad Cinesiterapia: Lograr la funcionabilidad y rehabilitación física mediante la aplicación de movimientos musculares.
- 1.2.2.3. Intervenir en Modalidad Termoterapia: Lograr la funcionabilidad y rehabilitación física muscular, mediante la aplicación de temperatura.
- 1.2.2.4. Intervenir en Modalidad Actividades de la Vida Diaria: Lograr la funcionabilidad y rehabilitación mediante la inserción de componentes de la actividad cotidiana comprendiendo el auto cuidado, trabajo y juegos.
- 1.2.2.5. Intervenir en Modalidad Orientación y Movilidad: Lograr la funcionabilidad y rehabilitación mediante programación y concientización de los sentidos, concepción de espacios y fomentar habilidades de búsqueda y movimiento independiente.
- 1.2.2.6. Intervenir en Modalidad Funciones Mentales Superiores: Lograr la funcionabilidad y rehabilitación mediante programación de la memoria, atención, práctica de ejercicios complejos mediante estímulos, materialización de la lengua y sonidos.
- 1.2.2.7. Intervenir en Modalidad Pre lingüística: Lograr el desarrollo del lenguaje en niños menores de 2 años, producción de sonidos fonéticos estables, vocalizaciones, respuesta ante estímulos sonoros.



1.2.2.8. Intervenir en Modalidad Lingüístico: Establecer la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida en los niños, logrando la rehabilitación de alteraciones del habla, audición, voz, comunicación.

1.2.2.9. Intervenir en Modalidad Desordenes Específicos del Habla: Establecer la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida en los niños, logrando la rehabilitación de alteraciones del habla, audición, voz, comunicación.

1.2.2.10. Intervenir en Terapia Educativa

1.2.2.11. Intervenir en Educación Física Adaptada

1.2.2.12. Intervenir en Terapia Lúdica

1.2.3. Intervenir Usuarios en Servicios Psicológicos

1.2.3.1. Brindar Atención Psicológica Individual

1.2.3.2. Brindar Atención Psicológica Grupal

1.2.4. Intervenir Usuario en Servicio Social

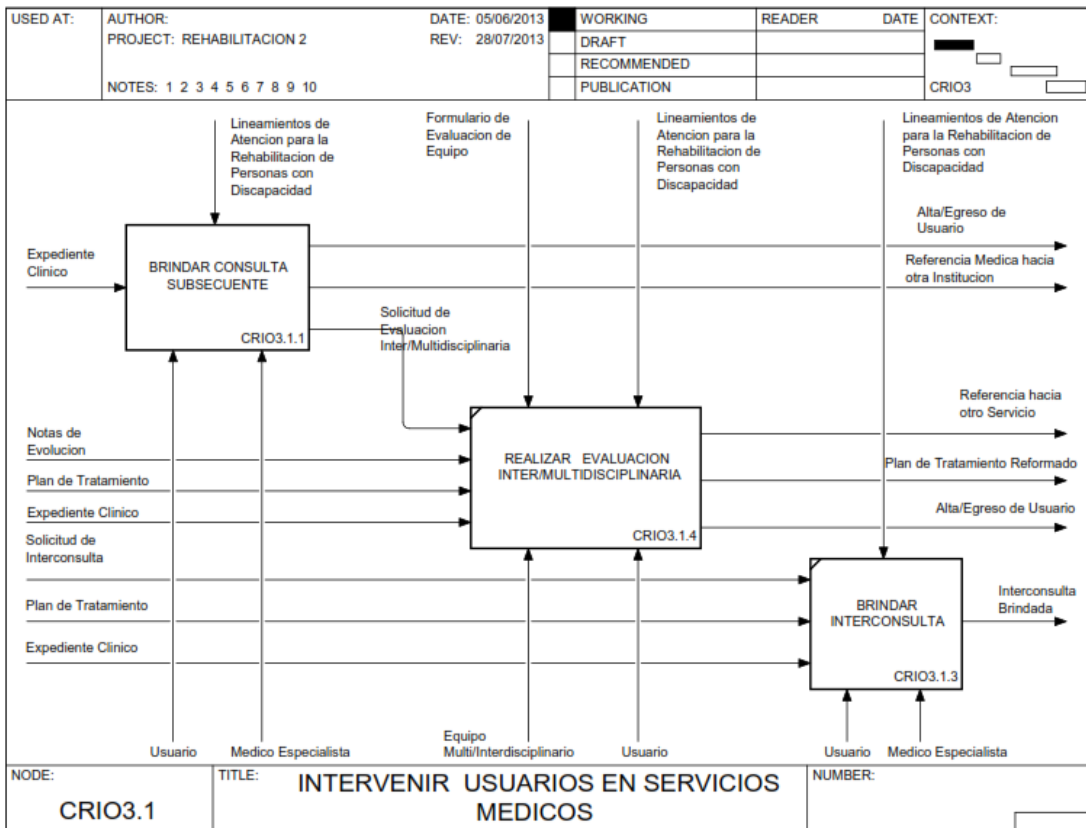
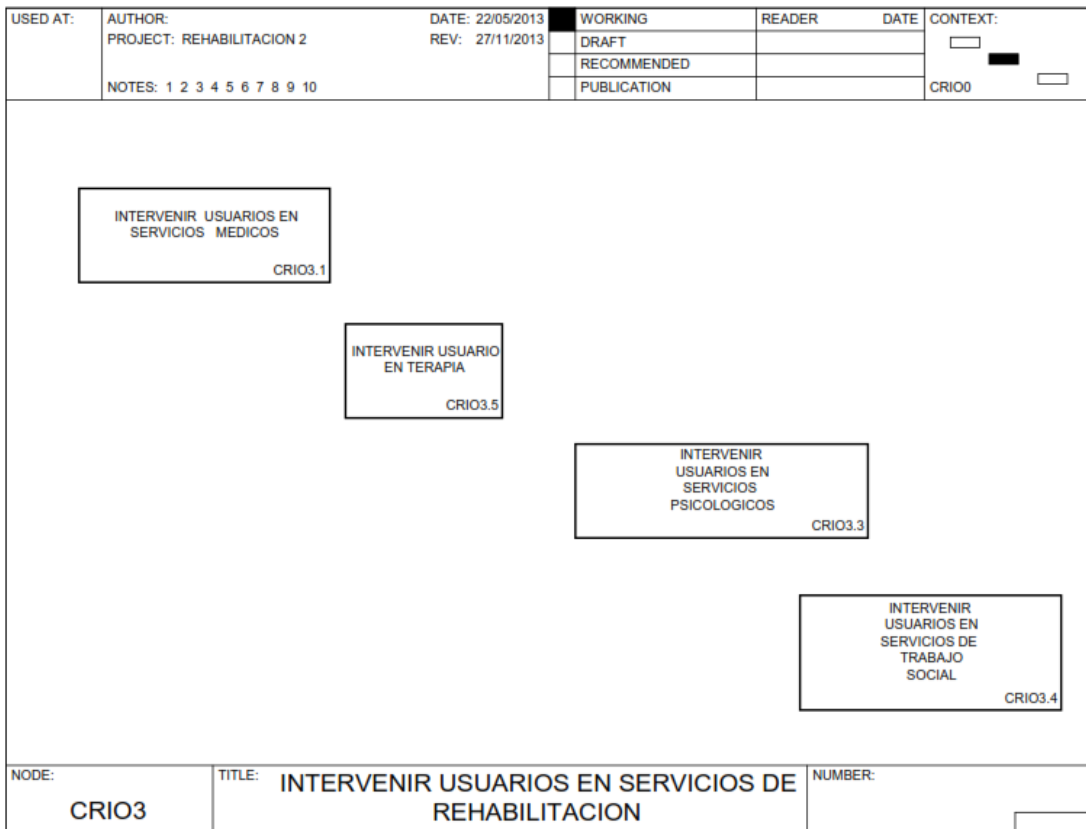
1.2.4.1. Realizar seguimiento de trabajo social: Establecer y monitorear el conjunto de acciones para lograr el desarrollo del usuario en su núcleo familiar, entorno y comunidad.

1.2.4.2. Brindar Asistencia al Usuario: Garantizar la asistencia al usuario mediante la gestión y requerimiento de aditivos, transportes a fin de garantizar la satisfacción del usuario.

1.2.4.3. Realizar Visita Domiciliar: Verificar el cumplimiento del plan de hogar, y los apoyos existentes en la familia y comunidad hacia el usuario.

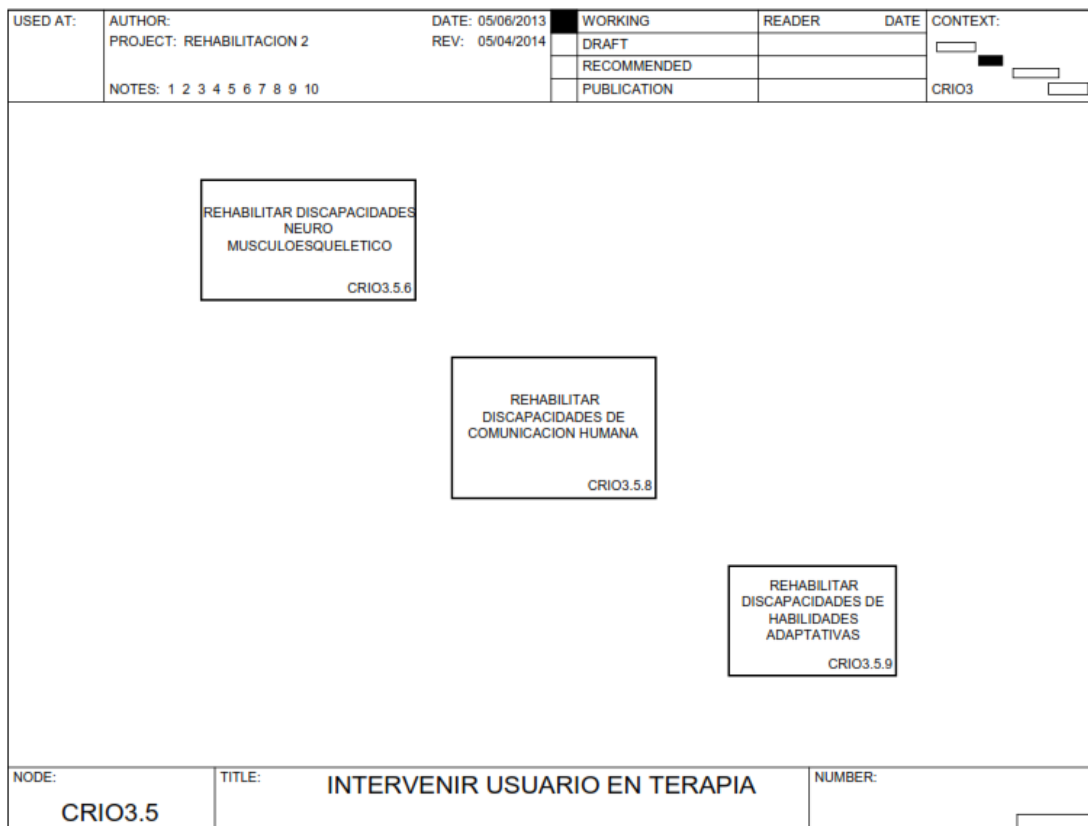
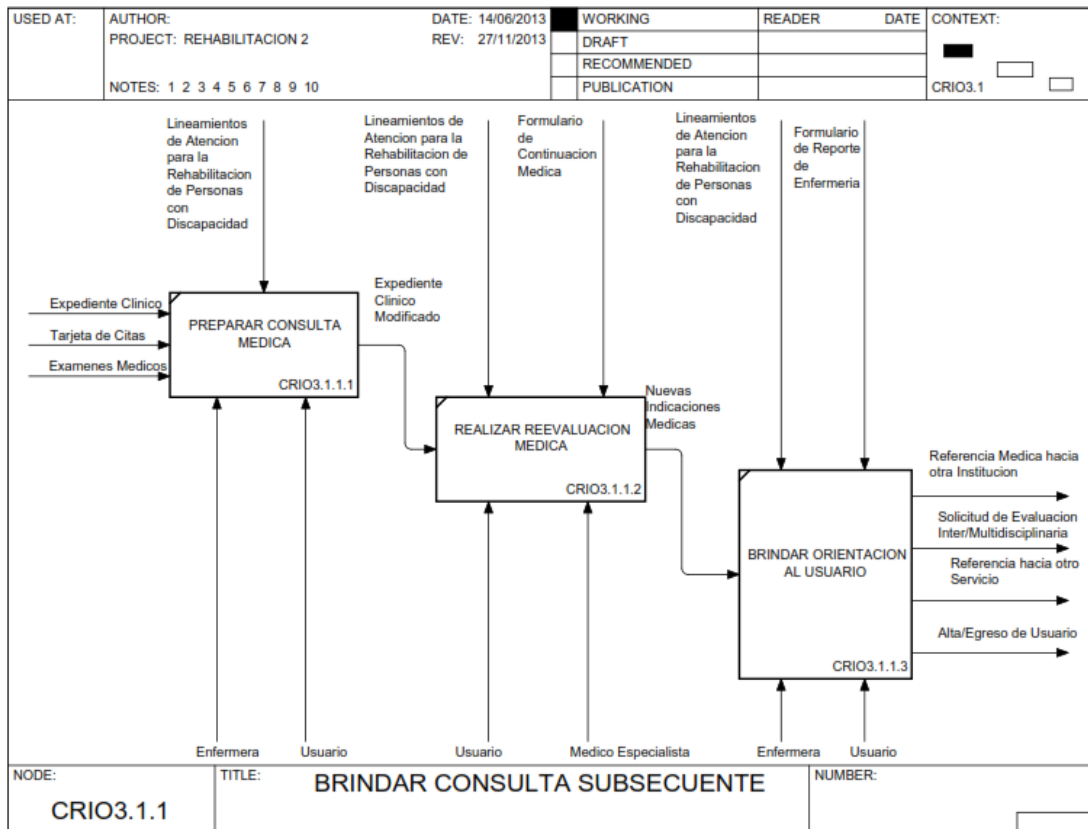


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)





Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)





Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| | | | | | | |
|----------|-----------------------------|------------------|-------------|--------|------|-------------------------------------|
| USED AT: | AUTHOR: | DATE: 14/06/2013 | WORKING | READER | DATE | CONTEXT: |
| | PROJECT: REHABILITACION 2 | REV: 05/04/2014 | DRAFT | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | NOTES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | RECOMMENDED | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | PUBLICATION | | | CRIO3.5 <input type="checkbox"/> |

INTERVENIR EN TERAPIA FISICA
CRIO3.5.6.1

INTERVENIR EN TERAPIA OCUPACIONAL
CRIO3.5.6.2

| | | |
|-----------|---|---------|
| NODE: | TITLE: | NUMBER: |
| CRIO3.5.6 | REHABILITAR DISCAPACIDADES NEURO MUSCULOESQUELETICO | |

| | | | | | | |
|----------|-----------------------------|------------------|-------------|--------|------|-------------------------------------|
| USED AT: | AUTHOR: | DATE: 14/06/2013 | WORKING | READER | DATE | CONTEXT: |
| | PROJECT: REHABILITACION 2 | REV: 13/08/2013 | DRAFT | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | NOTES: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | RECOMMENDED | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | PUBLICATION | | | CRIO3.5.6 |

Lineamiento de Atencion para la Rehabilitacion

```

graph TD
    subgraph Lineamiento [Lineamiento de Atencion para la Rehabilitacion]
        direction TB
        L1[Lineamiento de Atencion para la Rehabilitacion]
        L2[Lineamiento de Atencion para la Rehabilitacion]
        L3[Lineamiento de Atencion para la Rehabilitacion]
    end

    subgraph Process1 [INTERVENIR EN MODALIDAD DE ELECTROTERAPIA CRIO3.5.6.1.1]
        direction TB
        P1[Plan de Tratamiento]
        I1[Solicitud de Interconsulta]
    end

    subgraph Process2 [INTERVENIR EN MODALIDAD DE CINESITERAPIA CRIO3.5.6.1.2]
        direction TB
        P2[Plan de Tratamiento]
        I2[Solicitud de Interconsulta]
    end

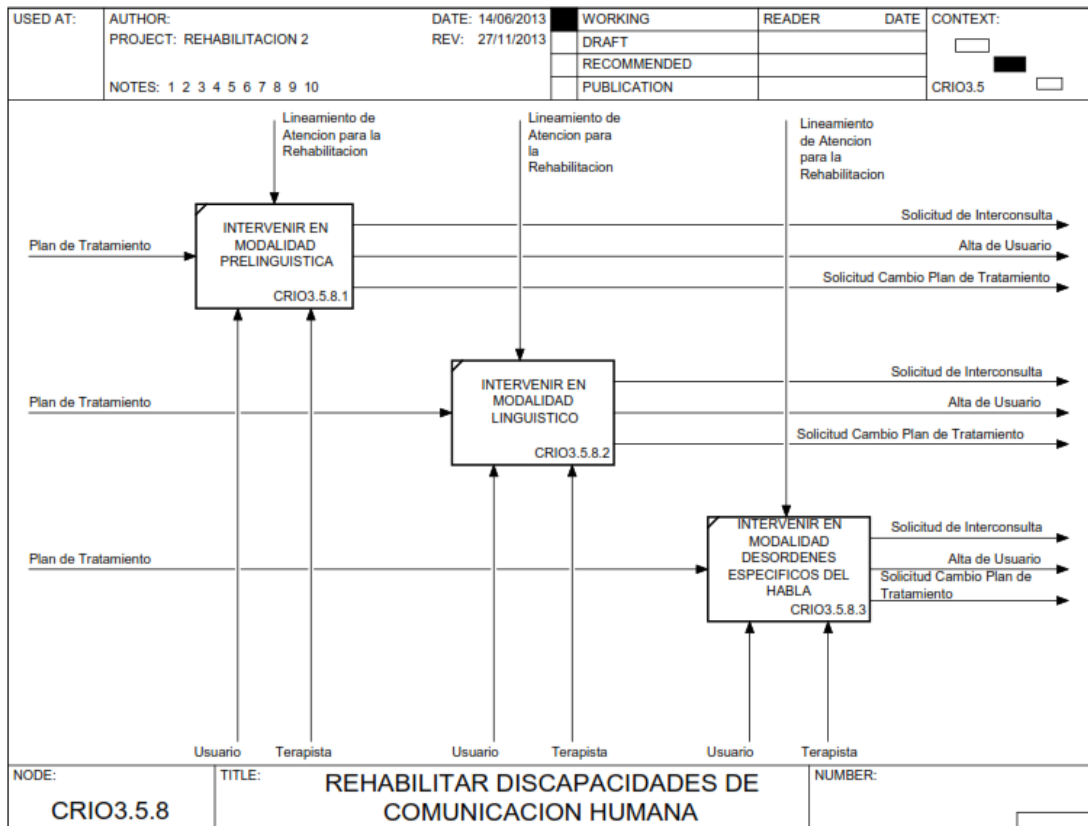
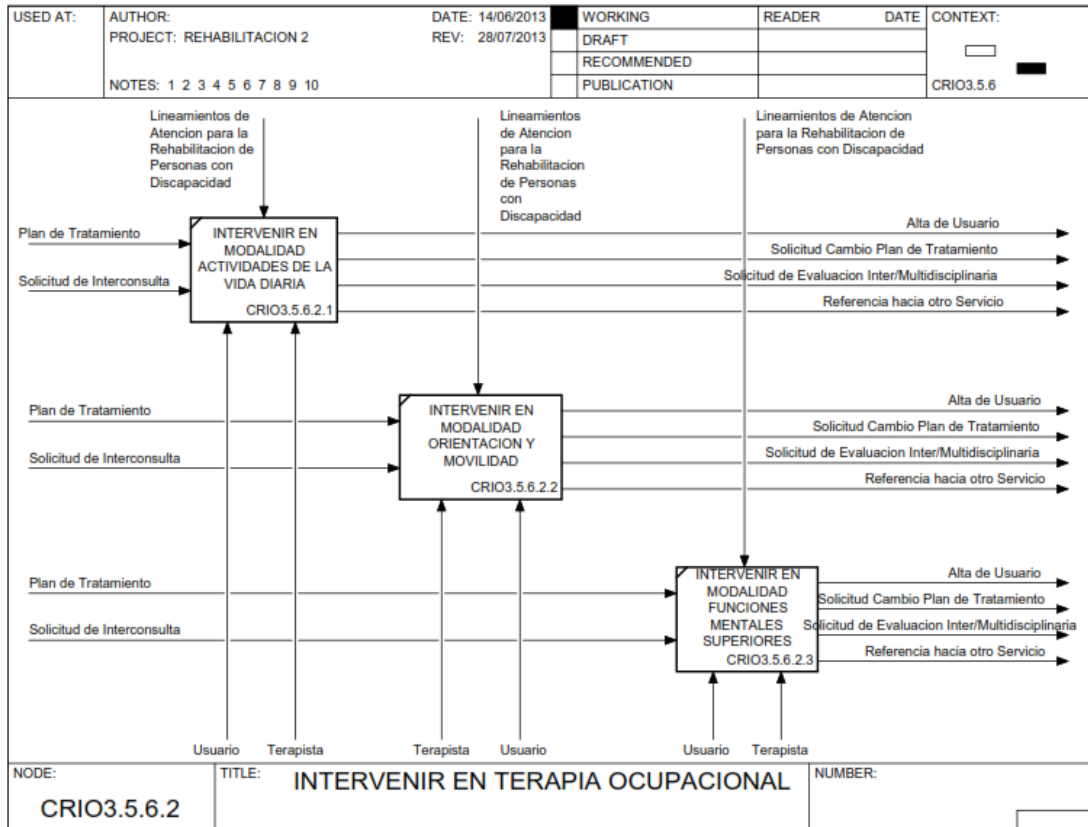
    subgraph Process3 [INTERVENIR EN MODALIDAD DE TERMOTERAPIA CRIO3.5.6.1.3]
        direction TB
        P3[Plan de Tratamiento]
        I3[Solicitud de Interconsulta]
    end

    L1 --> P1
    L1 --> P2
    L1 --> P3
    L2 --> I1
    L2 --> I2
    L2 --> I3
    L3 --> O1[Alta de Usuario]
    L3 --> O2[Solicitud Cambio Plan de Tratamiento]
    L3 --> O3[Solicitud de Evaluacion Inter/Multidisciplinaria]
    L3 --> O4[Referencia hacia otro Servicio]
    
```

| | | |
|-------------|------------------------------|---------|
| NODE: | TITLE: | NUMBER: |
| CRIO3.5.6.1 | INTERVENIR EN TERAPIA FISICA | |

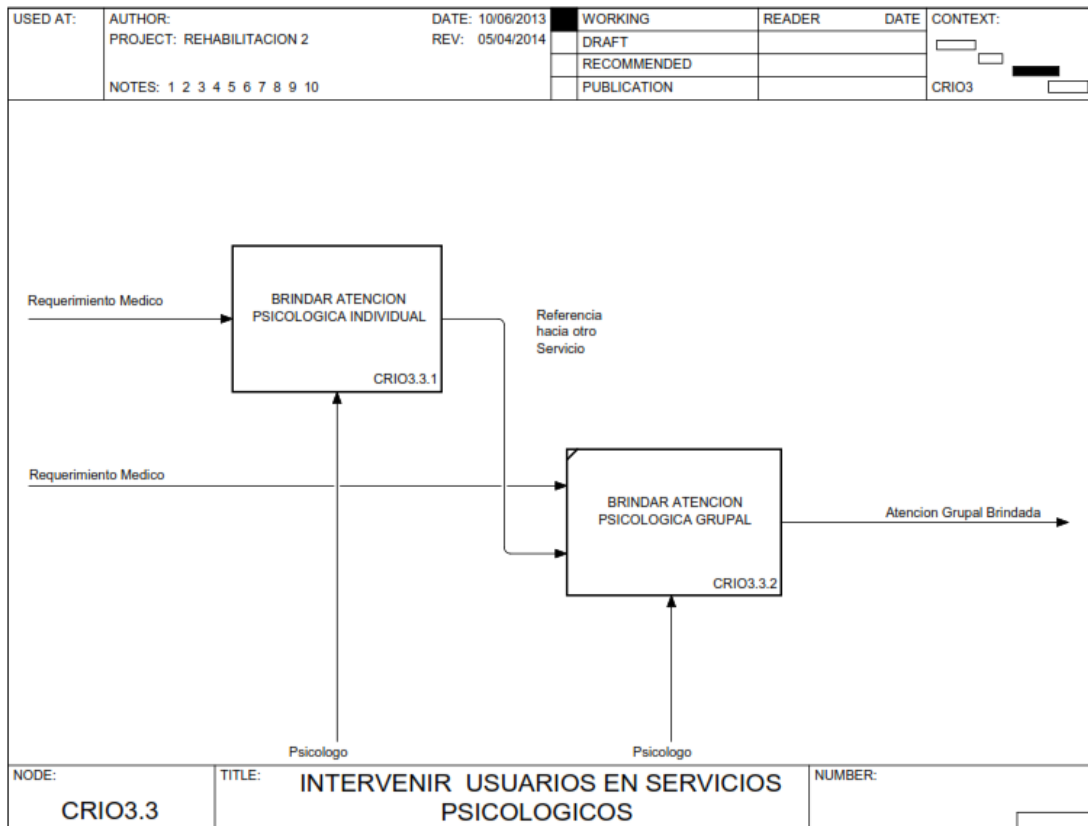
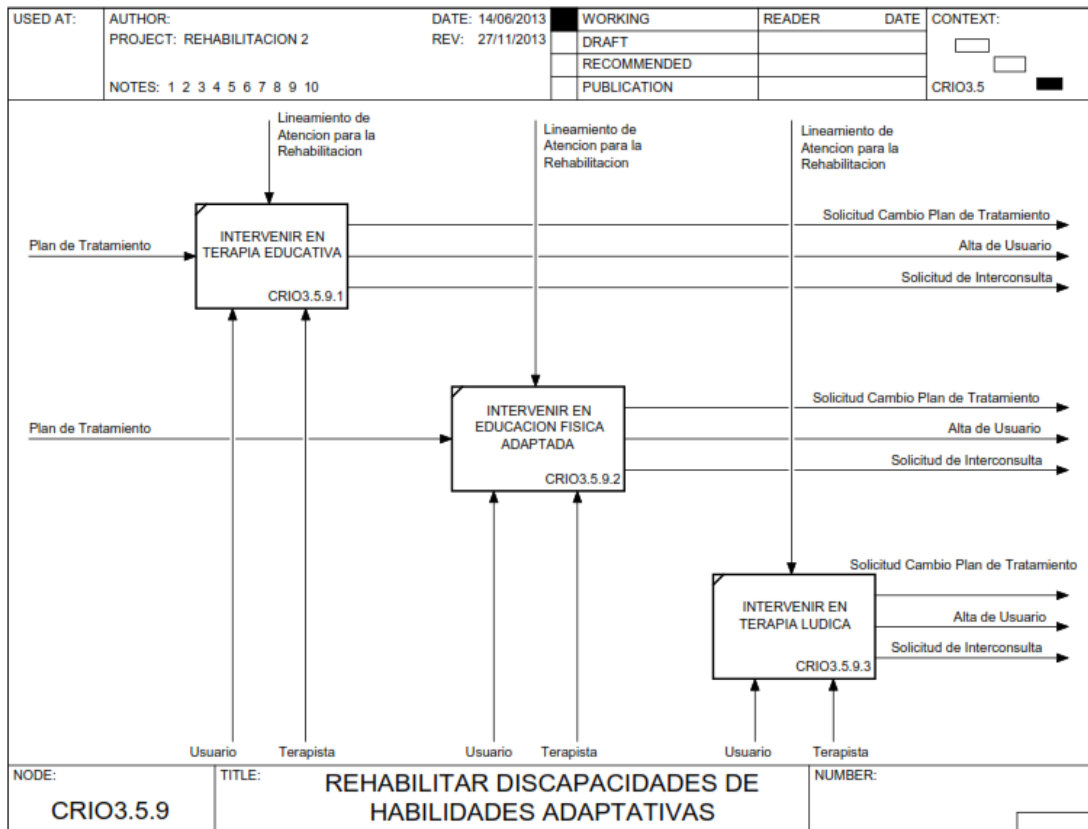


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)



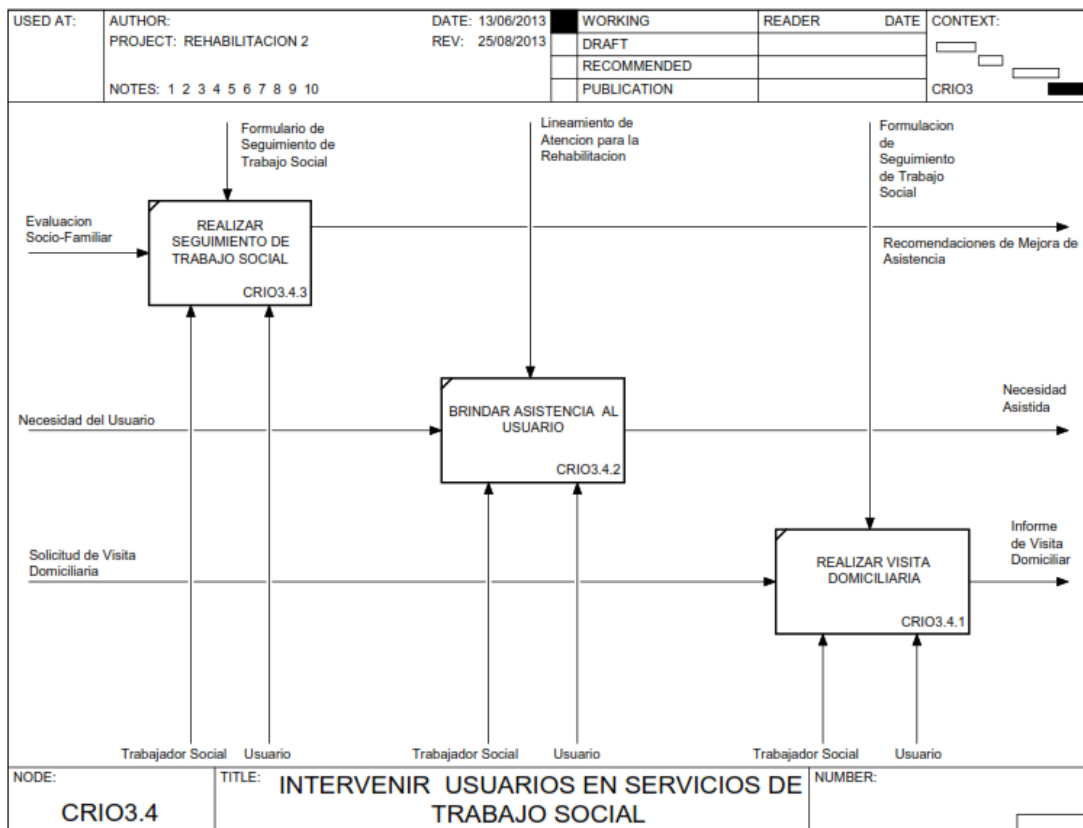
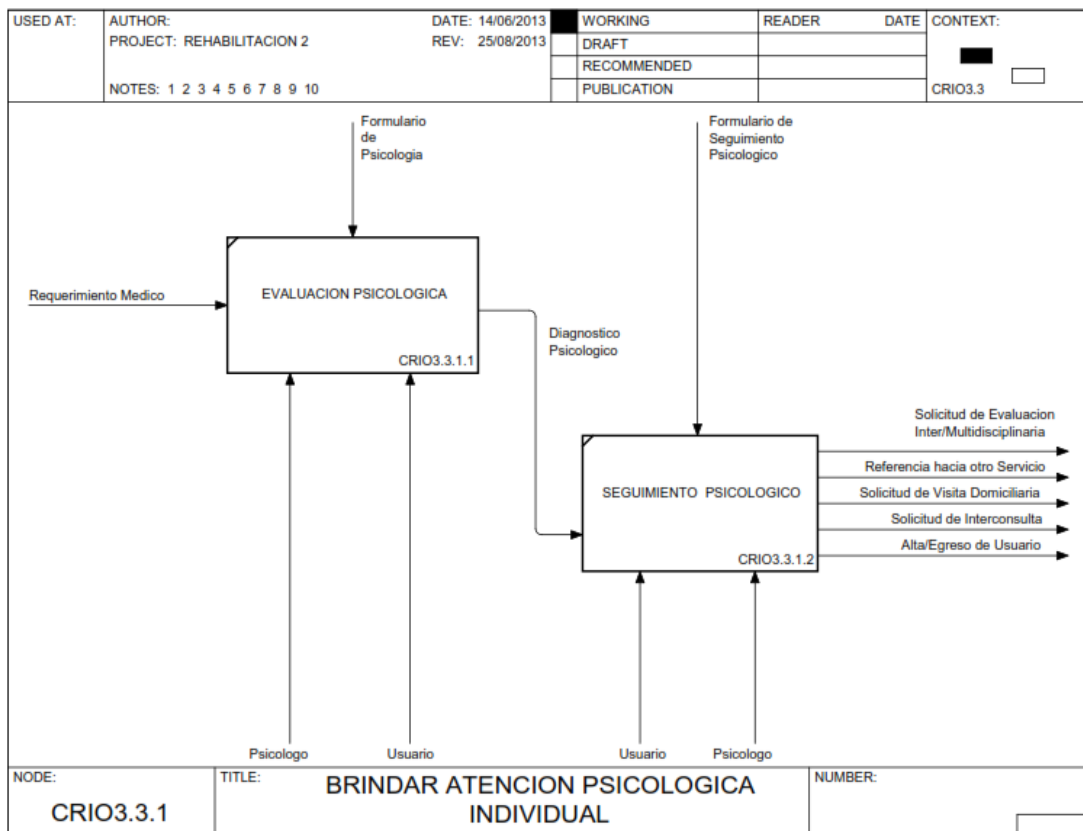


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)





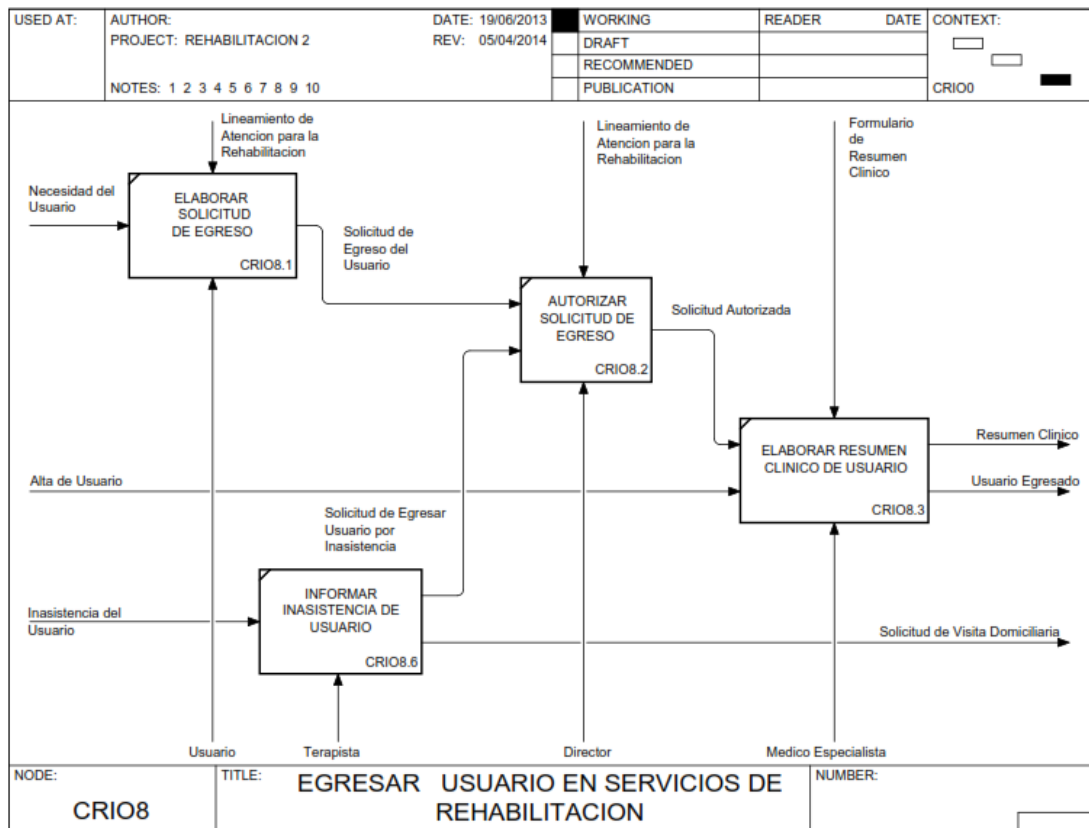
Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)



1.3. Egresar Usuarios

Egresar al Usuario de los servicios de Rehabilitación prestados por el centro

- 1.3.1. Elaborar solicitud de egreso: Manifiestar la causa o razón por la cual de dejar de asistir a los servicios que ofrece el centro.
- 1.3.2. Autorizar solicitud de egreso: Analizar la razón por la cual se establece las solicitudes de egreso, para la búsqueda de soluciones.
- 1.3.3. Elaborar resumen clínico del usuario: Presentar el historial del usuario de los servicios recibidos en el centro, estableciendo un historial de la situación de ingreso del usuario, y los diferentes servicios que el usuario ha recibido, y estableciendo la situación final a la fecha.



4.4.4 Automatización de Procesos

4.4.4.1 Selección de Herramienta para Modelamiento de Procesos

Debido a que en el mercado se encuentran una gran cantidad de aplicaciones para que permitan el modelamiento y automatización de procesos, se procederá a establecer una metodología, para seleccionar



la herramienta a utilizar en la investigación, para esto a continuación se describen una serie de criterios que se utilizaran para la selección de la misma.

Modelamiento: La aplicación deberá tener la capacidad describir mediante un lenguaje lógico de modelado la secuencia del proceso.

Automatización: La aplicación deberá brindar alternativas para la automatización sea parcial o total del proceso modelado.

Gestión: La aplicación deberá ser capaz de generar reportes de indicadores claves de desempeño, sean predeterminados o diseñados por el usuario.

Flexibilidad: La aplicación deberá permitir el cambio en la estructura del proceso o procedimiento, de manera fácil y sin mayor complejidad o demora.

Plataforma: La aplicación deberá estar disponible y compatible según las especificaciones técnicas del equipo informático proporcionado por el CRIO.

Licencia: La aplicación se evaluará según la cantidad de usuarios permitidos por licencia, y el soporte que incluye.

El software o aplicaciones a ser evaluadas son las siguientes:

1. **Activity Modeler:** Software con Motor Open Source escrito en Java, el cual permite el modelamiento mediante lenguaje BPMN 2.0
2. **Bonita Studio:** Es un software de BPM y flujo de procesos tipo open-Source, el cual permite el diseño interactivo para el modelamiento de procesos con el usuario.
3. **jBPM:** es un motor de flujo del trabajo tipo open-Source que permite el modelamiento BPMN 2.0.
4. **yEd:** es un motor de flujo del trabajo tipo open-Source que permite el modelamiento BPMN 2.0.

Estas aplicaciones fueron seleccionadas preliminarmente debido a que tienen gran popularidad por expertos en la modelación BPM.

| Criterio | Activity | Bonita Studio | jBPM | yEd |
|----------------|-------------|-----------------------|--------|----------|
| Modelamiento | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Automatización | X | ✓ | X | X |
| Gestión | X | ✓ | X | ✓ |
| Flexibilidad | X | ✓ | ✓ | ✓ |
| Licencia | Propietario | Open Source- Libre | Apache | Freeware |

Mediante la matriz anterior se procede a elegir la herramienta Bonita BPM Studio, debido que es la única que cumple con los requerimientos y criterios establecidos anteriormente.

4.4.4.2 Selección de procesos a modelar

Según el mapa de procesos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, el objetivo misional del centro es brindar un servicio integral de rehabilitación, lo cual se convierte en el proceso clave, como se describe en el apartado anterior.

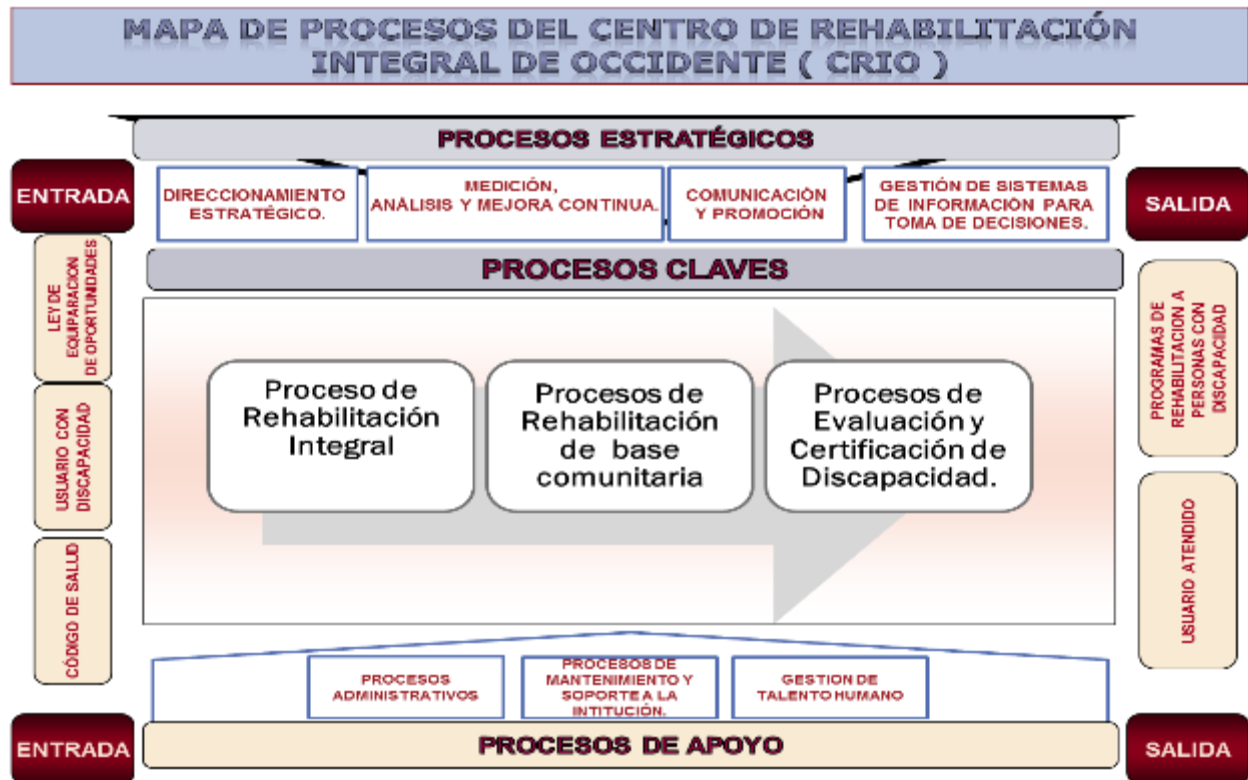


Figura 38 - Mapa de procesos

Es por tal motivo, que la automatización de procesos se centrara en la mejora del proceso principal del centro.

El cual se subdivide en 3 procesos:

- 1- Ingresar usuarios a los servicios de rehabilitación
- 2- Intervenir usuarios a los servicios de rehabilitación
- 3- Egresar usuarios a los servicios de rehabilitación.

4.4.4.3 Modelamiento de Procesos en Aplicación

A continuación se presenta el procedimiento de Ingreso de Obtener Información del Usuario, el cual inicia con la recepción o contacto inicial del usuario, el cual expresa la razón o motivo de la visita al centro, y finaliza con la apertura del expediente clínico del usuario en el centro.

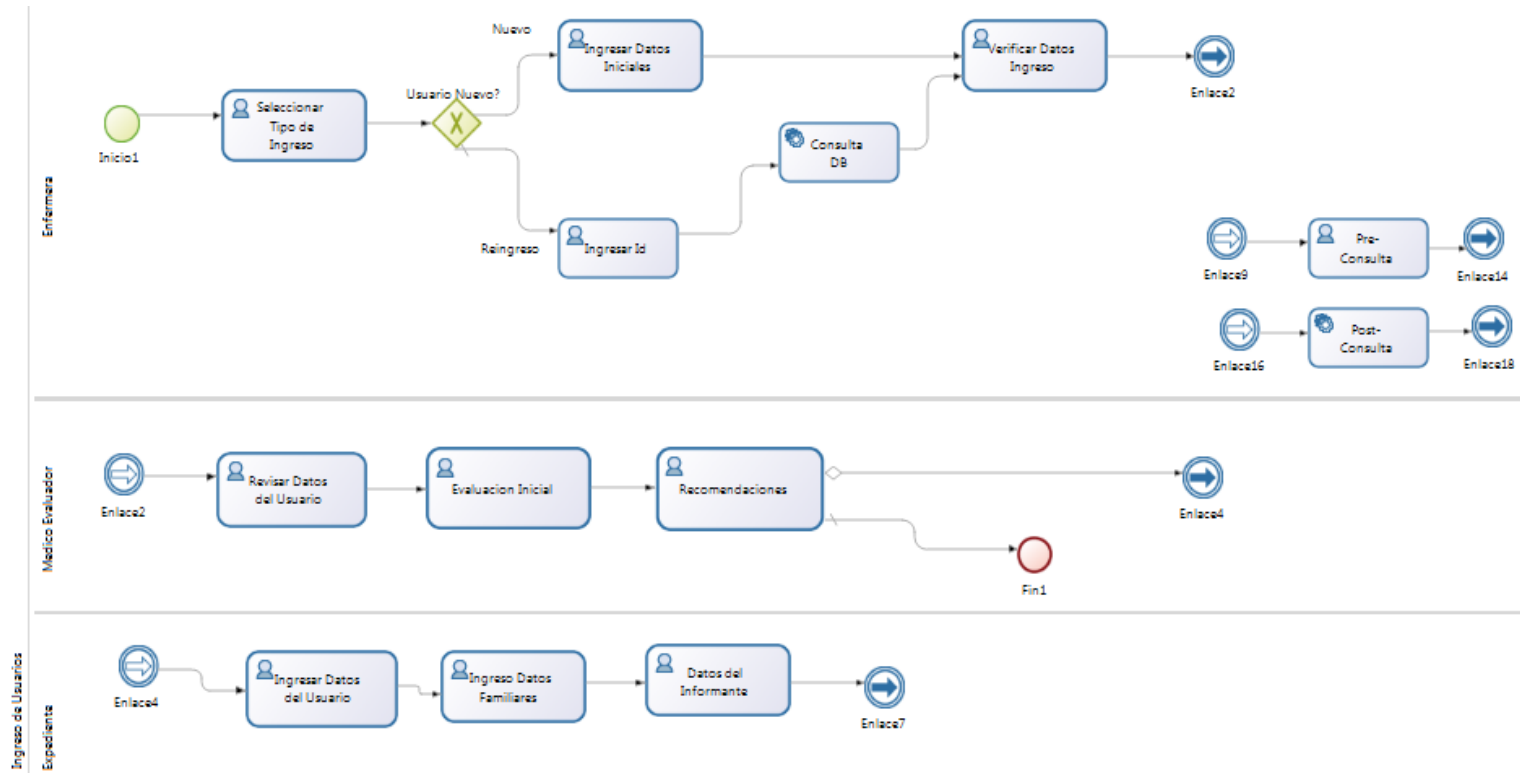


Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

Nombre del Proceso

Descripción

Obtener Información del Usuario



- 1- El usuario llega al centro y es atendido por la enfermera, este expresa el motivo de la visita, y es buscado en la base de datos del centro, de lo contrario se ingresan los datos generales.
- 2- El usuario es remitido con el medico evaluador, el cual determinara si el usuario amerita el ingreso al centro, este ingresa los diferentes exámenes a la base de datos.
 - a. Si el usuario es aceptado, se envía a expediente.
 - b. Si el usuario no es aceptado, finaliza el proceso.

El auxiliar de estadística, ingresa los datos del usuario, para la apertura del expediente a la base de datos.



A continuación se presenta la lista de variables utilizadas, las variables son en programación identificadores que permiten el almacenaje de información en ellas, en este sentido se diseñara y declararan variables según la necesidad de detalle que se desea agregar a la automatización.

Tabla 75 - Lista de variables utilizadas en automatización

| Nombre Variable | Descripción | Tipo |
|-------------------------------|---|---------------|
| tipolIngreso | Indica si el usuario ya ha sido anteriormente en el centro. | Boolean |
| primerNombreUsuario | Contendrá el primer nombre del usuario | Texto |
| segundoNombreUsuario | Contendrá el segundo nombre del usuario | Texto |
| primerApellidoUsuario | Contendrá el primer apellido del usuario | Texto |
| SegundoApellidoUsuario | Contendrá el segundo apellido del usuario | Texto |
| fechaUsuario | Contendrá la fecha de nacimiento del usuario | Fecha |
| generoUsuario | Contendrá el género del usuario | Texto (Lista) |
| direccionUsuario | Contendrá la dirección del usuario | Texto |
| motivoConsulta | Contendrá el motivo o razón por la cual el usuario asistió al centro. | Texto |
| evaluacionInicial | Contendrá la información de la evaluación inicial del usuario | Texto |
| dxUsuario | Contendrá el diagnostico presuntivo del usuario | Texto |
| Recomendaciones | Contendrá recomendaciones médicas para el tratamiento del usuario | Texto |
| permitirIngresoUsuario | Decisión sobre la aceptación del usuario | Boolean |



| Compuerta | | Descripción | Tipo |
|-----------------|--|---|------|
| ¿Usuario Nuevo? | | Decidirá el camino si el usuario ya tiene expediente en el centro o se ingresan datos nuevos. | XOR |

| Usuario | Tarea | Descripción | Tipo |
|------------------|-----------------------------|--|------------|
| Enfermera | Seleccionar Tipo de Ingreso | Se decidirá si el usuario, ya ha sido atendido anteriormente en el centro. | Humana |
| Enfermera | Ingresar Datos Iniciales | Se ingresara información de identidad del usuario | Humana |
| Enfermera | Verificar Datos Ingreso | Se verificaran los datos ingresados anteriormente, para detectar errores | Humana |
| Enfermera | Ingresar Id | Si el usuario ya ha sido atendido se ingresara el número de expediente. | Humana |
| Enfermera | Consulta BD | Tarea buscara en BD información del usuario según número de expediente | Automática |
| Medico Evaluador | Verificar Datos Consulta | Se verificara la identidad del usuario | Humana |
| Medico Evaluador | Evaluación Inicial | Se ingresara la evaluación inicial, y el diagnostico presuntivo del usuario | Humana |
| Medico Evaluador | Recomendaciones | Se establecerán recomendaciones para el tratamiento del usuario en el tratamiento, y se decidirá si el usuario es ingresado al centro. | Humana |

A continuación se presentan las capturas de pantalla, para el sub-proceso de Obtener Información del Usuario



Capturas de Pantalla

Tarea

Bonitasoft Ingreso de Usuarios [walter.bates](#) | [Cerrar sesión](#) | [Bonita BPM Portal](#)

Seleccionar Tipo de Ingreso

Es Usted Usuario Nuevo?

Haga clic en la casilla si es Usuario Nuevo

ENVIAR

Seleccionar Tipo de Ingreso

Seleccionar Tipo de Ingreso

Bonitasoft Ingreso de Usuarios [walter.bates](#) | [Cerrar sesión](#) | [Bonita BPM Portal](#)

Ingresar Datos Iniciales

Primer Nombre Segundo Nombre
Primer Apellido Segundo Apellido
Fecha de Nacimiento Genero
 Masculino
 Femenino
Direccion
Motivo de Consulta

ENVIAR

Ingresar Datos Iniciales

Bonitasoft Ingreso de Usuarios [walter.bates](#) | [Cerrar sesión](#) | [Bonita BPM Portal](#)

Verificar Datos Ingreso

Primer Nombre Segundo Nombre
Primer Apellido Segundo Apellido
Fecha de Nacimiento Genero
 Masculino
 Femenino
Direccion
Motivo de Consulta

ENVIAR

Verificar Datos Ingreso



Revisar Datos del Usuario

| | |
|-----------------------|---------------------------------|
| Primer Nombre | Segundo Nombre |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Primer Apellido | Segundo Apellido |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Fecha de Nacimiento | Genero |
| <input type="text"/> | <input type="radio"/> Masculino |
| | <input type="radio"/> Femenino |
| Dirección del Usuario | |
| <input type="text"/> | |
| Motivo de Consulta | |
| <input type="text"/> | |

ENVIAR



Evaluación Inicial

| |
|--------------------------------|
| Evaluación Inicial del Usuario |
| <input type="text"/> |
| Diagnostico Presuntivo |
| <input type="text"/> |

ENVIAR



Recomendaciones

| |
|------------------------------|
| Recomendaciones |
| <input type="text"/> |
| Permitir Ingreso del Usuario |
| <input type="checkbox"/> |

ENVIAR



Ingresar Datos del Usuario

| | |
|---------------------------------------|----------------------|
| Primer Apellido | Segundo Apellido |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Primer Nombre | Segundo Nombre |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Genero Masculino | Estado Casado(a) |
| Fecha de Nacimiento | DUI |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ocupacion Estudiante | Telefono de Contacto |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Direccion | |
| <input type="text"/> | |
| <input type="button" value="ENVIAR"/> | |



Ingreso Datos Familiares

| | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Nombre de la madre | |
| <input type="text"/> | |
| Nombre del padre | |
| <input type="text"/> | |
| Nombre del conyugue | |
| <input type="text"/> | |
| Direccion del responsable | Telefono del Responsable |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="button" value="ENVIAR"/> | |



Datos del Informante

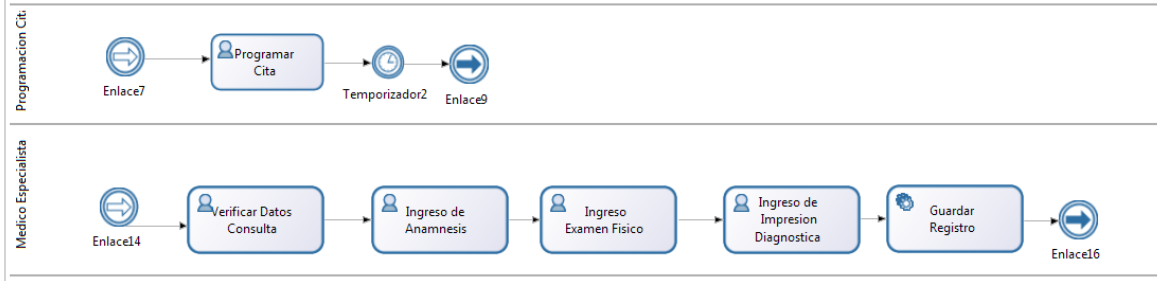
| | |
|---------------------------------------|----------------------|
| Nombre del Informante | |
| <input type="text"/> | |
| Parentesco | DUI |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Direccion | Telefono |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="button" value="ENVIAR"/> | |



Nombre del Proceso

Descripción

Ingresar Usuarios a los Servicios Médicos y de Apoyo



- 1- Cuando el usuario cumple con los requerimientos para ser ingresado a los servicios del centro, procede a obtener cita con el médico especialista, según su diagnóstico presuntivo.
- 2- El usuario es atendido por la enfermera para preparación a consulta, esta ingresa:
 - a. Peso.
 - b. Altura
 - c. Presión
- 3- El usuario es examinado por el médico, este:
 - a. Verifica los datos, ingresa el historial clínico del usuario.
 - b. Ingresar los resultados del examen físico.
 - c. Ingresar cual es la impresión diagnóstica presuntiva.
 - d. Ingresar el plan de tratamientos.
- 4- El usuario, es referido por la enfermera según instrucciones del médico al área de terapia para evaluación.

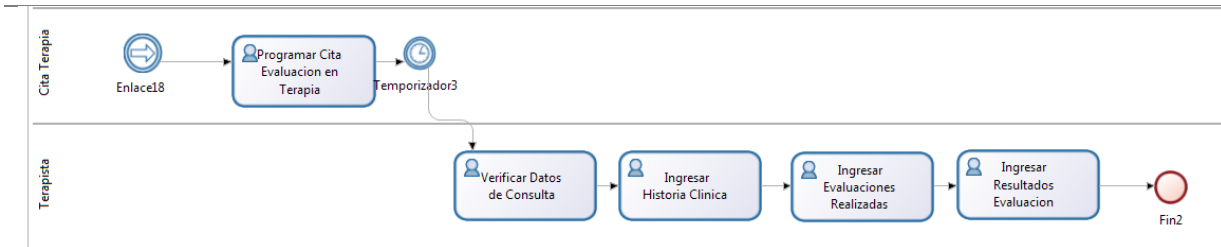


Nombre del Proceso

Descripción

Ingresar Usuarios a Servicios Terapéuticos

- 1- El usuario es referido al módulo de terapias por el médico especialista, este programa su cita de evaluación inicial en terapia.
- 2- El usuario asiste a su evaluación inicial en terapia, y el terapeuta ingresa los siguientes datos:
 - a. Verifica los datos de los usuarios.
 - b. Ingresa el historial clínico del usuario.
 - c. Ingresa las evaluaciones a establecer.
 - d. Ingresa resultados de evaluaciones.





4.4.5 Recursos necesarios

Para la automatización de procesos será necesario de dotar con una computadora a cada usuario interno/empleador ya que mediante esta se maneja el flujo del proceso, así también con el BPM se podrá controlar la carga de trabajo y rendimiento de cada usuario; a continuación se presenta la distribución y el número de computadoras necesarias para cada área y usuarios, en total se necesitan 37 equipos.

| Planta | Atención | Área | Número de Usuarios |
|--------------|--------------------------------|----------------|--------------------|
| 1 | Atención Adultos. | Gimnasio | 2 |
| | | Hidroterapia | 1 |
| | | Piscina | 1 |
| | | T. Ocupacional | 3 |
| | | T. Física | 6 |
| | | T. Lenguaje | 1 |
| | | Electroterapia | 2 |
| 2 | Atención Niñez y Adolescencia. | T. Educativa | 1 |
| | | T. Ocupacional | 1 |
| | | T. Lenguaje | 4 |
| | | T. Física | 4 |
| | | Gimnasio | 2 |
| | | T. Lúdica | 1 |
| 3 | Mezenine | Medico | 5 |
| | | Apoyo | 3 |
| TOTAL | | | 37 |

Así también para la automatización de procesos no solamente será necesario el equipo informático, sino que también es necesario la instalación de una red informática, la cual permitirá la interconexión de las computadoras y la relación con la base de datos.



Para esto es necesario la infraestructura de la Red LAN para la conexión entre los equipos, un Router o Switch, así también un Servidor que controlara el flujo de datos y la relación con la base de datos.

| Equipo | Cantidad |
|--------------------------------|-----------------|
| Switch D-Link 3028P 24P | 2 |
| Caja Cable UTP 1000F | 1 |
| Servidor de Torre DELL | 1 |
| Canaleta | 297 mts |
| Anclas | 297 und |

CAPITULO V: GESTIÓN DE INDICADORES.

DISEÑO DE GUIA DE INDICADORES DE GESTIÓN PARA LA MEDICIÓN DE LOS PROCESOS.

Consistirá en el diseño de indicadores claves que permitirán monitorear el comportamiento de las variables que se desean controlar en el centro. Se establecerán fichas de indicadores los cuales contendrán la información necesaria para el cálculo del indicador y los estándares que faciliten el análisis del resultado obtenido. Para este diseño se utilizara la siguiente metodología, la cual consiste en el ciclo para construcción de indicadores:



5. **Identificación de la misión:** En esta etapa se identificara cual es la misión del proceso, producto o servicio que se ofrece, y mediante esto se establecerá, que es lo que el indicador tiene que medir para controlar el proceso.
6. **Diseño de indicadores:** Una vez establecidos los servicios, procesos que se desean controlar, se diseñará la metodología de control y gestión de los indicadores la cual comprende:



- a. *Establecer misión del objetivo.*
- b. *Establecer mecanismo de toma, registro y análisis del indicador.*
- c. *Establecer los parámetros de control del indicador.*

7. **Validar Indicadores:** *El indicador deberá someterse a una autoría para la verificación y validación de la información obtenida mediante este, por lo cual se deberá diseñar un procedimiento, para análisis y mejora de indicadores, que sirva de retroalimentación a la gestión de indicadores.*

8. **Comunicar e Informar:** *Un indicador sirve para medir objetivos específicos en un proceso, es por ello que el indicador se deberá difundir entre los diferentes involucrados del proceso, para que exista concientización con enfoque a objetivos y metas.*

5.1 **Diseño de Guía de Indicadores de Gestión del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)**

Un INDICADOR es una expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la que comparada con periodos anteriores o bien frente a una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo¹⁵.

Los indicadores sirven para establecer el logro y el cumplimiento de la misión, objetivos, metas, programas o políticas de un determinado proceso o estrategia, por esto podemos decir que son ante todo, la información que agrega valor y no simplemente un dato, ya que los datos corresponden a unidades de información que pueden incluir números, observaciones o cifras, pero si no están ligadas a contextos para su análisis carecen de sentido. Por su parte la información es un conjunto organizado de datos, que al ser procesados, pueden mostrar un fenómeno y dan sentido a una situación en particular. Gráficamente se puede expresar como sigue:

¹⁵ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Guía para diseño, construcción e interpretación de indicadores, p. 13.

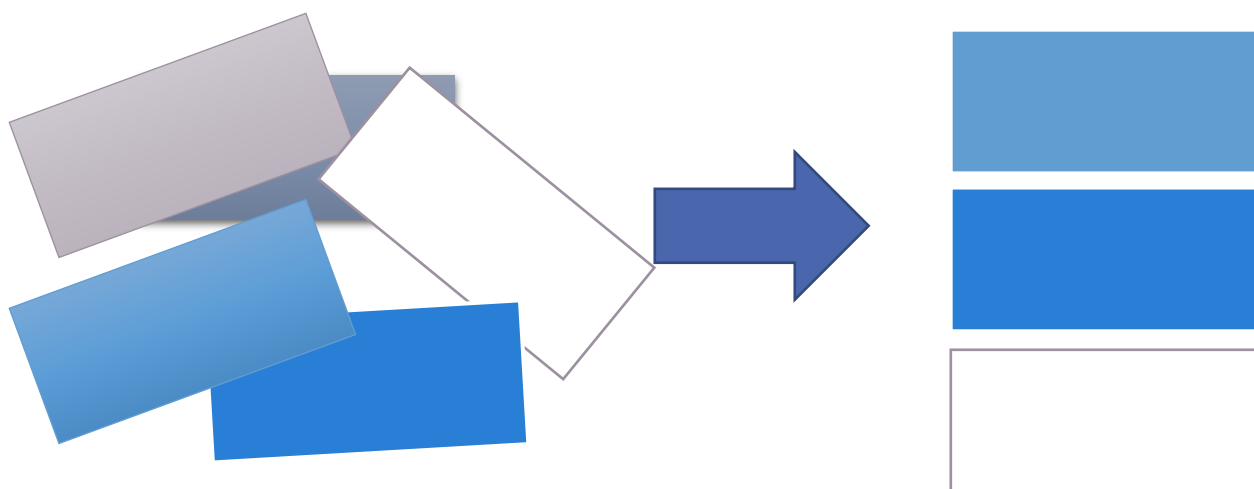


Figura 39 - Proceso de convertir datos en información

En este sentido, los indicadores se convierten en uno de los elementos centrales de evaluación de los diferentes sistemas que implementan y desarrollan las entidades, ya que permiten, dada su naturaleza, la comparación en la organización (Referencia interna) o al exterior de la misma (Referencia externa colectiva) desde el sector donde se desenvuelve.

Los indicadores permiten evidenciar el nivel de cumplimiento acerca de lo que está haciendo la organización y sobre los efectos de sus actividades, a través de la medición de aspectos tales como:

- Recursos: Como talento humano, presupuesto, planta y equipos.
- Cargas de Trabajo: Como estadísticas y metas que se tengan para un período de tiempo determinado y el tiempo y número de personas requeridas para realizar una actividad.
- Resultados: Como ciudadanos atendidos, oficios respondidos, ejecución del cronograma, niños vacunados, kilómetros construidos, etc.
- Impacto: De los productos y/o servicios, tales como enfermedades prevenidas, impuestos recolectados, niveles de seguridad laboral alcanzados.⁹
- Productividad: Como casos atendidos por profesionales, solicitudes procesadas por persona, llamadas de emergencia atendidas.
- Satisfacción del Usuario: Como el número de quejas recibidas, resultados de las encuestas, utilización de procesos participativos, visitas a los clientes.



- *Calidad y Oportunidad del Producto y/o Servicio: Como tiempos de respuesta al usuario, capacidad para acceder a una instancia, racionalización de trámites.*

5.1.1 Características de los indicadores

Los indicadores deben cumplir con unos requisitos y elementos para poder apoyar la gestión en el cumplimiento de los objetivos institucionales. Las características más relevantes son las siguientes:

- **Oportunidad:** *Deben permitir obtener información en tiempo real, de forma adecuada y oportuna, medir con un grado aceptable de precisión los resultados alcanzados y los desfases con respecto a los objetivos propuestos, que permitan la toma de decisiones para corregir y reorientar la gestión antes de que las consecuencias afecten significativamente los resultados o estos sean irreversibles.*
- **Excluyentes:** *Cada indicador evalúa un aspecto específico único de la realidad, una dimensión particular de la gestión. Si bien la realidad en la que se actúa es multidimensional, un indicador puede considerar alguna de tales dimensiones (económica, social, cultural, política u otras), pero no puede abarcarlas todas.*
- **Prácticos:** *Que se facilite su recolección y procesamiento.*
- **Claros:** *Ser comprensible, tanto para quienes lo desarrollen como para quienes lo estudien o lo tomen como referencia. Por tanto, un indicador complejo o de difícil interpretación que solo lo entienden quienes lo construyen debe ser replanteado.*
- **Explícitos:** *Definir de manera clara las variables con respecto a las cuales se analizará para evitar interpretaciones ambiguas.*
- **Sensibles:** *Reflejar el cambio de la variable en el tiempo.*
- **Transparente/Verificable:** *Su cálculo debe estar adecuadamente soportado y ser documentado para su seguimiento y trazabilidad.*

5.1.2 Construcción de Indicadores



Figura 40- Ciclo Básico para el proceso de construcción de indicadores

5.1.3 Identificación de la Misión.

Para la construcción de indicadores es necesario hacer una reflexión profunda de la organización dando respuesta a las siguientes preguntas¹⁶:

¿Qué se hace? Con esta pregunta se pretende que la entidad describa sus actividades principales que permiten cumplir con la razón de ser por la cual fue creada.

¿Qué se desea medir? Debe realizarse la selección de aquellas actividades que se consideren prioritarias. Para ello se trata de establecer una relación valorada (por ejemplo, de 0 a 10) según el criterio que se establezca que permita priorizar todas las actividades. En esta reflexión puede analizarse bajo el tiempo dedicado por el personal de la organización en cada actividad, dado que resulta recomendable centrarse en las tareas que consuman la mayor parte del esfuerzo.

¹⁶ GUINART I., Joseph María. Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas. Ponencia VII Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá, 2003.



¿Qué se desea medir? Debe realizarse la selección de aquellas actividades que se consideren prioritarias. Para ello se trata de establecer una relación valorada (por ejemplo, de 0 a 10) según el criterio que se establezca que permita priorizar todas las actividades. En esta reflexión puede analizarse bajo el tiempo dedicado por el personal de la organización en cada actividad, dado que resulta recomendable centrarse en las tareas que consuman la mayor parte del esfuerzo.

¿Quién utilizará la información? Una vez descritas y valoradas las actividades se deben seleccionar los destinatarios de la información, ya que los indicadores deben definir sustancialmente en función de quién los va a utilizar.

¿Cada cuánto se debe medir? En esta fase de la reflexión debe precisarse la periodicidad con la que se desea obtener la información. Dependiendo del tipo de actividad y del destinatario de la información, los indicadores habrán de tener una u otra frecuencia temporal en cuanto a su presentación.

¿Con qué se compara? Finalmente, deben establecerse referentes respecto a su estructura, proceso o resultado, que pueden ser tanto internos a la organización, como externos a la misma y que servirán para efectuar comparaciones.

5.1.3.1 Identificación y/o Revisión de Productos y Objetivos que serán medidos

Según el plan anual del ISRI y por ende del CRIO, la misión institucional es “Somos la Institución pública autónoma cuya finalidad es la provisión de servicios especializados de rehabilitación a personas con discapacidad, brindándolos con calidad y calidez, en coordinación entre el usuario y su grupo familiar, organizaciones e instituciones relacionadas, a fin de desarrollar las habilidades y destrezas necesarias para lograr su independencia funcional, calidad de vida y plena inclusión social”.

Por lo cual el principal objetivo estratégico del CRIO es “Brindar servicios de rehabilitación integral a la población con discapacidad en las áreas físicas, intelectuales, sensoriales, psicológicas y mixtas”, y el servicio y/o proceso clave a ofrecer es el **Proceso de Rehabilitación Integral**; el cual según el Mapa de Procesos, se compone de 3 procesos subsecuentes:

1. *Ingreso a los Servicios de Rehabilitación Integral*
2. *Intervención a los Servicios de Rehabilitación Integral*
3. *Egreso de los Servicios de Rehabilitación Integral.*



5.1.4 Diseño de Indicadores

5.1.4.1 Establecer Medidas de Desempeño Claves

Para este campo la pregunta claves es ¿Cuántos indicadores construir?

Podemos clasificar los indicadores según el tipo de indicador o información que brindaran:

- **Indicadores Epidemiológicos:** Estos brindaran información del perfil epidemiológico de los diferentes usuarios, y servirán de retroalimentación sobre la prestación del servicio a ofrecer en el Centro de Rehabilitación de Occidente.

Entre los indicadores epidemiológicos podrían establecerse:

- Demanda de servicios por locación
- Demanda de usuarios por Diagnostico
- Demanda de servicios por edad

- **Indicadores del Proceso:** Estos servirán para el control de los recursos o las entradas del proceso, evaluaran la relación entre los recursos y el grado de aprovechamiento del proceso de rehabilitación. Entre estos indicadores podemos encontrar:

- Eficiencia del proceso
- Demanda de usuarios por tipo de servicio
- Rotación de Cupos
- Tiempos de Atención promedio por proceso

- **Indicadores del Proceso de gestión de la Agenda Médica:** Estos servirán para el control de los tiempos de atención que los usuarios esperan para recibir su consulta especialista. Entre estos indicadores podemos encontrar:

- Tiempo promedio de espera de consulta médica por Prioridad:
- Nivel de cumplimiento de estándares de espera por prioridad
- Actividad e Inactividad del Personal Médico
- Porcentaje de Inasistencia del Usuario.
- Porcentaje de usuarios por especialidad médica.

- **Indicadores de satisfacción del cliente:** Estos Indicadores servirán para medir la eficiencia de los mecanismos diseñados para la evaluación de satisfacción de los usuarios. Entre estos indicadores podemos encontrar:

- Nivel de Resolución de Quejas.



- Nivel de calidad del servicio.
- Nivel de satisfacción del cliente externo.
- Nivel de satisfacción del cliente interno.

5.1.4.2 Asignar las responsabilidades

Sera responsabilidad de los mandos medios del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, la toma y recopilación de datos, realizando las tabulaciones necesarias para obtener información en forma de indicadores; así también será responsabilidad de la dirección junto con un equipo de mejora continua la interpretación, análisis de los indicadores para la toma de decisiones que mejoren la gestión en el Centro.

5.1.4.3 Estructura Básica de los Indicadores¹⁷

- **Nombre del indicador:** Denominación del indicador.
- **Objetivo:** Señalara el para que se estableció el indicador y que es lo que se mide.
- **Proceso del indicador:** Describirá el mecanismo o procedimiento para la toma de datos del indicador.
- **Responsabilidad:** Indicara el proceso dueño del indicador y, por lo tanto, los responsables de las acciones que se deriven del mismo.
- **Usuarios del indicador:** Se establecerán quienes serán los clientes, y que directa o indirectamente necesitan conocer el indicador.
- **Recursos:** Describirá el personal, instrumentos, informáticos, que participaran y permitirán la recolección de datos.
- **Formula del indicador:** Método para el cálculo del indicador.
- **Nivel de Referencia:** Pueden ser metas, datos históricos, un estándar establecido, un requerimiento del cliente o de la competencia, o una cifra acordada por consenso con el grupo.
- **Punto de Lectura:** Debe tenerse claro en qué punto se llevara a cabo la medición.
- **Gráfico:** Se graficara la tendencia del indicador en un periodo de tiempo establecido.

¹⁷ GUINART I., Joseph María. Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas. Ponencia VII Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá, 2003.



5.1.4.4 Hoja Metodológica del Indicador

A continuación se presenta la Hoja Metodológica sugerida que constituye un instrumento que permite identificar los factores importantes al documentar un indicador. Tales como entidad, proceso, formula, variables, unidad de medida, metas, entre otros.

Tabla 76 - Ficha técnica de indicadores

FICHA TECNICA DE INDICADORES

CODIGO:

VERSION:

FECHA:

Nombre del Proceso

Objetivo del Proceso

Procesos que suministran información

Responsable de calcular

Responsable de Analizar

Usuarios de la información
recolectada

Objetivo o descripción del Indicador

Tipo de Indicador

Fórmula para calcular el indicador

Frecuencia Recolección

Fuente de Datos





5.1.5 Validar Indicadores

La etapa de validación es muy importante, ya que se debe permitir asegurar la transparencia y confiabilidad del indicador, para que este constituya una herramienta para la toma de decisiones y la rendición de cuentas. Para poder realizarla el indicador debe ser auditado o evaluado mediante una serie de criterios por un conjunto multi disciplinario conformado de manera uniforme por la dirección, mandos medios y personales operativos del centro, los cuales deberán examinar los indicadores y analizar su coherencia y la capacidad de cumplir los fines para los cuales fueron construidos. A continuación se presentan a manera de ejemplo una serie de criterios que se pueden seleccionar para dicha evaluación.

Tabla 77 - Criterios para evaluación de indicadores

| CRITERIO | DESCRIPCION |
|--------------|---|
| Pertinencia | Debe referirse a los procesos y productos esenciales que desarrolla cada institución para reflejar el grado de cumplimiento de sus objetivos institucionales. La medición de todos los productos o actividades que realiza la institución genera una saturación de información, tanto en la organización como fuera de esta. |
| Relevancia | Asegurarse de que estoy midiendo los objetivos vinculados a lo estratégico. Cuando se trata de organizaciones que tienen más de un producto o servicio, es conveniente desarrollar un conjunto de indicadores globales que represente su accionar estratégico vinculado a su misión. |
| Homogeneidad | Este criterio implica preguntarse cuál es la unidad de producto (atenciones médicas, asesorías legales, visitas inspectivas, etc.) y, más importante, procurar que dichas unidades de producto sean equivalentes entre sí en términos de los recursos institucionales |



que consumen (horas hombre, cantidad de insumos materiales, etc.). Si no se da la equivalencia para alcanzar las metas se tenderá a ejecutar solo las acciones que demandan relativamente menos recursos, postergando o anulando las más costosas o complejas, que a menudo son las que tienen un mayor impacto sobre la gestión institucional.

Independencia

Los indicadores deben responder en lo fundamental a las acciones que desarrolla y controla la institución o a las variables del entorno que se vean afectadas directamente por esas acciones.

No puede estar condicionado a factores externos, tales como la situación general del país, la labor legislativa del parlamento o la actividad conexas de terceros (públicos o privados).

Costo

La obtención de la información para la elaboración del indicador debe ser a costos que tengan correlación con los recursos que se invierten en la actividad.

Confiabilidad

Digno de confianza, independiente de quien realice la medición. En principio la base estadística de los indicadores debe estar en condiciones de ser auditada por las autoridades de la institución y examinada por observadores externos.

Simplicidad y Comprensividad

Existe una tensión entre ambos criterios: se deben cubrir los aspectos más significativos del desempeño, pero la cantidad de indicadores no



puede exceder la capacidad de análisis de los usuarios, tanto internos como externos. Los indicadores deben ser de fácil comprensión, libre de complejidades.

Oportunidad

Debe ser generado en el momento oportuno dependiendo del tipo de indicador y de la necesidad de su medición y difusión.

No redundancia

Debe ser único y no repetitivo.

Focalizado en áreas controlables

Focalizado en áreas susceptibles de corregir en el desempeño de los organismos públicos, generando a la vez responsabilidades directas en los funcionarios y el personal.

Participación

Su elaboración debe involucrar en el proceso a todos los actores relevantes, con el fin de asegurar la legitimidad y reforzar el compromiso con los objetivos e indicadores resultantes. Esto implica además que el indicador y el objetivo que pretende evaluar sea lo más consensual posible dentro de la organización.

Así también se procederá a establecer un procedimiento para la validación del indicador, el cual podría estar a cargo del comité de calidad, u otro equipo multidisciplinario el cual garantice la transparencia y representatividad de los procesos y áreas del Centro.



| | | |
|--|---|---|
| | <h2>PROCEDIMIENTO DE VERIFICACION DE INDICADORES</h2> | <p>Elaboración: Febrero 2014</p> <p>Revisión: Febrero 2014</p> <p>Pág.: 1/1</p> |
|--|---|---|

| | |
|--|--|
| <p>FINALIDAD: Establecer la metodología para la validación y evaluaciones de los indicadores propuestos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.</p> | <p>APLICA A: Comité de Calidad.</p> |
|--|--|

| Ejecutor | Flujograma | Descripción: |
|-------------------------------|---|--|
| <p>1-7. Comité de Calidad</p> | <pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> S1[Selección de indicadores a validar. 1] S1 --> S2[Selección de criterios de evaluación 2] S2 --> S3[Evaluar y analizar los resultados según criterios. 3] S3 --> D1{El indicador es validado.} D1 -- NO --> S4[Modificar o eliminar el indicador. 4] S4 --> S3 D1 -- SI --> S5[Elaboración de ficha del indicador. 5] S5 --> S6[Documentar y presentar indicador. 6] S6 --> S7[Guardar registro de reunión. 7] S7 --> FIN([FIN]) </pre> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Seleccionar el indicador a validar, y el cual será sometido a evaluación. 2. El comité seleccionara los criterios de evaluación sea estos formulados en conjunto o tomados de la tabla de criterios propuesta. 3. Cada uno de los integrantes evaluara según sus criterios el indicador, para su posterior discusión grupal. 4. En el caso que el indicador no sea validado, se procederá a la modificación de la misión o componente del mismo o a su descarte. |



| | | |
|--|--|--|
| | | <p>5. Si el indicador es validado por el grupo, se procederá a la elaboración de la ficha del indicador, en el cual se detallara su misión, procesos que aplicara, recurrencia de medición, responsable, etc.</p> <p>6. La ficha será documentada y socializada a los responsables y personal y/o procesos que medirá.</p> <p>7. Se guardara registro de la sesión, con el fin que las conclusiones sean documentadas para uso futuro.</p> |
|--|--|--|

5.1.6 Comunicar e Informar

Es importante precisar que los indicadores pueden ser utilizados para diferentes propósitos, dependiendo del objetivo de la evaluación, el ámbito en que se realiza y los usuarios a los que se dirige, por lo que para la comunicación de los resultados es necesario tener en cuenta que los indicadores “no siempre podrán dar cuenta en forma integral del desempeño institucional, requiriéndose de otros antecedentes complementarios para esto, lo que refuerza un uso prudente de esta información”, razón por la cual se hace necesario trabajar baterías de indicadores, que permitan desde diferentes puntos de vista realizar el análisis de la situación y las medidas correctivas de ser necesario.

Así mismo es necesario enfocar la comunicación de acuerdo a los interesados, si los resultados están orientados a la rendición de cuentas a la ciudadanía, su presentación exige en lo posible un componente



educativo, un lenguaje sencillo y entendible, para que puedan cumplirse con las expectativas de dichos usuarios frente a la información suministrada.

Por su parte, los informes para la Alta Dirección o Gerencia, requiere una periodicidad frente a la presentación de informes, de modo tal que pueda dar una línea base para el análisis o una continuidad de los procesos para efectos de una acertada toma de decisiones.

5.1.7 *Guía de Indicadores Claves*

Para medir y controlar los diferentes procesos se procederá a diseñar indicadores claves de desempeño o KPI por sus siglas en ingles Key Performance Index.

Para llevar a cabo estas mediciones, es imprescindible contar con un Sistema de Información Integral en el que se contemplen las diferentes dimensiones de la calidad, se utilicen diferentes métodos para obtener la información, y estén diseñados los indicadores de evaluación precisos.

Es decir, un sistema de evaluación y seguimiento de calidad exige un sistema de información que lo sustente, y que se constituye como la base fundamental para la valoración de la mejora a largo plazo. Éste ha de tener cobertura integral, con el fin de facilitar tanto la obtención de indicadores globales como las fuentes de datos que permitan la gestión de casos y la trazabilidad de los mismos a lo largo del proceso.

Es necesario establecer cuáles serán los indicadores que el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente necesita medir, para controlar los procesos del modelo valorando la eficiencia no sólo desde el punto de vista de la calidad técnica, sino también de la percibida por los usuarios.

Debido a la naturaleza de la instituciones, que ofrecen servicios médicos de rehabilitación, es necesario controlar dos variables claves; la variable epidemiológica, la cual permitirá establecer el perfil epidemiológico, y brindara información hacia donde el centro deberá orientar sus servicios, así también, se deberá controlar las variables del proceso, las cuales permitirán controlar que los recursos empleados en el centro se consuman de manera eficiente, estableciendo un horizonte de planeación de capacidad, estas variables se representaran en indicadores de la siguiente forma:



- **Indicadores Epidemiológicos:**¹⁸ Estos brindaran información del perfil epidemiológico de los diferentes usuarios, y servirán de retroalimentación sobre la prestación del servicio a ofrecer en el Centro de Rehabilitación de Occidente.

Entre los Indicadores Epidemiológicos podrían establecerse:

- Demanda de servicios por locación
- Demanda de usuarios por Diagnostico
- Demanda de servicios por edad

- **Indicadores del Proceso de Rehabilitación:** Estos servirán para el control de los recursos o las entradas del proceso, evaluaran la relación entre los recursos y el grado de aprovechamiento del proceso de rehabilitación. Entre estos indicadores podemos encontrar:

- Eficiencia del proceso
- Demanda de usuarios por tipo de servicio
- Rotación de Cupos
- Tiempos de Atención promedio por proceso

- **Indicadores del Proceso de gestión de la Agenda Médica:** Estos servirán para el control de los tiempos de atención que los usuarios esperan para recibir su consulta especialista como los niveles de cumplimiento de los estándares del centro y evaluaran la relación entre los recursos y el grado de aprovechamiento de los mismos. Entre estos indicadores podemos encontrar:

¹⁸ Ver Apéndice I: Población que padece de alguna limitación permanente según departamento y sexo. Censo 2007, como base para el establecimiento de los estándares epidemiológicos.



Tabla 78 - Indicadores de agenda medica

| <i>Indicador</i> | <i>Descripción</i> |
|---|---|
| Tiempo promedio de espera de consulta médica por Prioridad: | Tiempo promedio que esperan los usuarios según su prioridad desde la solicitud de su cita médica especialista hasta su programación. |
| Nivel de cumplimiento de estándares de espera por prioridad | Porcentaje de cumplimiento de los estándares de tiempo de espera de los usuarios para recibir la consulta médica especialista según su prioridad |
| Actividad e Inactividad del Personal Médico | Porcentaje del tiempo en actividades productivas de los médicos especialistas y el porcentaje de inactividad de los médicos especialistas por ausencia del usuario. |
| Porcentaje de Inasistencia del Usuario. | Porcentaje de inasistencia del usuario a su consulta médica especialista |
| Porcentaje de usuarios por especialidad médica. | Porcentaje según especialidad médica de los usuarios que solicitan sus servicios médicos. |

- **Indicadores de satisfacción del cliente:**

Estos Indicadores servirán para medir la eficiencia de los mecanismos diseñados para la evaluación de satisfacción de los usuarios y cuantificar la satisfacción del usuario. Entre estos indicadores podemos encontrar:

- **Nivel de Resolución de Quejas:** Eficiencia con la cual las quejas son resueltas en el Centro
- **Nivel de calidad del servicio:** Determinar cuántas quejas por cada usuario atendido en un mes.
- **Nivel de satisfacción del cliente externo:** Medirá el grado de satisfacción que tienen los usuarios del Centro respecto al servicio y la atención del personal.
- **Nivel de satisfacción del cliente interno:** Determinara el grado de satisfacción y compromiso que tienen los empleados del Centro respecto al desempeño de sus procesos.



A continuación cada indicador se detallara a través de una hoja metodológica sugerida que contendrá aspectos importantes por cada indicador a continuación se presenta la estructura básica que se seguirá para la ficha técnica de cada indicador:

Estructura Básica de los Indicadores¹⁹

- **Nombre del indicador:** Denominación del indicador.
- **Proceso para medición del indicador:** Denominación del proceso para el Seguimiento y Control del indicador
- **Objetivo del Indicador:** Señalara el para que se estableció el indicador y que es lo que se mide.
- **Procesos que suministran información:** Denominación de los procesos del cual se deriva la información.
- **Responsable de calcular:** El responsable de calcular y controlar los indicadores.
- **Usuarios del indicador:** Se establecerán quienes serán los clientes, y que directa o indirectamente necesitan conocer el indicador para establecer las acciones que se deriven de la medición del indicador.
- **Descripción del Indicador:** Breve descripción del indicador.
- **Tipo de Indicador:** Se clasificara por Incremental, Decremental o Neutro según sea el objetivo del indicador que se espera para la institución ya sea el aumento (Incremento), disminución del mismo (Decremento) o la neutralidad del mismo es decir indicador utilizado como parámetro para decisiones estratégicas.
- **Formula del indicador:** Método para el cálculo del indicador.
- **Nivel de Referencia o Estándar:** Pueden ser metas, datos históricos, un estándar establecido, un requerimiento del cliente o de la competencia, o una cifra acordada por consenso con el grupo.
- **Frecuencia de Recolección:** Periodo de Medición y control de indicador para su análisis.
- **Fuente de Datos:** Describirá el personal, instrumentos, informáticos, que participaran y permitirán la recolección de datos.
- **Presentación del Indicador:** Se graficara la tendencia del indicador en un periodo de tiempo establecido.

A continuación se presentan las fichas de los indicadores planteadas.

¹⁹ GUINART I., Joseph María. Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas. Ponencia VII Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá, 2003. Retomada del capítulo II Gestión de indicadores del presente trabajo

INDICADORES EPIDIOLOGICOS:

Demanda de Servicios por locación

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | |
|---|---|-------------------|---------------------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Demanda de Servicios por locación | | |
| Proceso para medición del Indicador: | <i>Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores.</i> | | |
| Objetivo del Indicador: | Conocer la frecuencia de las locaciones de procedencia de los usuarios del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente | | |
| Procesos que suministran información: | Apertura de Expediente | | |
| Responsable de calcular | Auxiliar de Estadística | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. Comité de Calidad | | |
| Descripción del Indicador | Identificar cuáles son las mayores o más frecuentes locaciones de procedencia de los usuarios del Centro. | | |
| Tipo de Indicador | Neutro | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Demanda de Servicios por Locacion} = \frac{\text{Numero de Usuarios por locación}}{\text{Total de Usuarios Ingresados}}$ | | |
| Estándar: | Ahuachapán: $\geq 24\% \leq 15\%$ Santa Ana: $\geq 45\% \leq 60\%$ Sonsonate $\geq 31\% \leq 24\%$ Otros: $\leq 1\%$ | | |
| Frecuencia Recolección | Trimestral | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Anillo | | |

Demanda de Usuarios por Diagnostico

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | |
|---|---|-------------------|---------------------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Demanda de Usuarios por Diagnostico | | |
| Proceso para medición del Indicador: | <i>Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores.</i> | | |
| Objetivo del Indicador: | Conocer la frecuencia de los diagnósticos de los usuarios del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente | | |
| Procesos que suministran información: | Apertura de Expediente | | |
| Responsable de calcular | Auxiliar de Estadística | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | |
| Descripción del Indicador | Identificar cuáles son las mayores o más frecuentes diagnósticos detectados en los usuarios del Centro. | | |
| Tipo de Indicador | Neutro | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Demanda de Servicios por Diagnostico} = \frac{\text{Numero de Usuarios por Diagnostico}}{\text{Total de Usuarios Ingresados}}$ | | |
| Estándar: | Neuromusculoesqueléticas y de Movimiento $\geq 57\% \leq 62\%$ Las Funciones Sensoriales y de Dolor $\geq 16\% \leq 21\%$ Las Funciones Mentales $\geq 9\% \leq 14\%$ Las Funciones de la Voz y el Habla $\geq 6\% \leq 11\%$ | | |
| Frecuencia Recolección | Trimestral | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Anillo <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>Locaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostico A ■ Diagnostico B ■ Diagnostico C </div> </div> | | |

Demanda de Usuarios por Edad

| | | |
|---|---|---------------------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Demanda de Usuarios por Edad | |
| Proceso para medición del Indicador: | <i>Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores.</i> | |
| Objetivo del Indicador: | Conocer la proporción de edad de los usuarios del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente. | |
| Procesos que suministran información: | Apertura de Expediente | |
| Responsable de calcular | Auxiliar de Estadística | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | |
| Descripción del Indicador | Identificar los rangos de edad de los usuarios del centro de mayor proporción. | |
| Tipo de Indicador | Neutro | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Demanda de Servicios por Edad} = \frac{\text{Numero de Usuarios por Edad}}{\text{Total de Usuarios Ingresaos}}$ | |
| Estándar:²⁰ | Atención Adultos <=55% Atención Niñez y Adolescencia <=45% | |
| Frecuencia Recolección | Trimestral | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Anillo <p>Edades</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 - 5 años ■ 5 - 10 años ■ 10 - 15 años | |

INDICADORES DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN

²⁰Base: Capacidad del Centro según Gestión de los servicios CRIO Junio 2012 a Mayo 2013.



Eficiencia del Proceso

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | | | |
|---|--|-------------------|--|---------------|-------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | | VERSION: 1 | | FECHA: | Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Eficiencia del Proceso | | | | |
| Proceso para medición del Indicador: | <i>Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores.</i> | | | | |
| Objetivo del Indicador: | Medir la eficiencia de los diferentes procesos del Centro. | | | | |
| Procesos que suministran información: | Todos los sub-procesos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente | | | | |
| Responsable de calcular | Jefa de Terapia | | | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | | | |
| Descripción del Indicador | Identificar el nivel de eficiencia de los diferentes procesos del centro mediante el análisis de las atenciones realizadas sobre las atenciones programadas. | | | | |
| Tipo de Indicador | Incremental | | | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Eficiencia del Proceso} = \sum_0^n \frac{\text{Numero de atenciones realizadas}}{\text{Numero de atenciones programadas}}$ | | | | |
| Estándar: | Eficiencia del Proceso >=95% | | | | |
| Frecuencia Recolección | Mensualmente | | | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | | | |
| Presentación del Indicador | <div style="text-align: center;"> <p>Eficiencia del Proceso</p> <p>— Serie 1 — Serie 2 — Serie 3</p> </div> <p style="text-align: right;">Grafico Lineal</p> | | | | |



Demanda de usuarios por tipo de servicio.

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | |
|---|---|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 |
| FECHA: Enero 2014. | |
| Nombre del Indicador: | Demanda de usuarios por tipo de servicio |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. |
| Objetivo del Indicador: | Conocer la proporción de la demanda en los diferentes servicios del Centro. |
| Procesos que suministran información: | Programación de Citas |
| Responsable de calcular | Jefe de Terapias |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. Comité de Calidad |
| Descripción del Indicador | Identificar cuáles son los servicios que tienen mayor demanda. |
| Tipo de Indicador | Neutro |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Demanda de Servicios} = \frac{\text{Numero de Usuarios por Servicio}}{\text{Total de Usuarios}}$ |
| Estándar: | Terapia Física <= 60% Terapia Ocupacional <=20% Terapia de Lenguaje y Psicológica <20% |
| Frecuencia Recolección | Trimestral |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO |
| Presentación del Indicador | <p>Gráfico de Anillo</p> <p>Servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Servicio 1 ■ Servicio 2 ■ Servicio 3 |



Rotación de Cupos

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | |
|---|---|--------------------------|---------------------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | | Rotación de Cupos | |
| Proceso para medición del Indicador: | <i>Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores.</i> | | |
| Objetivo del Indicador: | Medir el nivel de rotación de cupos en el Centro. | | |
| Procesos que suministran información: | Todos los sub-procesos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente | | |
| Responsable de calcular | Jefa de Terapia | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | |
| Descripción del Indicador | Describirá el nivel de rotación de usuarios que tiene el proceso de rehabilitación en periodo | | |
| Tipo de Indicador | Incremental | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Rotacion de Cupos} = \frac{\text{Numero de Egresos}}{\text{Numero de Ingresos}}$ | | |
| Estándar: | Mayor a 1.0 | | |
| Frecuencia Recolección | Mensualmente | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | |
| Presentación del Indicador | <p>Gráfico de Barra</p> <p style="text-align: center;">Rotacion de Cupo</p> <p style="text-align: center;">1 0</p> <p style="text-align: center;">Categoría 1</p> <p style="text-align: center;">■ Serie 1 ■ Serie 2</p> | | |



Tiempos de Atención Promedio por Proceso

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | |
|---|--|-------------------|---------------------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Tiempos de Atención Promedio por Proceso | | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | |
| Objetivo del Indicador: | Presentar el tiempo de atención promedio en las diferentes unidades de atención al usuario del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente | | |
| Procesos que suministran información: | Todos los sub-procesos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente | | |
| Responsable de calcular | Jefa de Terapia | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | |
| Descripción del Indicador | Medirá el tiempo promedio de atención en los diferentes procesos de rehabilitación. | | |
| Tipo de Indicador | Decremental | | |
| Fórmula para calcular el indicador | <p style="text-align: center;">Tiempo de Consulta Promedio</p> $= \sum_0^n \frac{\text{Tiempo de inicio}(n) - \text{Tiempo final}(n)}{n}$ | | |
| Frecuencia Recolección | Mensualmente | | |
| Estándar | 40 minutos <= Atención Medica <=45 minutos. 38 minutos <= Atención Terapia <= 45 minutos 40 minutos <= Atención Psicología <= 45 minutos. | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | |
| Presentación del Indicador | <p>Gráfico de Barras</p> <p style="text-align: center;">Tiempo Promedio de Atención</p> <p style="text-align: center;">Categoría 1 Categoría 2 Categoría 3 Categoría 4</p> <p style="text-align: center;">— Serie 1 — Serie 2 — Serie 3</p> | | |



INDICADORES DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA AGENDA MÉDICA:

A continuación se presenta la ficha técnica de los indicadores para la gestión del proceso de agenda médica:

Tiempo promedio de espera de consulta médica por Prioridad

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|-----|-----|-----|-------------|-----|-----|-----|-------------|-----|-----|-----|-------------|-----|------|-----|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del Indicador: | Tiempo promedio de espera de consulta médica por Prioridad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivo del Indicador: | Conocer el tiempo promedio que esperan los usuarios según su prioridad desde la solicitud de su cita médica especialista hasta su programación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procesos que suministran información: | Proceso de Programación de Cita médica. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsable de calcular | Encargado de Archivo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | Describir el tiempo promedio en días que los usuario según su prioridad espera para recibir su consulta médica especialista desde que solicita su cita hasta su programación; este indicador será determinado por cada uno de los especialistas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Indicador | Decremental | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Tiempo promedio por prioridad} = \frac{\sum \text{tiempos entre solicitud y programación de cita medica por cada especialista}}{\text{total de usuarios solicitantes por prioridad}}$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estándar: | Prioridad 1= <= 7 Días. Prioridad 2= <= 30 Días. Prioridad 3= <= 90 Días. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Recolección | Cada 4 meses. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fuente de Datos | Los datos para el cálculo del indicador serán tomados del sistema de Gestión de la Agenda medica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación del Indicador | <p>Gráfico de Barras.</p> <table border="1"> <caption>Datos del Gráfico de Barras: Tiempos por prioridad</caption> <thead> <tr> <th>Prioridad</th> <th>Tiempo Promedio (días)</th> <th>Estándar Superior (días)</th> <th>Estándar Inferior (días)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Prioridad 1</td> <td>~15</td> <td>~40</td> <td>~10</td> </tr> <tr> <td>Prioridad 2</td> <td>~35</td> <td>~45</td> <td>~15</td> </tr> <tr> <td>Prioridad 3</td> <td>~35</td> <td>~45</td> <td>~15</td> </tr> <tr> <td>Prioridad 4</td> <td>~95</td> <td>~100</td> <td>~80</td> </tr> </tbody> </table> | Prioridad | Tiempo Promedio (días) | Estándar Superior (días) | Estándar Inferior (días) | Prioridad 1 | ~15 | ~40 | ~10 | Prioridad 2 | ~35 | ~45 | ~15 | Prioridad 3 | ~35 | ~45 | ~15 | Prioridad 4 | ~95 | ~100 | ~80 |
| Prioridad | Tiempo Promedio (días) | Estándar Superior (días) | Estándar Inferior (días) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prioridad 1 | ~15 | ~40 | ~10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prioridad 2 | ~35 | ~45 | ~15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prioridad 3 | ~35 | ~45 | ~15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prioridad 4 | ~95 | ~100 | ~80 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



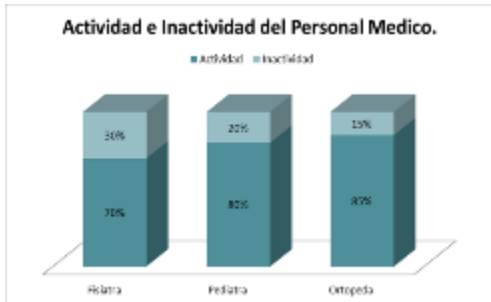
Nivel de cumplimiento de estándares de espera por prioridad

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | |
|---|--|---------------------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Nivel de cumplimiento de estándares de espera por prioridad. | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | |
| Objetivo del Indicador: | Conocer porcentaje de cumplimiento de los estándares de tiempo de espera de los usuarios para recibir la consulta médica especialista según su prioridad | |
| Procesos que suministran información: | Proceso de Programación de Cita médica. | |
| Responsable de calcular | Encargado de Archivo. | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | |
| Descripción del Indicador | Describe el nivel de cumplimiento de la institución con respecto a los estándares de tiempo de espera para consulta médica según prioridad; este indicador también podrá ser analizado por cada especialidad médica y globalmente. | |
| Tipo de Indicador | Incremental | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Nivel de cumplimiento por prioridad} = \frac{\sum \text{Usuarios que cumplen el estandar de tiempo por prioridad}}{\text{total de usuarios solicitantes por prioridad}} \times 100$ | |
| Estándar: | <p><= 85 fuera del estándar mínimo requerido de cumplimiento para la institución.</p> <p>>= 85 cumple con el estándar mínimo de cumplimiento para la institución.</p> | |
| Frecuencia Recolección | Cada 4 meses. | |
| Fuente de Datos | Los datos para el cálculo del indicador serán tomados del sistema de Gestión de la Agenda médica. | |
| Presentación del Indicador | <p>Gráfico de Pastel</p> <p>USUARIOS PRIORIDAD 1</p> <p>■ Dentro del Estándar ■ Fuera del Estándar</p> <p>15% 85%</p> | |




Actividad e Inactividad del Personal Médico.

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | |
|---|---|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 |
| Nombre del Indicador: | Actividad e Inactividad del Personal Médico. |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. |
| Objetivo del Indicador: | Conocer el porcentaje de Actividad de los médicos especialistas y a su vez identificar el porcentaje de inactividad de los médicos especialistas por ausencia del usuario. |
| Procesos que suministran información: | Proceso de Programación de Cita médica. |
| Responsable de calcular | Encargado de Archivo. |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. |
| Descripción del Indicador | Identificar el porcentaje de Actividad del personal médico para poder determinar el aprovechamiento de la capacidad del personal médico y al mismo tiempo el porcentaje de inactividad del personal médico por ausencia del usuario por cada especialidad. Este indicador podrá ser analizado por cada especialidad médica y globalmente. |
| Tipo de Indicador | Incremental |
| Fórmula para calcular el indicador | Actividad del personal médico = $\frac{\sum \text{tiempo efectivo del personal medico}}{\text{total de tiempo disponible}} \times 100$ |
| Estándar: | <= 85 fuera del estándar mínimo requerido de cumplimiento para la institución. >= 85 cumple con el estándar mínimo de cumplimiento para la institución. |
| Frecuencia Recolección | Cada 3 meses. |
| Fuente de Datos | Los datos para el cálculo del indicador serán tomados del sistema de Gestión de la Agenda médica. |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Barras o de Pastel. |





Porcentaje de Inasistencia del Usuario.

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | |
|---|---|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 |
| Nombre del Indicador: | Porcentaje de Inasistencia del usuario. |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. |
| Objetivo del Indicador: | Conocer porcentaje de inasistencia del usuario a las consulta médica especialista |
| Procesos que suministran información: | Proceso de Programación de Cita médica. |
| Responsable de calcular | Encargado de Archivo. |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. |
| Descripción del Indicador | Conocer el Porcentaje de inasistencia del usuario a su consulta médica especialista, Este indicador podrá ser analizado por cada especialidad médica y globalmente. |
| Tipo de Indicador | Decremental |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Porcentaje de Inasistencia del usuario} = \frac{\sum \text{Usuarios inasistentes}}{\text{total de usuarios con cita}} \times 100$ |
| Estándar: | <= 70 fuera del estándar mínimo requerido de cumplimiento para la institución. >= 70 cumple con el estándar mínimo de cumplimiento para la institución. |
| Frecuencia Recolección | Mensualmente |
| Fuente de Datos | Los datos para el cálculo del indicador serán tomados del sistema de Gestión de la Agenda médica. |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Barras o de Pastel.  |



Porcentaje de usuarios por especialidad médica.

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | | | | | | | |
|---|---|--------------|------------|-----------|-----|-----------|-----|-----------|----|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 | | | | | | | | |
| Nombre del Indicador: | Porcentaje de usuarios por especialidad médica. | | | | | | | | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | | | | | | | |
| Objetivo del Indicador: | Conocer porcentaje según especialidad médica de los usuarios que solicitan sus servicios médicos e identificar la especialidad más demandada a fin de controlar mejor los recursos disponibles. | | | | | | | | |
| Procesos que suministran información: | Proceso de Programación de Cita médica. | | | | | | | | |
| Responsable de calcular | Encargado de Archivo. | | | | | | | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | Describe la especialidad médica más demandada por los usuarios lo que proporciona un panorama de las necesidades médicas de los usuarios del centro. | | | | | | | | |
| Tipo de Indicador | Neutro | | | | | | | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Porcentaje de usuarios por especialidad Médica} = \frac{\sum \text{Usuarios con cita programada por especialidad}}{\text{total de usuarios con cita medica especialista}} \times 100$ | | | | | | | | |
| Estándar: | Dato Histórico anterior tomado como referencia. | | | | | | | | |
| Frecuencia Recolección | Cada 3 meses. | | | | | | | | |
| Fuente de Datos | Los datos para el cálculo del indicador serán tomados del sistema de Gestión de la Agenda médica. | | | | | | | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Pastel. <table border="1"> <caption>Usuarios por Especialidad Médica</caption> <thead> <tr> <th>Especialidad</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fisiatras</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>Pediatría</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Ortopedia</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table> | Especialidad | Porcentaje | Fisiatras | 40% | Pediatría | 60% | Ortopedia | 0% |
| Especialidad | Porcentaje | | | | | | | | |
| Fisiatras | 40% | | | | | | | | |
| Pediatría | 60% | | | | | | | | |
| Ortopedia | 0% | | | | | | | | |



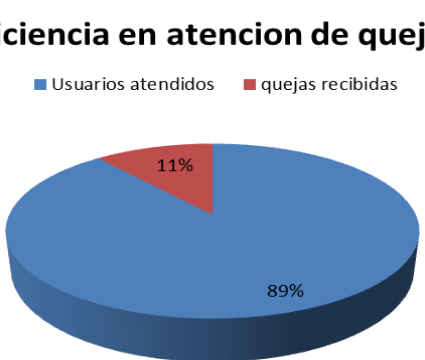
INDICADORES DE SATISFACCION DEL CLIENTE

Nivel de Resolución de Quejas.

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | |
|---|---|
| CODIGO: | SC-001 |
| VERSION: | 1 |
| FECHA: | Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Nivel de Resolución de Quejas |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. |
| Objetivo del Indicador: | Identificar la eficiencia con la cual las quejas son resueltas en el Centro. |
| Procesos que suministran información: | Recepción de quejas y/o sugerencias cliente externo. |
| Responsable de calcular | Comité de Calidad |
| Usuarios de la información recolectada | Comité de Calidad |
| Descripción del Indicador | Indicar en que índice se resuelven las quejas que se reciben en el CRIO. |
| Tipo de Indicador | Incremental |
| Fórmula para calcular el indicador | Eficacia en atención de quejas = $\frac{\text{Numero total de quejas resueltas}}{\text{Numero total de quejas recibidas}} \times 100\%$ |
| Estándar: | >= 80% |
| Frecuencia Recolección | Mensual |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Barras Anidado |



Nivel de calidad del servicio

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------|---------------------------|-----------|------------|--------------------|-----|------------------|-----|
| CODIGO: | SC-002 | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. | | | | | | |
| Nombre del Indicador: | Nivel de calidad del servicio | | | | | | | | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | | | | | | | |
| Objetivo del Indicador: | Determinar cuántas quejas por cada usuario atendido en un mes. | | | | | | | | |
| Procesos que suministran información: | Recepción de quejas y/o sugerencias cliente externo. | | | | | | | | |
| Responsable de calcular | Comité de Calidad | | | | | | | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | Indicar cuantas quejas se reciben por cada atención al usuario en un mes. | | | | | | | | |
| Tipo de Indicador | Neutro | | | | | | | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Nivel de calidad de el servicio} = \frac{\text{Numero de quejas recibidas /mes}}{\text{Numero de usuarios atendidos/mes}} \times 100$ | | | | | | | | |
| Estándar: | Ninguno | | | | | | | | |
| Frecuencia Recolección | Mensual | | | | | | | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | | | | | | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Pastel  <p>Eficiencia en atención de quejas</p> <p>■ Usuarios atendidos ■ quejas recibidas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Usuarios atendidos</td> <td>89%</td> </tr> <tr> <td>quejas recibidas</td> <td>11%</td> </tr> </tbody> </table> | | | Categoría | Porcentaje | Usuarios atendidos | 89% | quejas recibidas | 11% |
| Categoría | Porcentaje | | | | | | | | |
| Usuarios atendidos | 89% | | | | | | | | |
| quejas recibidas | 11% | | | | | | | | |



Nivel de Satisfacción del Usuario Externo

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | |
|---|--|
| CODIGO: | SC-003 |
| VERSION: | 1 |
| FECHA: | Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Nivel de Satisfacción del Usuario Externo |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. |
| Objetivo del Indicador: | Determinar el grado de satisfacción de los usuarios internos sobre los servicios de rehabilitación que ofrece el CRIO |
| Procesos que suministran información: | Encuesta de Satisfacción al Cliente Externo |
| Responsable de calcular | Comité de Calidad |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. |
| Descripción del Indicador | Indicará la calificación que el usuario externo hace de manera global a los servicios, personal del CRIO, evaluando un nivel de satisfacción. |
| Tipo de Indicador | Neutro |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Nivel de Satisfacción del U. Externo} = \frac{\sum(\text{Ponderacion de P.34})}{\text{Numero de encuestas efectuadas}}$ |
| Estándar: | <= 85% |
| Frecuencia Recolección | Semestral |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO |
| Presentación del Indicador | <p>Gráfico de Barras Anidado</p> <p> ■ Serie 1 ■ Serie 2 </p> |



Nivel de Satisfacción del Usuario Interno

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | |
|---|---|--|---------------------------|
| CODIGO: | SC-004 | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | | Nivel de Satisfacción del Usuario Interno | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | |
| Objetivo del Indicador: | Determinar el grado de satisfacción y compromiso del cliente interno del CRIO | | |
| Procesos que suministran información: | Encuesta de Satisfacción al Cliente Interno | | |
| Responsable de calcular | Comité de Calidad | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | |
| Descripción del Indicador | Indicará la calificación con la que el usuario interno está comprometido con los procesos que realiza y el nivel de satisfacción con el cual los ejecuta. | | |
| Tipo de Indicador | Neutro | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Nivel de Satisfacción del U. Interno} = \frac{\sum(\text{Ponderación de la encuesta})}{\# \text{ de encuestas efectuadas} \times \text{Punt.Total}}$ | | |
| Estándar: | <= 85% | | |
| Frecuencia Recolección | Semestral | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | |
| Presentación del Indicador | <p>Gráfico de Barras Anidado</p> <p>■ Serie 1 ■ Serie 2</p> | | |



5.1.8 Proceso de Seguimiento y Control de Indicadores.

Para llevar a cabo el seguimiento y el control de los indicadores se establecerán actividades periódicas para evaluar el cumplimiento de los estándares definidos. Para ello se caracterizara a continuación el proceso de seguimiento y control del modelo de Gestión por procesos:

● Identificación y establecimiento de requisitos del Proceso

Proceso: Proceso de Seguimiento y Control del Modelo.

- **Formación del Comité de Calidad:** Se deberá de formar un equipo de trabajo con carácter Multidisciplinario y sus principales funciones serán: Planificación de reuniones de trabajo y el análisis de resultados.
- **Reporte de Indicadores de desempeño:** El encargado de cada indicador realizara el reporte para ser analizado de acuerdo a la frecuencia y detalle descrito en cada una de sus fichas técnicas para su seguimiento.

● Límites del Proceso.

| | |
|-----------|--|
| Proveedor | ▪ Encargado de Indicadores. |
| Entrada | Reporte de Indicadores. |
| Proceso | Proceso de Seguimiento y Control. |
| Salida | ▪ Informe sobre los resultados del cálculo y el análisis de los indicadores. |
| Usuario | ▪ Usuario Interno: Comité de Calidad. |

● Recursos empleados en el Proceso.

| PROCESO | RECURSO HUMANO | | RECURSO FISICOS. | | |
|-----------------------------------|----------------|------------------------|------------------|-------------|------------------|
| Proceso de Seguimiento y Control. | 1 | Equipo Multiciplinario | Cant. | Equipo | Intangible |
| | | | 10 | Sillas | Software |
| | | | 1 | Mesa | Microsoft Office |
| | | | 1 | Cañón | Windows 2010 |
| | | | 1 | computadora | |
| | | | 1 | pizarra | |
| | | 1 | plumón | | |



● FICHA DEL PROCESO.

| | | |
|---|---|--|
| | CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE Ficha del Proceso | |
| Proceso: Proceso de Seguimiento y Control de Indicadores. | Frecuencia: Mensualmente | |
| Finalidad: Realizar el Análisis de los indicadores a fin de establecer la situación existente en ese momento y descubrir problemas y áreas de oportunidad. | | |
| ALCANCE | ● <i>Inicia: Reporte de Indicadores.</i> ● <i>Finaliza: Informe sobre el análisis de los indicadores</i> | |
| PROCESOS CON LOS QUE SE RELACIONA: Procesos de Rehabilitación Integral | | |
| ENTRADA: ▪ <i>Reporte de Indicadores.</i> PROVEEDOR: ▪ <i>Encargados de Indicadores.</i> | | |
| SALIDA: ▪ <i>Informe sobre los resultados del cálculo y el análisis de los indicadores.</i> | | |
| CLIENTE INTERNO: ▪ <i>Comité de Calidad y Dirección CRIO.</i> | | |
| FORMATOS: Hoja de resultados del Indicador. ²¹ | | |

²¹ Ver formato en este apartado.



| | | |
|--|---|--|
| | HOJA DE PROCESO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INDICADORES. | Elaboración: Febrero 2014 Revisión: Febrero 2014 Pág.: 1/1 |
|--|---|--|

FINALIDAD: Realizar el Análisis de los indicadores a fin de establecer la situación existente en ese momento y descubrir problemas y áreas de oportunidad.

APLICA A: Comité de Calidad.

| Ejecutor | Flujograma | Descripción: |
|------------------------|--|--|
| 1-7. Comité de Calidad | <pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> B1[Detallar el objetivo del proceso y los requisitos del usuario. 1] B1 --> B2[Identificar cada una de sus indicadores a analizar y sus rangos aceptables. 2] B2 --> B3[Evaluar e Analizar los registros y datos de cada uno de los Indicadores 3] B3 --> D1{El indicador cumple con los estándares.} D1 -- NO --> B4[Definir las posibles causas preliminares de la problemática 4] D1 -- SI --> B5[Realizar sus observaciones y llenar la hoja de resultados de cada indicador. 5] B4 --> B5 B5 --> B6[Realizar un informe con el analisis y resultados de la evaluación. 6] B6 --> B7[Enviar el resultado de la evaluación a la Dirección del CRIO. 7] B7 --> FIN([FIN]) </pre> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Repasar objetivos de los procesos a analizar y establecimiento de requisitos del usuario del proceso. 2. Explicar cada uno de los indicadores a analizar y sus rangos aceptables para el centro y su forma de calcular cada indicador. 3. Evaluar los registros obtenidos por cada indicador y compararlos con respecto a los objetivos del centro. 4. Si el indicador no cumple con el estándar, se analiza las causas preliminares del resultado obtenido. |



| | | |
|--|--|---|
| | | <p>5. Si el indicador cumple con el estándar, se realizan observaciones del resultado y se analiza si hay oportunidades de mejora preliminares utilizando el formato de hoja de resultados para cada indicador.</p> <p>6. Realizar un informe con el análisis y resultados de la evaluación.</p> <p>7. Se le envía el resultado del análisis a la Dirección del CRIO.</p> |
|--|--|---|



5.1.8.1 Formato de hoja de Resultados por Indicador.

Para documentar el Seguimiento y control de los indicadores se propone el siguiente formato para su análisis:

| | | | | | |
|---|--|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| | CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE RESULTADOS POR INDICADOR | | | CODIGO DEL INDICADOR: CRIO-QM-1 | |
| | | | | INSTITUCIÓN: CRIO | |
| | | | | PAGINA 1/1 | |
| | | | | | |
| Nombre del Indicador: Porcentaje de Inasistencia del usuario. | | | Tipo de Indicador: Decremental | | |
| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | | | | | |
| Formula del indicador | Fuente de Datos | Frecuencia de Medición | Tendencia | Responsable de la Medición | |
| | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE RANGOS | | | | | |
| <i>Normal</i> | | <i>Riesgo</i> | | <i>Problema</i> | |
| | | | | | |
| RESULTADOS | Periodos (Meses) | | | | |
| | Enero-marzo | Abril- Junio | | Julio-septiembre | Octubre- Diciembre |
| Indicador (resultado) | | | | | |
| Fecha de Análisis | | | | | |
| Análisis de Datos | | | | | |
| Observaciones | | | | | |
| | | | | | |



 **CONSIDERACIONES:**

El Comité de Calidad tendrá una reunión de Carácter obligatorio mensualmente, para dar seguimiento y controlar los indicadores establecidos; para los indicadores que su periodo de análisis es mayor que un mes, se les dará un seguimiento preliminar mensualmente, con datos y mediciones actualizados hasta la fecha, a fin de controlar sus resultados definitivos, si este indicador refleja una tendencia no adecuada se podrán tomar acciones preliminares y continuarlo monitoreando hasta presentar sus resultados definitivos y realizar una análisis completo.

5.2 Monitoreo de Procesos

5.2.1 Diseño de Dashboard

5.2.1.1 Diseño de la Base de Datos

5.2.1.1.1 Generalidades de las Bases de Datos

Una **base de datos** o **banco de datos** es un conjunto de datos pertenecientes a un mismo contexto y almacenados sistemáticamente para su posterior uso posterior. De esta forma una base de datos es una serie de datos relacionados de forma y estructura lógica, es decir una estructura reconocible desde un programa informático. Esa estructura no solo contiene los datos en sí, sino la forma en la que se relacionan.

5.2.1.1.2 Elementos de una base de datos

Un sistema de bases de datos sirve para integrar los datos, la cual está compuesta de los siguientes elementos:

- **Hardware:** Maquinas en las que se almacenan las bases de datos. Incorporan unidades de almacenamiento masivo para este fin.
- **Software:** Es el sistema gestor de bases de datos, el encargado de administrar las bases de datos.
- **Datos:** Incluyen los datos que se necesitan almacenar y los metadatos que son datos que sirven para describir lo que se almacena en la base de datos.
- **Usuarios:** Personas que manipulan los datos del sistema; existen 3 tipos:
 - **Usuarios finales:** Aquellos que utilizan la base de datos para su trabajo cotidiano que no tiene por qué tener que ver con la informática. Normalmente no utilizan la base de datos directamente, sino que utilizan aplicaciones creadas por terceros para facilitar la manipulación de los datos.
 - **Desarrolladores:** Analistas y programadores encargados de generar aplicaciones para los usuarios finales.
 - **Administradores:** También llamados BDA (Data Base Administrador), se encarga de gestionar la base de datos.

5.2.1.1.3 Estructura de una base de datos

Las bases de datos están compuestas de datos y de metadatos; los metadatos son “datos” que sirven para especificar a estructura de la base de datos; por ejemplo que tipo de datos se almacenan, que nombre se le da a cada dato, y la manera en que estos están agrupados-relacionados entre sí.

De este modo se producen dos visiones de la base de datos:

- **Estructura lógica:** Indica la composición y distribución teórica de la base de datos. La estructura lógica sirve para que las aplicaciones puedan utilizar los elementos de la base de datos sin saber realmente como se están almacenando. Es una estructura que permite idealizar a la base de datos, sus elementos son objetos, entidades, nodos, relaciones, etc.; que realmente no tienen presencia

real en la física del sistema. Por ello para acceder a los datos tiene que haber una posibilidad de traducir la estructura lógica en la estructura física.

- **Estructura física:** Es la estructura de los datos tal cual se almacenan en las unidades de disco. La correspondencia entre la estructura lógica y la física se almacena en la base de datos (metadatos).

5.2.1.1.1.4 Ventajas de las bases de datos

- **Independencia de los datos, programas y procesos:** Esto permite modificar los datos sin modificar el código de las aplicaciones.
- **Menor redundancia:** No hace falta tanta repetición de datos. Aunque, solo los buenos diseños de datos tienen poca redundancia.
- **Integridad de los datos:** Mayor dificultad de perder los datos o de realizar incoherencias con ellos.
- **Seguridad de los datos:** Esto se produce porque se limita el acceso a un número mayor de usuarios canalizando la gestión mediante el administrador.
- **Documentación de datos:** Permite in registro y estructuración de la información almacenada.

5.2.1.1.1.5 Desventajas de las bases de datos

- **Costos de instalación:** se requiere un costo de inversión moderado para la implementación, control y administración de las bases de datos, software y hardware.
- **Requerimiento de personal calificado:** Debido a la dificultad de manejo de este tipo de sistemas, se requiere de personal especializado en BD para su administración y mantenimiento.
- **Tiempo alto de implementación:** La adaptación a un sistema automatizado con bases de datos requiere aparte de una inversión financiera, inversión de tiempo para implementación.
- **Ausencia de estándares:** En este sentido el modelamiento de la base de datos, se deberá hacer según el sistema comercial que se contrate.

5.2.1.1.1.6 Sistema de gestión de base de datos

Un sistema gestor de base de datos o SGBD o por su abreviatura en ingles DBMS (Data Base Management System), es el software que permite a los usuarios procesar, describir, administrar y recuperar datos almacenados en una base de datos.



Figura 41. Sistema de gestión de base de datos

El éxito de los SGBD reside en mantener la seguridad e integridad de los datos. Lógicamente tienen que proporcionar herramientas a los distintos usuarios. Entre las herramientas que proporcionan están:

- Herramientas para la creación y especificación de los datos; así como la estructura de la base de datos.
- Herramientas para administrar y crear la estructura física requerida en las unidades de almacenamiento.
- Herramientas para la manipulación de los datos de las bases de datos, para añadir, modificar, suprimir o consultar datos.
- Herramientas de recuperación en caso de desastre.
- Herramientas para la creación de copias de seguridad.
- Herramientas para la gestión de la comunicación de la base de datos.

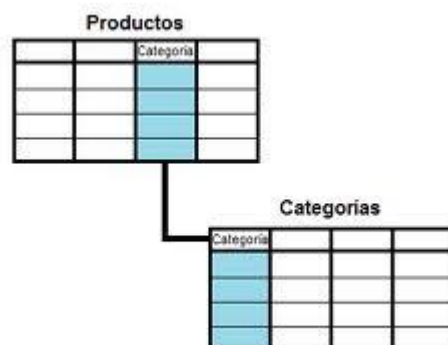
5.2.1.1.1.7 Modelamiento de datos

La finalidad de un modelo es simbolizar una parte del entorno de forma que sea fácilmente manipulable. En definitiva es un esquema conceptual que intenta reproducir las características del entorno.

En el caso de los modelos de datos, lo que intentan es reproducir una información real que deseamos almacenar en un sistema informático.

Modelo Relacional, es un modelo de datos basado en la lógica de predicados y conjuntos. Es el modelo más utilizado en la actualidad para el modelamiento de problemas de administración de datos. Su idea fundamental es el uso de “relaciones”, estas son formas lógicas o conjunto de datos; en este modelo todos los datos son almacenados en relaciones, y cada relación es un conjunto de datos, el orden en el que estos se almacenen no tiene relevancia. Esto tiene la considerable ventaja de que es más fácil de entender y de utilizar por un usuario no experto.

La información se almacena por medio de tablas relacionadas las cuales representan entidades, estas se tratan de cualquier objeto u elemento acerca del cual se pueda almacenar información en la base de datos. La información que se almacena de las entidades se llama campos o atributos, los cuales describen propiedades de las entidades y las relaciones. Las entidades se pueden vincular a otras por medio de las relaciones, las cuales representan asociaciones entre entidades, es el elemento del modelo que permite relacionar en si los datos del modelo.





5.2.1.1.2 Generalidades MySQL

Es un sistema de gestión de bases de datos relacional, fue creada por la empresa sueca MySQL AB, la cual tiene el copyright del código fuente del servidor SQL, así como también de la marca.

MySQL es un software de código abierto, licenciado bajo la GPL de la GNU, aunque MySQL AB distribuye una versión comercial, en lo único que se diferencia de la versión libre, es en el soporte técnico que se ofrece, y la posibilidad de integrar este gestor en un software propietario, ya que de otra manera, se vulneraría la licencia GPL.

El lenguaje de programación que utiliza MySQL es Structured Query Language (SQL) que fue desarrollado por IBM en 1981 y desde entonces es utilizado de forma generalizada en las bases de datos relacionales.

5.2.1.1.2.1 Características de MySQL

Inicialmente, MySQL carecía de algunos elementos esenciales en las bases de datos relacionales, tales como integridad referencial y transacciones. A pesar de esto, atrajo a los desarrolladores de páginas web con contenido dinámico, debido a su simplicidad, de tal manera que los elementos faltantes fueron complementados por la vía de las aplicaciones que la utilizan. Poco a poco estos elementos faltantes, están siendo incorporados tanto por desarrolladores internos, como por desarrolladores de software libre.

En las últimas versiones se pueden destacar las siguientes características principales:

- El principal objetivo de MySQL es velocidad y robustez.
- Soporta gran cantidad de tipos de datos para las columnas.
- Gran portabilidad entre sistemas, puede trabajar en distintas plataformas y sistemas operativos.
- Cada base de datos cuenta con 3 archivos: Uno de estructura, uno de datos y uno de índice y soporta hasta 32 índices por tabla.
- Aprovecha la potencia de sistemas multiproceso, gracias a su implementación multihilo.
- Flexible sistema de contraseñas (passwords) y gestión de usuarios, con un muy buen nivel de seguridad en los datos.
- El servidor soporta mensajes de error en distintas lenguas

5.2.1.1.2.2 Ventajas de MySQL

- Velocidad al realizar las operaciones, lo que le hace uno de los gestores con mejor rendimiento.
- Bajo costo en requerimientos para la elaboración de bases de datos, ya que debido a su bajo consumo puede ser ejecutado en una máquina con escasos recursos sin ningún problema.
- Facilidad de configuración e instalación.
- Soporta gran variedad de Sistemas Operativos
- Baja probabilidad de corromper datos, incluso si los errores no se producen en el propio gestor, sino en el sistema en el que está.
- Conectividad y seguridad

5.2.1.1.3 *Diseño lógico de la base de datos*

La base de datos permitirá, establecer el proceso lógico adaptado al modelo de base de datos a utilizar, en este caso se utilizara el modelo relacional, adaptado al gestor de base de datos MySQL, dado que es un SGBD rápido, robusto y de lenguaje de alto nivel.

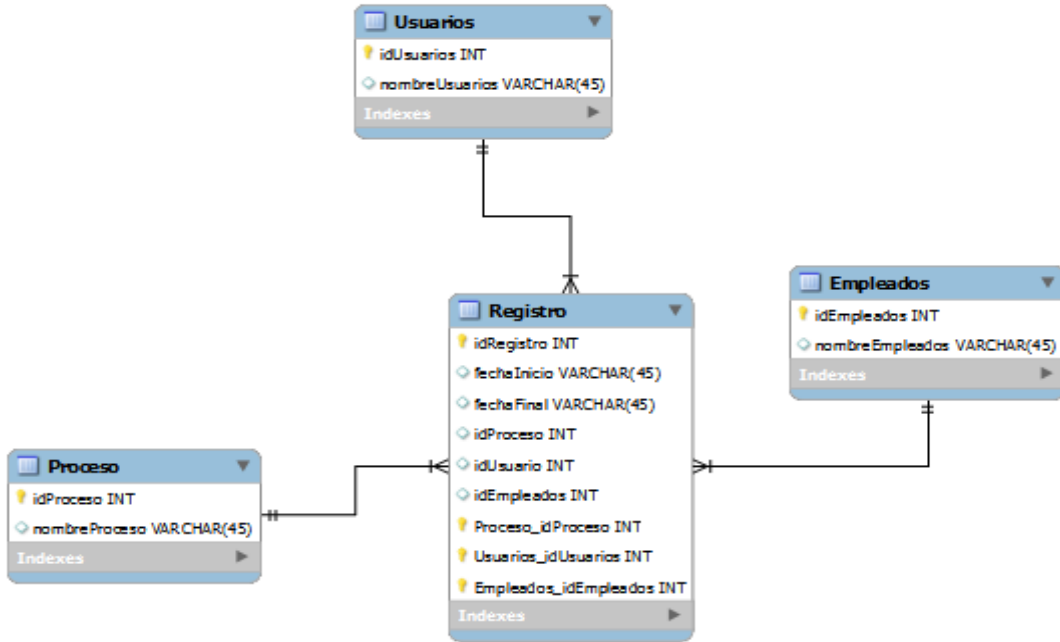


Figura 42 - Modelo relacional de base de datos

El modelo de base de datos relacional está compuesto, por 3 tablas, y doce variables, las cuales se describen a continuación:

Tabla Usuarios:

Tabla 79- Variables utilizadas en el modelo relacional

| | | |
|----------------|---------|---|
| idUsuarios | Integer | Número de identificación del usuario en la base de datos, contendrá el # de expediente del usuario. |
| nombreUsuarios | Char | Contendrá el nombre del usuario. |



Tabla Proceso:

| | | |
|---------------|---------|--|
| idProceso | Integer | Contendrá la identificación del proceso o etapa que se está realizando, en el sistema. |
| nombreProceso | Char | Contendrá el nombre del usuario o etapa que se está ejecutando. |

Tabla Empleados:

| | | |
|---------------|---------|--|
| idProceso | Integer | Contendrá la identificación del proceso o etapa que se está realizando, en el sistema. |
| nombreProceso | Char | Contendrá el nombre del usuario o etapa que se está ejecutando. |

Tabla Registro

| | | |
|-------------|---------|---|
| idRegistro | Integer | Contendrá el correlativo del registro bitácora en la base de datos |
| fechaInicio | VarChar | Contendrá la fecha y hora de inicio del proceso |
| fechaFinal | VarChar | Contendrá la fecha y hora de finalización del proceso |
| idProceso | Integer | Contendrá la identificación del proceso iniciado. |
| idUsuario | Integer | Contendrá la identificación del usuario del proceso |
| idEmpleado | Integer | Contendrá la identificación del empleado que está realizando el proceso |

5.2.1.1.4 *Diseño de la aplicación de Gestión de Indicadores (Dashboard de Indicadores)*

Un Dashboard es una herramienta tipo reporting que sirve para consolidar números, métricas y en ocasiones, scorecards en una sola ventana. Se utilizan para mostrar los valores de un proceso o las cifras que genera un departamento.

Cada organización tiene en conjunto diferentes números o variables que se desean medir y controlar, estos están representados en el dashboard como KPI (Key Performance Index), los cuales son indicadores de desempeño claves para la organización.

Para el diseño de un dashboard, se debe utilizar la metodología SMART, la cual es una abreviatura de las siglas en ingles de, **S** Synergetic (Sinérgico), **M** Monitor (Monitor), **A** Accurate (Exacto), **R** Responsive (Responsivo), **T** Timely (Oportuno).



Sinergico: Debe ser ergonómico y visualmente efectivo para el usuario, acerca de los diferentes aspectos de una misma pantalla.

Monitor de KPI: Debe mostrar indicadores críticos que sean requeridos para una toma de decisiones efectivas en el dominio al que el tablero de control abastece.

Exacto: La información que se presenta debe ser precisa, con el fin de obtenerla plena confianza del usuario con el tablero.

Responsivo: Debe responder a los umbrales responsivos para crear alertas de usuario, en adición a la presentación visual del tablero.

Oportuno: Debe mostrar la información lo más actualizada posible, la información debe ser en tiempo real y en el tiempo correcto.

A continuación se presenta el dashboard de indicadores para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.

Menú principal del Dashboard, en el cual se presentaran de manera macro los indicadores principales o KPI del Centro.

Dashboard CRIO

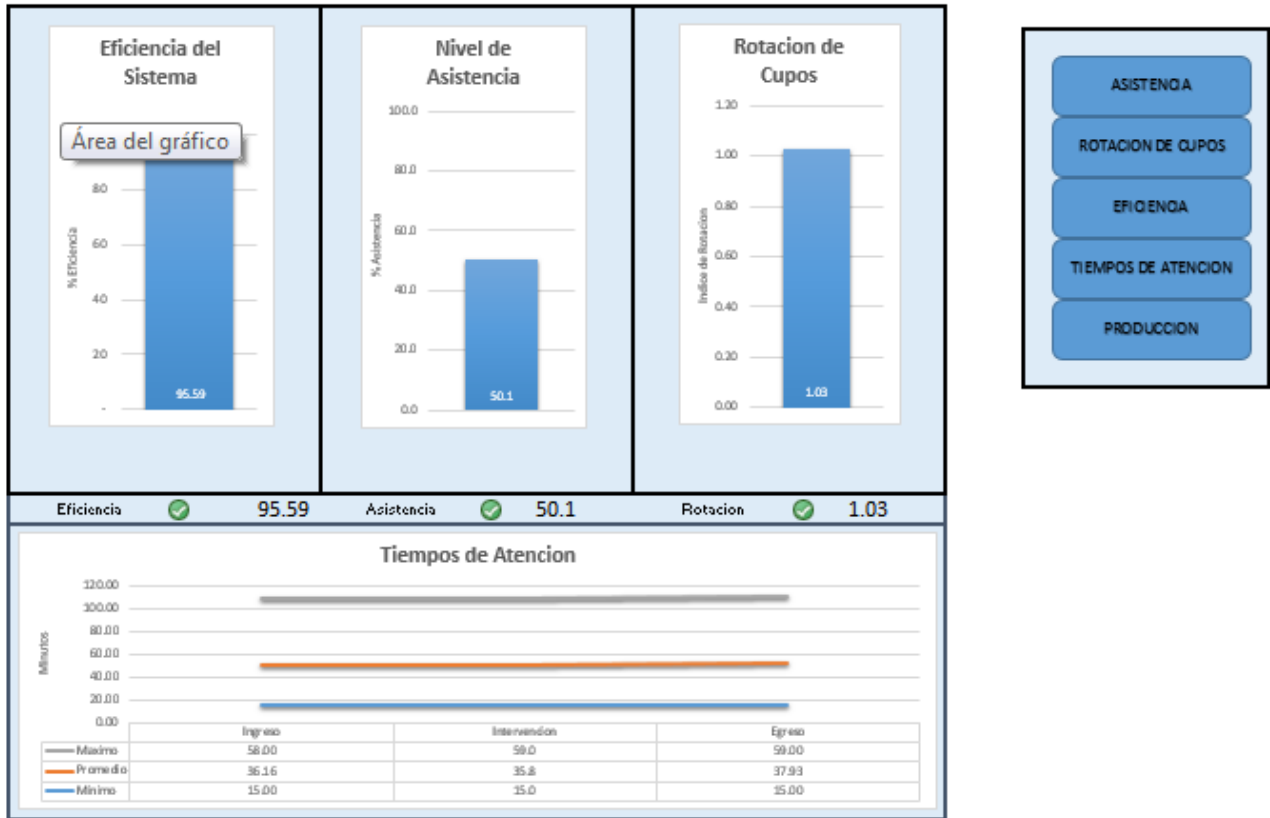


Figura 43 - Captura Dashboard CRIO

Dashboard de Eficiencia, en el cual el usuario podrá analizar las eficiencias por área o usuario interno, en los diferentes procesos.

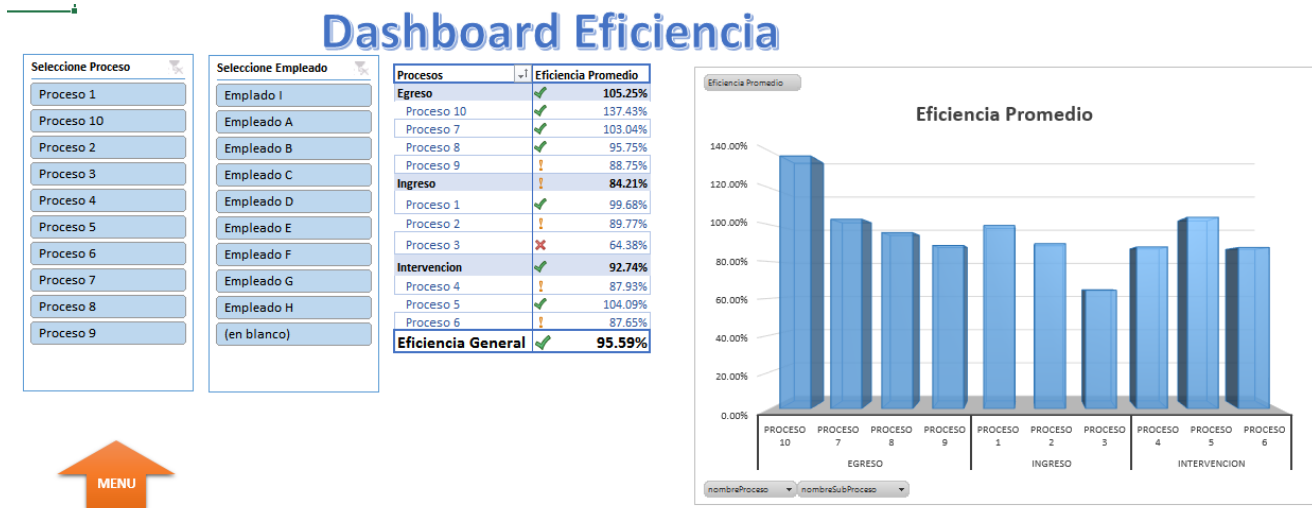


Figura 44 - Captura Dashboard eficiencia

Dashboard de tiempos de atención, con el cual se analizarán los tiempos de atención en cualquiera de los procesos, áreas o usuarios, con el fin de detectar desviaciones con respecto a los estándares.

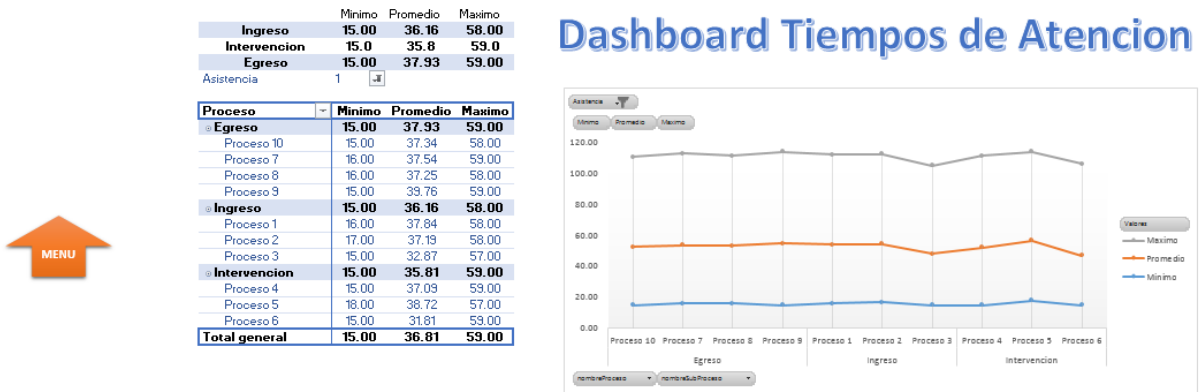


Figura 45 - Captura Dashboard atención

Dashboard de rotación de usuarios, esta es la relación entre los usuarios que egresan en el proceso de atención y los que ingresan, pudiéndose analizar para la planificación de plazas o cupos en el centro según la relación.

Dashboard Rotacion

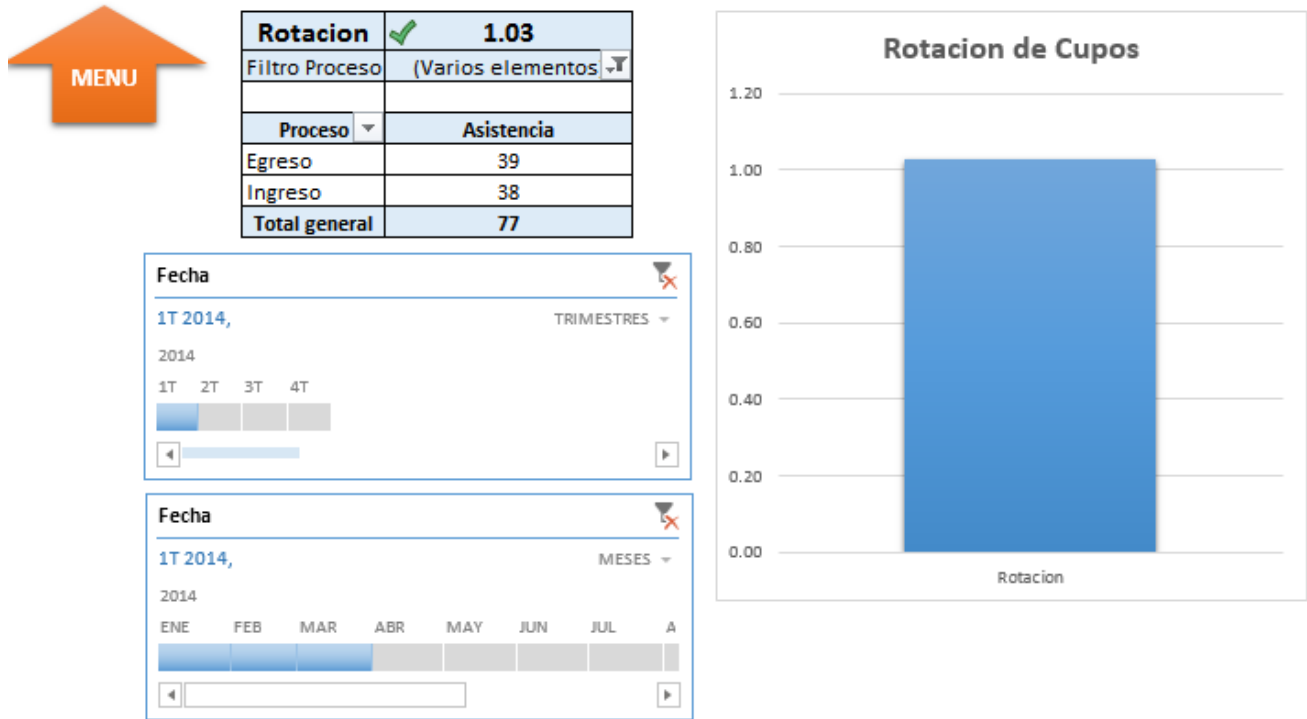


Figura 46 - Captura Dashboard Rotación

Dashboard de asistencia de los usuarios a las citas planificadas, en esta opción se podrá analizar el comportamiento de la asistencia en los diferentes procesos, pudiéndose buscar aspectos de mejora para disminuir la brecha entre la asistencia y los cupos programados.

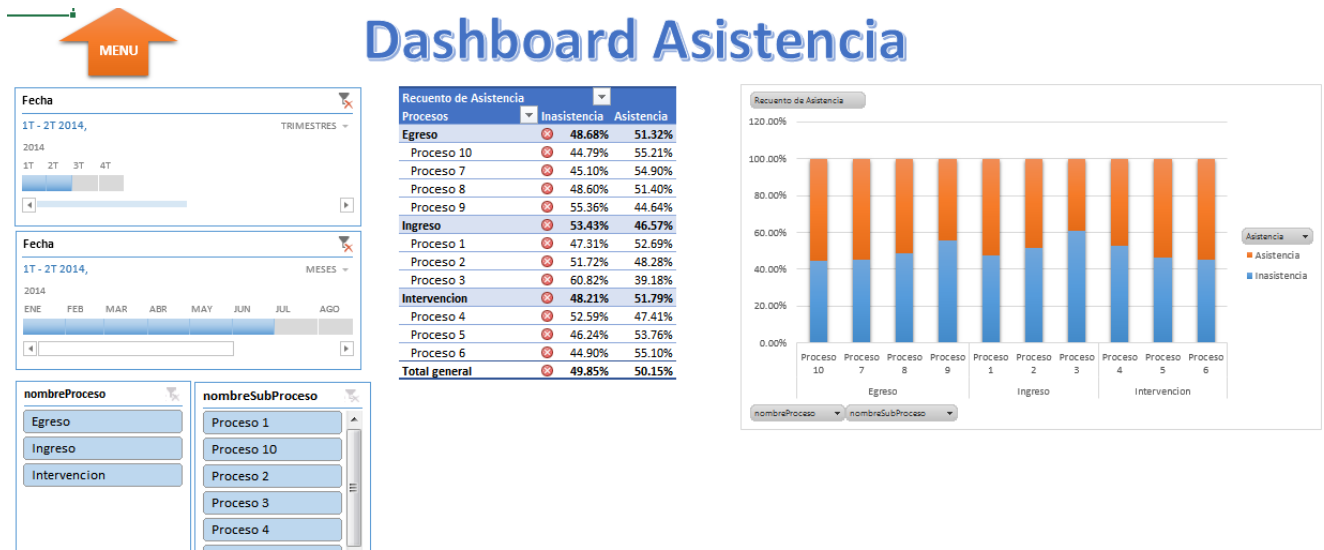


Figura 47 - Captura Dashboard asistencia

5.2.2 Software de apoyo a la gestión de la agenda médica²²

Para dar apoyo a la medición, control y seguimiento de indicadores de la Agenda Medica se diseñara un software de apoyo que permitirá medir y controlar el proceso de una manera rápida y eficaz. El software de apoyo de la agenda médica contiene en su menú principal las siguientes funciones.



Figura 48 - Menú Software agenda medica



- **PACIENTES:**

Para el manejo de los pacientes el software cuenta con dos funciones principales:

Función Expedientes: *Mediante esta función se podrá acceder a la base de datos de los usuarios y consultar su expediente digitando el número de código del usuario o buscándolo mediante su nombre.*

Función Nueva Cita: *Mediante esta función se podrá programar o agendar una cita según especialista requerido y de acuerdo a la prioridad del paciente.*

- **ESPECIALISTAS:**

Para el manejo de los especialistas el software cuenta con dos funciones principales:

Función Agenda: *Mediante esta función los especialistas podrán conocer su agenda diaria visualizando su programación de citas diarias, el nombre, código de paciente, prioridad y hora agendada, con esta función también se podrá confirmar la asistencia del usuario o modificar la agenda mediante su desarrollo con opciones de sustituir a usuarios inasistentes por usuarios en condición.*

Función Reportes: *En la sección de reportes se podrá consultar los indicadores pertinentes a la agenda médica para su seguimiento y control.*

- **SEGURIDAD:**

Función Usuarios: *Mediante esta función el administrador podrá controlar a los usuarios que utilizaran el sistema además del uso de sus contraseñas y sus privilegios dentro del mismo según las funciones o requerimientos de los involucrados.*

A continuación se detallaran cada una de estas funciones y todo el funcionamiento del sistema:

1. MENU PRINCIPAL.

I. Ingreso de usuarios:

El software será destinado a la gestión de la agenda medica es por eso que tendrá múltiples usuarios involucrados por lo cual el programa contara con usuarios y contraseñas diferentes según las funciones o requerimientos de los involucrados. Los usuarios principales del software serán el encargado de archivo, El área médica y la Dirección del CRIO.

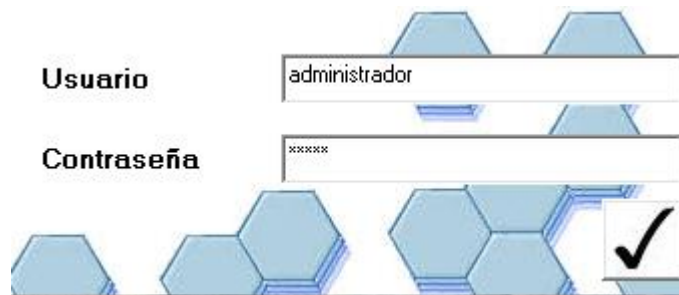


Figura 49 - Captura ingreso agenda médica

II. Pantalla principal.

En la pantalla principal se podrá acceder a todas las funciones descritas anteriormente a continuación se detallara cada una de ellas:



Figura 50 - Captura pantalla principal agenda médica

5.2.2.1 SECCIÓN PACIENTES.

5.2.2.1.1 Función Expedientes.



Esta opción nos permitirá desde esta aplicación acceder a la base de datos de los usuarios y consultar su expediente digitando el número de código del usuario o buscar su expediente a través de su nombre.

A continuación emergerá la ventana Buscar paciente, donde podrá buscarse el expediente del paciente mediante el código o mediante el nombre del paciente:

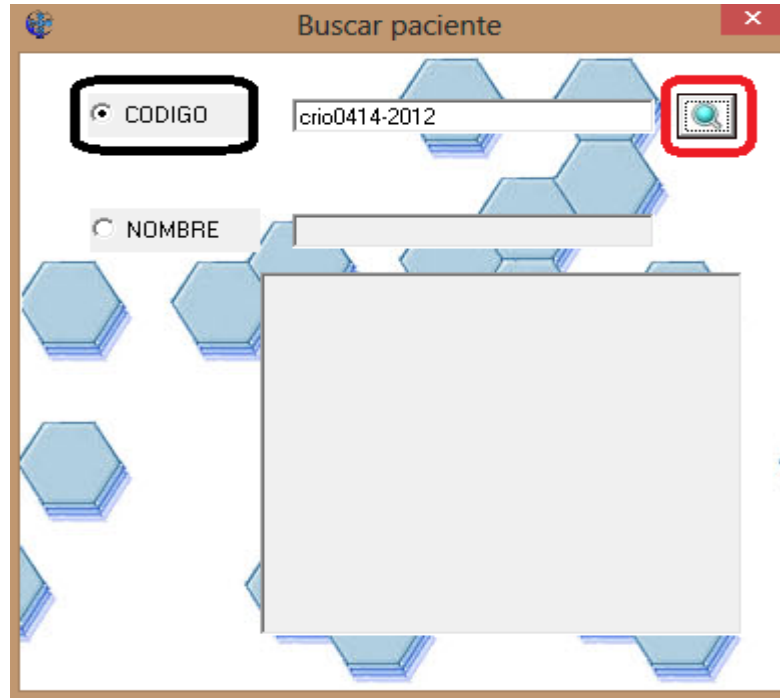


Figura 52 - Captura buscar paciente agenda médica

Con cualquiera de estas dos opciones se desplegará el expediente solicitado en el cual se podrá consultar el expediente del usuario, en esta opción solo se importará los expedientes y la información de la base de datos que maneja los expedientes en el centro, los cuales no podrán ser modificados a través de esta aplicación, solamente podrán ser importados y visualizados.

DataReport1

Zoom 100%

Instituto salvadoreño de rehabilitación de invalidos

Centro: F1 HOJA DE INSCRIPCIÓN

Fecha de apertura: Numero de Expediente clinico

I-DATOS DEL USUARIO

| | | |
|-----------------|------------------|--------------|
| 1- Aparicio | Hernández | Rodrigo Omar |
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre |

2- Fecha de nacimiento: 24/01/1991

3- Edad: 23 años

4- Sexo: masculino

5- Escolaridad: bachillerato

6- Estado civil: soltero

7- Dui: 2345646231

Partida de nacimiento: 1534567886753

8- Ocupación/Oficio: digitador

9- Direccion de residencia: Alameda Dr. Manuel Enrique Araujo y calle Nueva No. 1

10- Telefono: 22212242 Celular: 76223112 Email: poloasf@hotmail.com

11- Referencia: Daniel Alejandro Cruz

II-DATOS DEL FAMILIA

1- Nombre del padre: Brandon Ariel Perez

2- Nombre del madre: Mónica Michelle Cruz

3- Nombre del cónyuge:

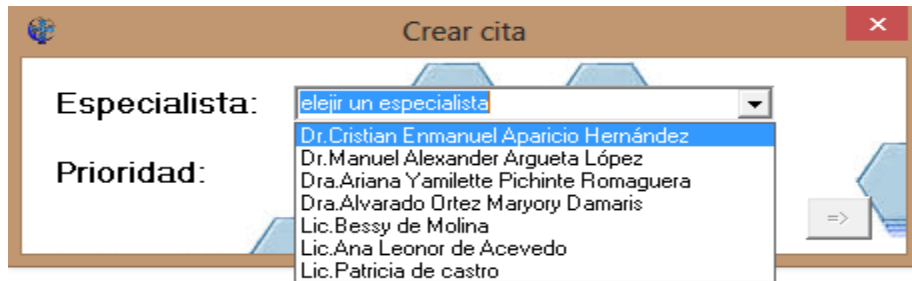
Figura 53 - Captura Impresión de expediente

5.2.2.1.2 Función Nueva Cita.

En esta sección se podrá programar una cita según especialista requerido y de acuerdo a la prioridad del paciente a programar.

A continuación emergerá la ventana Crear cita, donde podrá programarse una cita de acuerdo al especialista y su prioridad.

- *Selección de especialista a programar cita.*



- *Selección de Prioridad del Usuario.*

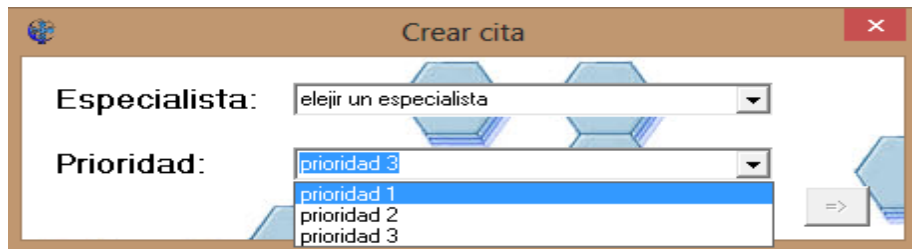


Figura 54 - Captura crear cita agenda médica

Luego de seleccionar el especialista y la prioridad del usuario y presionar el botón siguiente, el sistema despliega un calendario que de acuerdo a la disponibilidad de la agenda, y a través de una escala de colores le indicara al usuario donde hay disponibilidad para la programación de las citas. El calendario contendrá una escala de colores los cuales determinaran la disponibilidad de cupos en los distintos días del mes, la escala utilizara se describe de la siguiente manera:

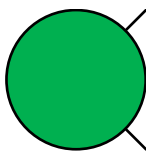
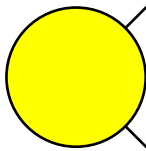
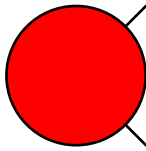
-  El color Verde significa que la disponibilidad de cupos para agendar en ese día esta en un rango de 8-6 cupos disponibles.
-  El color Amarillo significa que la disponibilidad de cupos para agendar en ese día esta en un rango de 5-3 cupos disponibles.
-  El color Rojo significa que la disponibilidad de cupos para agendar en ese día esta en un rango de 2-0 cupos disponibles.

Figura 55 - Descripción colores calendario de agenda médica



Figura 56 - Captura calendario agenda médica

Al hacer clic en el cualquiera de los días se visualizara en la parte derecha de la pantalla la cantidad de usuarios por prioridad agendados ese día y los cupos disponibles.

Luego emergerá la ventana Agenda. En la cual se deberá elegir una de las horas disponible para agendar al usuario. Y se programara al usuario utilizando su número de expediente o buscando sus datos por su nombre.

Si el número de expediente es correcto aparece la información del usuario y en una leyenda en la parte de abajo una confirmación de la cita a programar indicando el día, la hora y el nombre del usuario, para programar la cita se deberá presionar la opción Guardar.



Figura 57 - Captura programación de cita a usuario agenda médica

En este momento se ha programado la cita al usuario.

5.2.2.2 SECCION ESPECIALISTAS

5.2.2.2.1 Función Agenda.

El software también contendrá una sección de consultas en la cual cada especialista podrá consultar su agenda personalmente y en la cual se podrá chequear la asistencia del usuario a su consulta.

Seleccionar el especialista del cual se quiere consultar su agenda diaria.

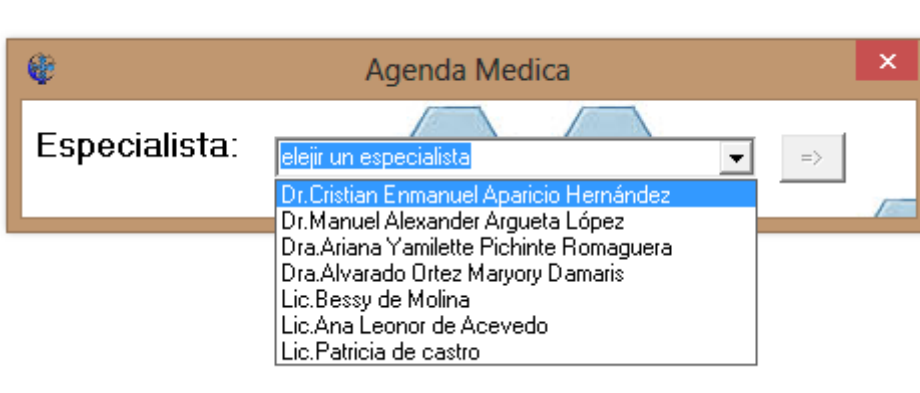


Figura 58 - Captura selección de médico especialista agenda médica

Luego emergera la ventana AGENDA DIARIA en donde se muestra la agenda diaria del especialista seleccionada.

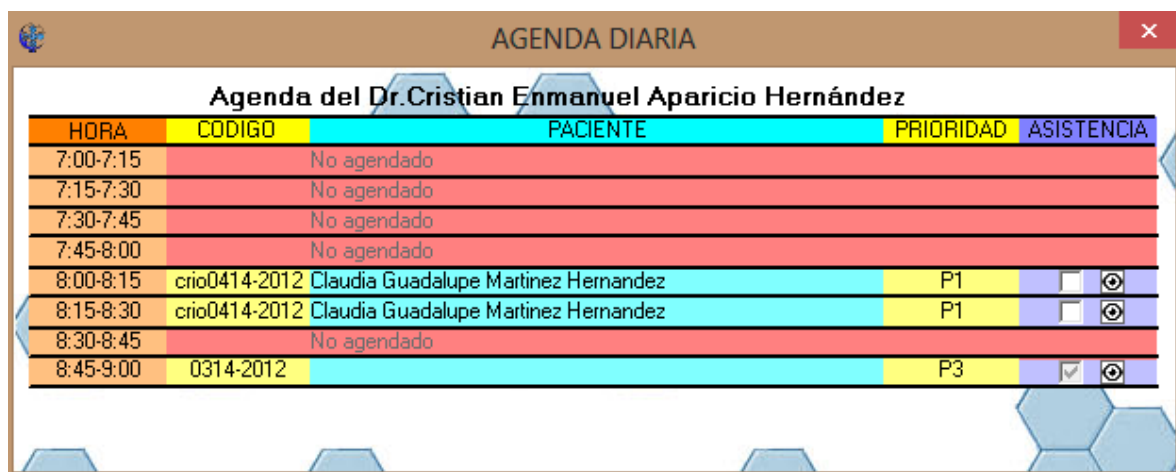


Figura 59 - Captura agenda diaria médico especialista

En esta pantalla se podrá realizar las siguientes funciones:

Cambiar usuario programado

Al dar clic sobre un paciente se podrá cambiar el usuario agendado aparecerá una leyenda en la parte inferior de la pantalla cambiar cita, si se desea cambiar se deberá dar clic sobre el nombre del usuario.

Ver inasistencia.

Al seleccionar el botón marcado en la sección asistencia aparecerá la leyenda ver inasistencias al hacer clic sobre él; aparece un historial de todas la inasistencia del usuario identificando el especialista y la fecha.

| HORA | CODIGO | PACIENTE | PRIORIDAD | ASISTENCIA |
|-----------|---------------|--------------------------------------|-----------|-------------------------------------|
| 7:00-7:15 | | No agendado | | |
| 7:15-7:30 | | No agendado | | |
| 7:30-7:45 | | No agendado | | |
| 7:45-8:00 | | No agendado | | |
| 8:00-8:15 | crio0414-2012 | Claudia Guadalupe Martinez Hernandez | P1 | <input type="checkbox"/> |
| 8:15-8:30 | crio0414-2012 | Claudia Guadalupe Martinez Hernandez | P1 | <input type="checkbox"/> |
| 8:30-8:45 | | No agendado | | |
| 8:45-9:00 | 0314-2012 | | P3 | <input checked="" type="checkbox"/> |

Ver inasistencias

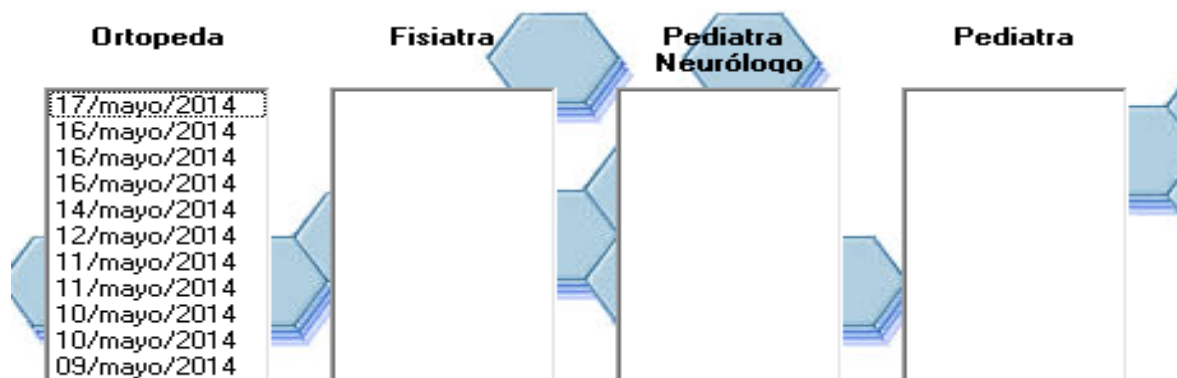


Figura 60 - Captura ver inasistencia por medico

5.2.2.2.2 Función Reportes.

En la sección de reportes se podrá consultar los indicadores pertinentes a la agenda médica para su seguimiento y control en el cual el sistema otorgara los resultados de los indicadores.



Figura 61 - Captura selección de reportes

Al seleccionar la opción reportes emergerá la pantalla Generador de Reportes



Figura 62 - Captura generador de reportes

En donde se deberán marcar las fechas en el calendario primero se deberá seleccionar el día y luego presionar la opción “De”, luego seleccionar otro día y seleccionar la opción “Hasta”, si las selecciones no son las adecuadas podrán desmarcarse con la opción “Modificar”. Luego se elige el indicador que se desea consultar.

Luego de elegir la fecha en que comprenderá el reporte y el indicador, se generara el reporte dándole clic en la opción Generar.



Figura 63 - Captura carga de reporte

Luego de un tiempo de espera, el sistema desplegara el reporte solicitado, el cual podrá ser impreso o guardado para su posterior análisis.



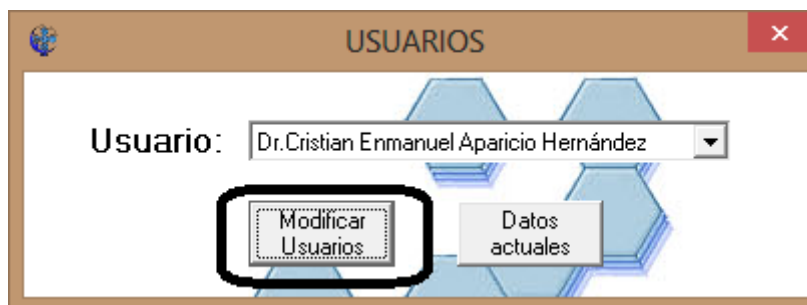
Figura 64 - Pantalla de reporte realizado

5.2.2.3 SECCIÓN SEGURIDAD

5.2.2.3.1 Función Usuarios

Esta función es para que el administrador del sistema podrá modificar los usuarios y modificar sus contraseñas.

Opción Modificar Usuario: Al dar clic sobre esta opción emergerá la pantalla actualizar datos donde se podrá modificar los nombres de los usuarios y sus contraseñas.



Actualizar Datos

Nombre de usuario: cristian

Contraseña: p1

Figura 65 - Captura modificar usuario

Opción Datos Actuales: Al seleccionar esta opción se podrá consultar el usuario y su contraseña.

USUARIOS

Usuario: Dr.Cristian Enmanuel Aparicio Hernández

Modificar Usuarios

Datos actuales

CONTRASEÑA

NOMBRE DE USUARIO: Dr.Cristian

CONTRASEÑA: p1

Aceptar

Figura 66 - Captura ver datos actuales

**MANUAL DE MEJORA CONTINUA
DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN
INTEGRAL
DE OCCIDENTE.**



MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-003

Página 2 de 68

VERSION: 01

FECHA DE
ACTUALIZACION

DICIEMBRE
2013

ELABORADO POR:

**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
OCCIDENTE**

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

INDICE

Contenido

| | |
|--|----|
| INDICE | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| OBJETIVOS | 5 |
| MANUAL DE MEJORA CONTINUA..... | 6 |
| DISEÑO DE COMITÉ DE CALIDAD..... | 9 |
| Propuesta de Perfiles de miembros integrantes del Comité de Calidad..... | 11 |
| Perfil del Presidente del Comité..... | 11 |
| Perfil de Miembros del Comité de Calidad..... | 14 |
| Guía para la formación del Comité de Calidad..... | 17 |
| CONTROL Y MONITOREO DEL MODELO..... | 18 |
| Evaluación del Usuario Externo e Interno..... | 19 |
| Monitorización de Indicadores Claves:..... | 21 |
| Proceso de Seguimiento y Control de Indicadores..... | 41 |
| MEJORA CONTINUA DEL MODELO | 50 |
| A. Planificar la mejora (Plan)..... | 51 |
| B. Ejecutar (Do)..... | 56 |
| C. Evaluar (Check)..... | 59 |
| D. Actuar (Act) | 59 |
| FUNCIONAMIENTO DEL PLAN DE MEJORA CONTINUA..... | 66 |

| | | | |
|---|---|---------------------------------|------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 3 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

INTRODUCCIÓN

Después de diseñar un Modelo de Gestión por procesos, y una vez que se procede a su implantación, es imprescindible poner en marcha mecanismos de control y mejora continua que permitan medir su calidad. Estos mecanismos deben utilizarse sistemáticamente para conocer todos los aspectos claves en el desarrollo del proceso tales como: Si su variabilidad se mantiene dentro de los márgenes aceptables, Si la efectividad del proceso es la deseada, es decir, si los indicadores de resultados o de valoración integral del proceso son satisfactorios, Si los usuarios están satisfechos: se han eliminado espacios en blanco, tiempos de espera innecesarios, si se garantiza la accesibilidad a los clientes y si se escucha la opinión de los profesionales y las personas que intervienen en el desarrollo del proceso consideran que su trabajo ha mejorado. Para poder lograr conocer todos estos aspectos se debe de poner en marcha mecanismos de control y mejora continua.

Los usuarios del CRIO cada día demandan a la Dirección servicios de mayor calidad. Quieren servicios más rápidos, con horarios más amplios, servidos por personal que les tratan con cortesía y respeto”. Al mismo tiempo exigen que la Dirección reduzca sus déficits. Estas demandas de los usuarios no son nuevas, Aunque se pueden dar muchas definiciones de “calidad” y de “servicios de calidad”, el factor clave para lograr un alto nivel de calidad en el servicio es igualar o sobrepasar las expectativas que los usuarios tienen respecto al servicio. Los juicios sobre la alta o baja calidad del servicio dependen de cómo perciben los clientes la realización del servicio en contraste con sus expectativas.

| | | | |
|---|--|--|---------------------------|
|  <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p> | <h2>MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO</h2> | <p>CODIGO: MCRIO-13-003</p> | <p>Página 4 de 68</p> |
| <p>VERSION: 01</p> | | <p>FECHA DE ACTUALIZACION</p> | <p>DICIEMBRE 2013</p> |
| <p>ELABORADO POR:</p> | <p>CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE</p> | <p>FECHA DE APROBACION:</p> | <p>ENERO 2014</p> |

Para ello es preciso adoptar una estrategia de mejora continua en los servicios que se proporcionan a los ciudadanos como piedra angular de la calidad y, por tanto, de la satisfacción de los mismos. Es por eso que este manual servirá como un documento de consulta que provea la información necesaria al personal del CRIO para la aplicación de proyectos de mejora continua dentro del modelo de Gestión por procesos enfocado a que sus procesos adopten en sus resultados un incremento continuo de la satisfacción del cliente, significa que el indicador más fiable de la mejora de la calidad de un servicio sea el incremento continuo y cuantificable de la satisfacción del cliente.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 5 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Contar con un documento de consulta que provea información para la aplicación de un plan de Mejora Continua para el modelo de gestión por procesos del CRIO que permita la continua mejora de todos los procesos y actividades involucrados en la gestión y prestación de los servicios del CRIO.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Monitorizar y analizar los parámetros de seguimiento de Niveles de Servicio y contrastarlos con los objetivos planificados.
- Dar soporte a la fase de estrategia y diseño para la definición de nuevos servicios y procesos o actividades asociados a los mismos.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 6 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

MANUAL DE MEJORA CONTINUA.

El manual de mejora continua tiene como objetivo el constante adecuación y mejora del modelo de gestión por procesos a la situación actual y futura del CRIO, para realizar la mejora continua del modelo necesitamos realizar una fase de control adecuada; es por eso que en la siguiente guía se abarcara todo lo relacionado con el seguimiento de los procesos; desde el control hasta la mejora continua, como se muestra en la siguiente figura:

FASES DEL SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS:

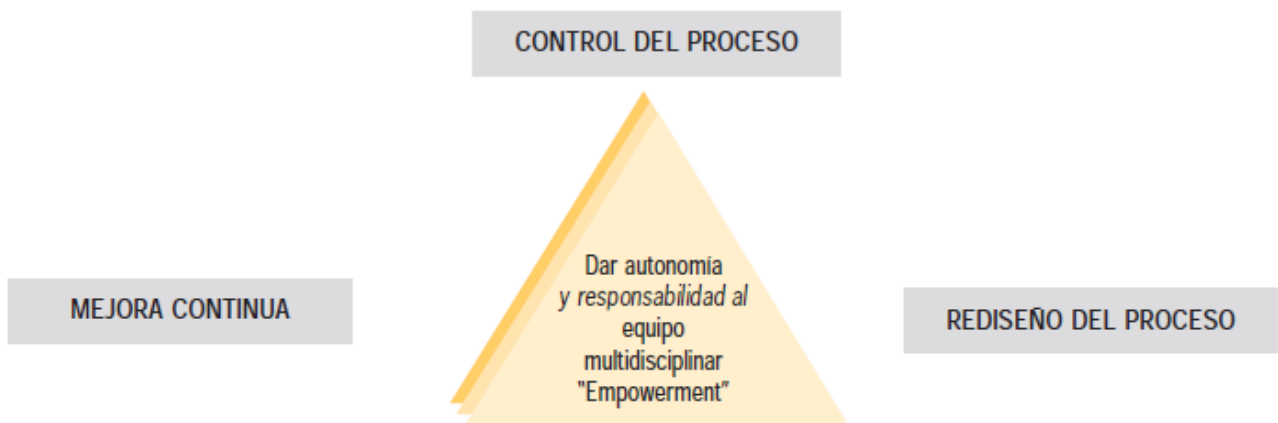


Ilustración: Control y Mejora de Procesos

CONTROL DEL PROCESO:

Se considera que un proceso está en **CONTROL** o estabilizado cuando:

Se conoce su propósito (Misión).

- Están descritos sus pasos (Subprocesos).
- Están identificadas sus entradas y salidas.

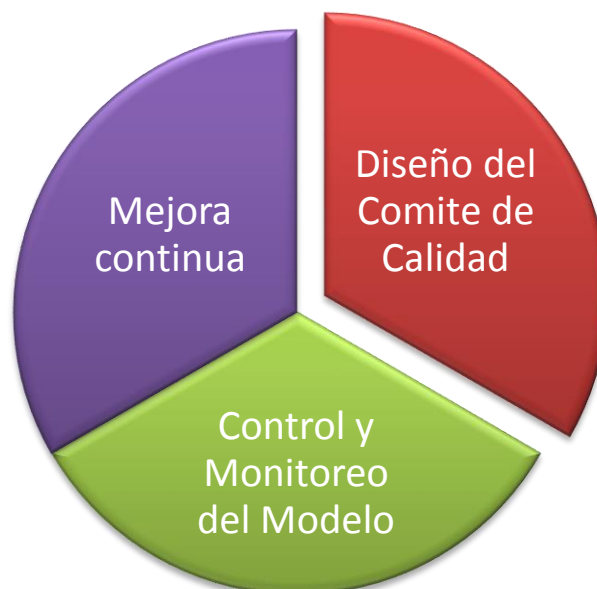
| | | | |
|---|---|---------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 7 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

- Están identificados sus clientes y proveedores.
- Existe un Responsable.
- Se mide y mejora su efectividad y eficiencia.

Garantizar que el plan propuesto se ejecuta, se controla y se ajusta constituye una MEJORA DEL PROCESO; La mejora de los procesos espera lograr la reducción del número de no conformidades detectadas en los servicios que se brindan, dichas inconformidades se refieren a cualquier variación en las características de los servicios que ocasionan el incumplimiento de las necesidades o requisitos de los clientes internos y externos definidos para el servicio.

En el sistema de Gestión por Procesos para el Centro de Rehabilitación de Occidente (CRIO), se integraran los procesos de Medición y Mejora, estos nuevos procesos tienen como propósito orientar al personal en la aplicación de la mejora continua del modelo.

Para la ejecución de estos procesos, se plantea el presente Manual de Mejora Continua, que tendrá los siguientes apartados:



| | | | |
|---|---|--------------------------------|------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 8 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Diseño del comité de Calidad: abarcara los aspectos necesarios para conformar un equipo de calidad en el CRIO, a través de una propuesta de conformación que contiene los Perfiles necesarios de los miembros integrantes del Comité de Calidad, Funciones de cada uno de sus miembros y sus respectivas aptitudes y habilidades requeridas.

El comité será el encargado de realizar evaluaciones internas de calidad, que darán como resultados acciones de mejora al modelo a través de la Implantación de acciones correctivas y preventivas con la evaluación de las inconformidades encontradas y problemas en la implantación del Sistema de Gestión por Procesos, orientando a la ejecución de acciones correctivas y preventivas pertinentes, además de un seguimiento de todas las acciones planteadas para lograr las metas deseadas.

Control del Modelo: En esta etapa del manual se recopilaran todos los indicadores que el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente necesita medir, para controlar los procesos del modelo.

Mejora continua: La mejora continua del modelo se basa en la evaluación continua, a través de la aplicación del Ciclo de Shewart: (Plan, Do, Check, Act), (planificar, hacer, verificar, actuar) de todos los aspectos que conforman el modelo: su diseño, ejecución, las medidas de control y su ajuste.

El modelo de Mejora continua será utilizado dentro del modelo de Gestión por Procesos para identificar problemas o áreas de mejora y garantizar su adaptación continua a la situación del Centro.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 9 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

DISEÑO DE COMITÉ DE CALIDAD

Un Comité de Calidad adoptara un papel muy importante en el funcionamiento del modelo de Gestión por procesos, como parte de la mejora continua en el modelo ya que tendrá como función principal apoyar junto con el representante de la Dirección en la solución de problemas identificados que interfieren con el logro de los objetivos de calidad.

Para el número de miembros del comité se recomienda que no debe exceder de 10 personas debido a que un número mayor de miembros dificulta la coordinación del trabajo mismo, ya que reuniones de este carácter en donde se ve involucrado un gran número de personas resultan ser poco eficientes principalmente a la hora de un consenso o en toma de decisiones. Se propone que los miembros que lo integren sean los siguientes:

- **Presidente del Comité:** Representante de la Dirección CRIO.

Miembros del Comité:

- **Vicepresidente del comité:** Administrador
- **Secretario del comité:** Representante de Apertura de Expediente
- **Vocales:** Representante del Área de Atención de Adultos, Área de niños, Área Médica y representantes del Área de Apoyo. (Psicología, Servicio, Social y Enfermería).

| | | | |
|--|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 10 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

A continuación se muestra de manera de manera esquemática los miembros propuestos que podrán conformar el Comité de Calidad y se describirán sus funciones, aptitudes y habilidades necesarias para cada puesto:



Representante de la Dirección (Presidente)

**Administrador
(Vicepresidente)**

**Representante de Apertura
de Expediente (Secretario)**

Representante
de Atención
Adultos (Vocal)

Representante
de Atención
Niños (Vocal)

Representante
del Area Medica
(Vocal)

Representante
de Area de
Apoyo
Enfermeria
(Vocal)

Representante
de Area de
Apoyo Servicio
Social (Vocal)

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 11 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Propuesta de Perfiles de miembros integrantes del Comité de Calidad

El comité de calidad es un grupo de personas que brinda su apoyo para el establecimiento, documentación, implementación, mantenimiento y la mejora continua del modelo de Gestión por procesos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente. Por ello se definen las funciones que deben de realizar los miembros que lo componen para cumplir con este propósito. A continuación se presentan los perfiles de los miembros del comité de Calidad para el CRIO.

Perfil del Presidente del Comité

a) Funciones del presidente del comité del para la Implementación del modelo de Gestión por procesos.

1. Planificación de actividades relacionadas con la Concientización y Capacitación del personal involucrado con los procesos que formarán parte del Modelo
2. Revisión de la documentación necesaria para el Modelo de Gestión por procesos.
3. Aprobaciones previas para solicitud de recursos materiales para el desarrollo e implementación del Modelo de Gestión por procesos.
4. Dirigir la implementación, evaluación y desarrollo del Modelo de Gestión por Procesos.

b) Funciones del presidente del comité para el funcionamiento del Modelo de Gestión por procesos:

1. Asegurar que se desarrolla, implementa y aplica eficazmente la estructura documentaria que sustenta el Modelo de Gestión por procesos. Así mismo procurar la difusión y comprensión en todos los niveles de la organización.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 12 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

2. Asegurar que se desarrollan y se utilizan los registros requeridos para evidenciar el funcionamiento eficaz del Modelo de Gestión por procesos, además de monitorear la aplicación de los documentos necesarios.
3. Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos y procedimientos diseñados en el modelo de gestión por procesos.
4. Solicitar a los responsables los informes del cumplimiento de: Objetivos de la calidad, Acciones correctivas, acciones preventivas, Capacitaciones, Mantenimiento Preventivo, Indicadores y Medición de la Satisfacción del cliente.
5. Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la capacitación y el entrenamiento del personal así como para las reuniones del Comité de Calidad.
6. Verificar que los documentos y registros establecidos están y son utilizados por los responsables. Verificar la disponibilidad y actualización de las listas de documentos y registros

Funciones del Representante de la Dirección como presidente del comité de Calidad:

1. Presidir las sesiones del Comité y hacer cumplir las resoluciones y acuerdos del mismo.
2. Aprobar los puntos a tratar en las reuniones.
3. Presentar trimestralmente, el informe de avances y resultados en la implantación y el funcionamiento de la Gestión por procesos.
4. Elaborar el plan de actividades anuales a desarrollar por el comité.
5. Designar o en su caso, ratificar a los integrantes del Comité de Calidad cada año, dentro de los 15 primeros días del mes diciembre.



MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-003

Página 13 de 68

VERSION: 01

FECHA DE
ACTUALIZACION

DICIEMBRE
2013

ELABORADO POR:

**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
OCCIDENTE**

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

d) Aptitudes y Habilidades

El representante de la dirección debe poseer como características personales las siguientes aptitudes y habilidades:

Aptitudes:

Poseer aptitud de liderazgo y proactividad.

Poseer espíritu de trabajo en equipo.

Capacidad para establecer relaciones interpersonales dentro de la organización.

Alto interés y compromiso por la mejora continua de la calidad en los servicios.

Capacidad para aceptar sugerencias por parte del personal y usuarios de la Institución.

Habilidades:

Conocimiento sobre el modelo de gestión por procesos diseñado.

Conocimiento sobre los procesos y servicios que presta la Institución.

Capacidad para analizar datos a través de herramientas estadísticas.

Sólidos conocimientos de la normativa y reglamentos que rigen el ISRI.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 14 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Perfil de Miembros del Comité de Calidad

a) Funciones de Miembros del Comité de Calidad

✓ Vice-presidente

1. Coordinar y Asegurar junto con el Presidente del comité que se establezcan, implementen y mantengan los procesos y procedimientos del modelo.
2. Presidir las reuniones del Comité de Calidad en ausencia del Presidente.
3. Hacer llegar al seno del Comité las propuestas y puntos de vista de los usuarios
4. Proponer mejoras para el desempeño de los procesos
5. Informar al Presidente del Comité sobre el funcionamiento del modelo de Gestión en la unidad a su cargo.
6. Velar y apoyar el desarrollo adecuado del proceso de mejora continua.
7. Difundir en su unidad la política y objetivos de calidad, definidos por el Comité.

✓ Secretario

1. Llevar a cabo la logística necesaria para el adecuado funcionamiento del Comité de Calidad.
2. Convocar a la celebración de las sesiones ordinarias o extraordinarias que se realicen.
3. Vigilar la elaboración correcta de la convocatoria, orden del día y el listado de asuntos que se tratarán en cada sesión, incluyendo los documentos necesarios.
4. Levantar acta de cada una de las sesiones y remitirla a los miembros para su firma.
5. Firmar el acta de la sesión a realizarse.
6. Integrar con el presidente del comité el informe de actividades anuales del comité de calidad

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 15 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

7. Hacer llegar al seno del Comité las propuestas y puntos de vista de los usuarios
9. Proponer mejoras para el desempeño de los procesos
10. Velar y apoyar el desarrollo adecuado del proceso de mejora continua.
11. Difundir en su unidad la política y objetivos de calidad, definidos por el Comité.

✓ **Vocales**

1. Asistir a las sesiones ordinarias o extraordinarias que se convoquen;
2. Informar al Presidente del Comité sobre el funcionamiento del modelo de Gestión en la unidad a su cargo.
3. Hacer llegar al seno del Comité las propuestas y puntos de vista de los usuarios
4. Proponer mejoras para el desempeño de los procesos
5. Velar y apoyar el desarrollo adecuado del proceso de mejora continua.
6. Difundir en su unidad la política y objetivos de calidad, definidos por la Dirección.
7. Gestionar los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de calidad.
8. Crear y mantener un ambiente interno adecuado de trabajo.
9. Difundir los programas de trabajo, actividades y las acciones desarrolladas por el Comité en vías de lograr la mejora continua del Modelo de Gestión por procesos.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p> | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 16 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

b) Aptitudes y Habilidades

Los miembros del comité deben poseer como características personales las siguientes aptitudes y habilidades:

Aptitudes:

Poseer aptitud proactiva.

Poseer espíritu de trabajo en equipo.

Capacidad para establecer relaciones interpersonales dentro de la organización.

Alto interés y compromiso por la mejora continúa de la calidad en los servicios.

Capacidad para aceptar sugerencias por parte del personal y usuarios de la Institución.

Habilidades:

Conocimientos sobre calidad en los servicios.

Conocimiento sobre los procesos y servicios que presta la Institución.

Capacidad para analizar datos a través de herramientas estadísticas.

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|
|  <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p> | <h2>MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO</h2> | <p>CODIGO: MCRIO-13-003</p> | <p>Página 17 de 68</p> |
| <p>VERSION: 01</p> | | <p>FECHA DE ACTUALIZACION</p> | <p>DICIEMBRE 2013</p> |
| <p>ELABORADO POR:</p> | <p style="text-align: center;">CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE</p> | <p>FECHA DE APROBACION:</p> | <p>ENERO 2014</p> |

Guía para la formación del Comité de Calidad

Para la formación del Comité de Calidad se debe considerar la propuesta anteriormente citada para la conformación de sus miembros, tomando en cuenta los siguientes pasos:

- 1) Identificar quienes serán los miembros que conformaran el comité
- 2) Convocar a una reunión informativa a los miembros seleccionados
- 3) El director del centro fungirá como presidente del comité, y designara también a los miembros que desarrollaran el papel de vicepresidente y secretario respectivamente.
- 4) Presentar a cada miembro las funciones que desempeñaran en el funcionamiento del Modelo.
- 5) Integrar el comité mediante la firma del acta de constitución

Informar a los miembros del Comité de Calidad que se realizaran 12 sesiones al año repartidas en 1 sesión al mes a las cuales sus miembros deberán asistir puntualmente, designadas estas como oficiales, recalcando que se podrán realizar sesiones extraordinarias según sea la urgencia de los temas a tratar por el comité, a fin de lograr el funcionamiento eficaz del Modelo.

Formación y Preparación:

Igualmente el comité será capacitado y a su vez todo el personal del centro en el funcionamiento del modelo, reforzamiento en la Misión, visión, política y despliegue de objetivos del centro. Análisis de datos y toma de decisiones basadas en hechos y mejora continua.

| | | | |
|--|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 18 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

CONTROL Y MONITOREO DEL MODELO.

La Medición y control de los proceso se realizara a traves de 3 factores importantes ya que al tener estos factores bajo control, El Centro de rehabilitación Integral de Occidente conocerá si el objetivo del modelo propuesto se esta alcanzando:



Evaluación del Usuario externo e interno: Las medidas de la satisfacción del cliente deben considerarse vitales para la evaluación del modelo igualmente la evaluación de los usuarios internos



Indicadores de Proceso: se estableceran los indicadores que permitan conocer el grado de cumplimiento de los objetivos.



Proceso de Seguimiento y control: Se estableceran actividades periodicas para evaluar el cumplimiento de los estandares definidos.

| | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
|  <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p> | <h2>MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO</h2> | <p>CODIGO: MCRIO-13-003</p> | <p>Página 19 de 68</p> |
| <p>VERSION: 01</p> | | <p>FECHA DE ACTUALIZACION</p> | <p>DICIEMBRE 2013</p> |
| <p>ELABORADO POR:</p> | <p style="text-align: center;">CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE</p> | <p>FECHA DE APROBACION:</p> | <p>ENERO 2014</p> |

La medición y el control nos permitirá conocer si el centro trabajo bajo los estándares de calidad y productividad establecidos y alcanzar los objetivos planeados, por lo que si nos hacemos la pregunta: ¿Se están logrando sistemáticamente los objetivos?

- Si la respuesta es **SI** entonces se tiene bajo control el trabajo que se realiza y además los objetivos van orientados a la satisfacción de los usuarios.
- Si la Respuesta es **NO** entonces se necesitara detectar que hace fallar el proceso para alcanzar las metas y resolver las fallas, es decir aplicar el uso de la mejora continua en los procesos.

Evaluación del Usuario Externo e Interno.¹

Este criterio abarcara todos los mecanismos para el seguimiento de la información relativa de la percepción del usuario externo e interno con respecto al cumplimiento de sus requisitos de calidad en el servicio.

El seguimiento de la información relativa de la percepción de los usuarios tanto externos como internos con respecto al cumplimiento de sus requisitos deben considerarse vitales para la evaluación del desempeño del modelo, se elaboraron procesos definidos para este fin los cuales se describen a continuación:

Estos mecanismos están desarrollados en el Capítulo Gestión de Procesos.

| | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
|  <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p> | <h2>MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO</h2> | <p>CODIGO: MCRIO-13-003</p> | <p>Página 20 de 68</p> |
| <p>VERSION: 01</p> | | <p>FECHA DE ACTUALIZACION</p> | <p>DICIEMBRE 2013</p> |
| <p>ELABORADO POR:</p> | <p style="text-align: center;">CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE</p> | <p>FECHA DE APROBACION:</p> | <p>ENERO 2014</p> |

- **Evaluación de Usuario externo:** para realizar la evaluación del servicio relativa a la percepción del Usuario externo se diseñaron los siguientes mecanismos de captación de información.

Sub-proceso: Recepción de quejas y/o sugerencias.

- Este sub-proceso, contendrá la metodología a seguir para la recepción, análisis y seguimiento de todas las quejas que los usuarios de los servicios del CRIO depositen en un buzón debidamente identificado para este fin, estableciendo un procedimiento detallado con responsables definidos para una mejor eficacia en la resolución de las quejas.

Sub-proceso: Encuesta de satisfacción al usuario externo.

- Este sub-proceso, contiene un procedimiento mediante el cual se pretende dar una pauta a seguir en cuanto a la medición de la satisfacción del usuario del CRIO mediante instrumentos elaborados metodológicamente, para determinar el nivel de calidad que el usuario percibe sobre la atención.

Evaluación de Usuario Interno:

Estos son los dueños de los procesos y procedimientos del CRIO, son los empleados que están inmersos en brindar un servicio de calidad a los usuarios, para captar sus opiniones de mejora acerca de la gestión del centro se elaboraron procesos definidos para este fin los cuales se describen a continuación:

Sub-proceso: Recepción de quejas y/o sugerencias.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 21 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

- Se establecerá un procedimiento, mediante el cual los empleados del CRIO, puedan hacer las respectivas quejas sobre aspectos que ellos consideren pertinentes, y que puedan llegar a afectar el clima organizacional, o en la calidad de los servicios que ellos prestan.

Sub-proceso: Encuesta de satisfacción al Usuario interno.

- Se elaborara un procedimiento mediante el cual se pueda medir los niveles de clima organizacional existentes en el CRIO, mediante un instrumento de medición para tal finalidad.

Monitorización de Indicadores Claves:

Indicadores de Desempeño

Para medir y controlar los diferentes procesos se procederá a diseñar indicadores claves de desempeño o KPI por sus siglas en ingles Key Performanc Index.

Para llevar a cabo estas mediciones, es imprescindible contar con un Sistema de Información Integral en el que se contemplen las diferentes dimensiones de la calidad, se utilicen diferentes métodos para obtener la información, y estén diseñados los indicadores de evaluación precisos.

Es decir, un sistema de evaluación y seguimiento de calidad exige un sistema de información que lo sustente, y que se constituye como la base fundamental para la valoración de la mejora a largo plazo. Éste ha de tener cobertura integral, con el fin de facilitar tanto la obtención de indicadores globales como las fuentes de datos que permitan la gestión de casos y la trazabilidad de los mismos a lo largo del proceso.

Es necesario establecer cuáles serán los indicadores que el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente necesita medir, para controlar los procesos del modelo valorando la eficiencia no sólo desde el punto de vista de la calidad técnica, sino también de la percibida por los usuarios.

| | | | |
|--|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 22 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Debido a la naturaleza de la instituciones, que ofrecen servicios médicos de rehabilitación, es necesario controlar dos variables claves; la variable epidemiológica, la cual permitirá establecer el perfil epidemiológico, y brindara información hacia donde el centro deberá orientar sus servicios, así también, se deberá controlar las variables del proceso, las cuales permitirán controlar que los recursos empleados en el centro se consuman de manera eficiente, estableciendo un horizonte de planeación de capacidad, estas variables se representaran en indicadores de la siguiente forma:

- **Indicadores Epidemiológicos:**² Estos brindaran información del perfil epidemiológico de los diferentes usuarios, y servirán de retroalimentación sobre la prestación del servicio a ofrecer en el Centro de Rehabilitación de Occidente.

Entre los Indicadores Epidemiológicos podrían establecerse:

- Demanda de servicios por locación
- Demanda de usuarios por Diagnostico
- Demanda de servicios por edad

- **Indicadores del Proceso** de Rehabilitación: Estos servirán para el control de los recursos o las entradas del proceso, evaluaran la relación entre los recursos y el grado de aprovechamiento del proceso de rehabilitación. Entre estos indicadores podemos encontrar:

- Eficiencia del proceso
- Demanda de usuarios por tipo de servicio

² Ver Apéndice I: Población que padece de alguna limitación permanente según departamento y sexo. Censo 2007, como base para el establecimiento de los estándares epidemiológicos.

| | | | |
|--|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 23 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

- Rotación de Cupos
- Tiempos de Atención Promedio por Proceso

- **Indicadores del Proceso de gestión de la Agenda Médica:** Estos servirán para el control de los tiempos de atención que los usuarios esperan para recibir su consulta especialista como los niveles de cumplimiento de los estándares del centro y evaluarán la relación entre los recursos y el grado de aprovechamiento de los mismos. Entre estos indicadores podemos encontrar:

| <i>Indicador</i> | <i>Descripción</i> |
|--|---|
| Tiempo promedio de espera de consulta médica por Prioridad: | Tiempo promedio que esperan los usuarios según su prioridad desde la solicitud de su cita médica especialista hasta su programación. |
| Nivel de cumplimiento de estándares de espera por prioridad | Porcentaje de cumplimiento de los estándares de tiempo de espera de los usuarios para recibir la consulta médica especialista según su prioridad |
| Actividad e Inactividad del Personal Médico | Porcentaje del tiempo en actividades productivas de los médicos especialistas y el porcentaje de inactividad de los médicos especialistas por ausencia del usuario. |
| Porcentaje de Inasistencia del Usuario. | Porcentaje de inasistencia del usuario a su consulta médica especialista |
| Porcentaje de usuarios por especialidad médica. | Porcentaje según especialidad médica de los usuarios que solicitan sus servicios médicos. |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 24 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

- **Indicadores de satisfacción del cliente:**

Estos Indicadores servirán para medir la eficiencia de los mecanismos diseñados para la evaluación de satisfacción de los usuarios y cuantificar la satisfacción del usuario. Entre estos indicadores podemos encontrar:

- **Nivel de Resolución de Quejas:** Eficiencia con la cual las quejas son resueltas en el Centro
- **Nivel de calidad del servicio:** Determinar cuántas quejas por cada usuario atendido en un mes.
- **Nivel de satisfacción del cliente externo:** Medirá el grado de satisfacción que tienen los usuarios del Centro respecto al servicio y la atención del personal.
- **Nivel de satisfacción del cliente interno:** Determinara el grado de satisfacción y compromiso que tienen los empleados del Centro respecto al desempeño de sus procesos.

A continuación cada indicador se detallara a través de una hoja metodológica sugerida que contendrá aspectos importantes por cada indicador a continuación se presenta la estructura básica que se seguirá para la ficha técnica de cada indicador:

Estructura Básica de los Indicadores³

- **Nombre del indicador:** Denominación del indicador.
- **Proceso para medición del indicador:** Denominación del proceso para *el Seguimiento* y Control del indicador
- **Objetivo del Indicador:** Señalara el para que se estableció el indicador y que es lo que se mide.

³ GUINART I., Joseph María. Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas. Ponencia VII Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá, 2003. Retomada del capítulo II Gestión de indicadores del presente trabajo

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 25 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |


- **Procesos que suministran información:** Denominación de los procesos del cual se deriva la información.
- **Responsable de calcular:** El responsable de calcular y controlar los indicadores.
- **Usuarios del indicador:** Se establecerán quienes serán los clientes, y que directa o indirectamente necesitan conocer el indicador para establecer las acciones que se deriven de la medición del indicador.
- **Descripción del Indicador:** Breve descripción del indicador.
- **Tipo de Indicador:** Se clasificara por Incremental, Decremental o Neutro según sea el objetivo del indicador que se espera para la institución ya sea el aumento (Incremento), disminución del mismo (Decremento) o la neutralidad del mismo es decir indicador utilizado como parámetro para decisiones estratégicas.
- **Formula del indicador:** Método para el cálculo del indicador.
- **Nivel de Referencia o Estándar:** Pueden ser metas, datos históricos, un estándar establecido, un requerimiento del cliente o de la competencia, o una cifra acordada por consenso con el grupo.
- **Frecuencia de Recolección:** Periodo de Medición y control de indicador para su análisis.
- **Fuente de Datos:** Describirá el personal, instrumentos, informáticos, que participaran y permitirán la recolección de datos.
- **Presentación del Indicador:** Se graficara la tendencia del indicador en un periodo de tiempo establecido.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 26 de 68 |
| | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| VERSION: 01 | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

A continuación se presentan las fichas de los indicadores planteadas

INDICADORES EPIDIOMELOGICOS:

👤 Demanda de Servicios por Locación:

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | |
|---|---|--------|-------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 | FECHA: | Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Demanda de Servicios por locación | | |
| Proceso para medición del Indicador: | <i>Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores.</i> | | |
| Objetivo del Indicador: | Conocer la frecuencia de las locaciones de procedencia de los usuarios del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente | | |
| Procesos que suministran información: | Apertura de Expediente | | |
| Responsable de calcular | Auxiliar de Estadística | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | |
| Descripción del Indicador | Identificar cuáles son las mayores o más frecuentes locaciones de procedencia de los usuarios del Centro. | | |
| Tipo de Indicador | Neutro | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Demanda de Servicios por Locacion} = \frac{\text{Numero de Usuarios por locación}}{\text{Total de Usuarios Ingresados}}$ | | |
| Estándar: | Ahuachapán: $\geq 24\% \leq 15\%$ Santa Ana: $\geq 45\% \leq 60\%$ Sonsonate $\geq 31\% \leq 24\%$ Otros: $\leq 1\%$ | | |
| Frecuencia Recolección | Trimestral | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Anillo <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>Locaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Locacion 1 ■ Locacion 2 </div>  </div> | | |



MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-003

Página 27 de 68

VERSION: 01

FECHA DE
ACTUALIZACION

DICIEMBRE
2013

ELABORADO POR:


**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
OCCIDENTE**

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

Demanda de Usuarios por Diagnostico


FICHA TECNICA DE INDICADORES

| | | | |
|---|---|---------------|-------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 | FECHA: | Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Demanda de Usuarios por Diagnostico | | |
| Proceso para medición del Indicador: | <i>Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores.</i> | | |
| Objetivo del Indicador: | Conocer la frecuencia de los diagnósticos de los usuarios del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente | | |
| Procesos que suministran información: | Apertura de Expediente | | |
| Responsable de calcular | Auxiliar de Estadística | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | |
| Descripción del Indicador | Identificar cuáles son las mayores o más frecuentes diagnósticos detectados en los usuarios del Centro. | | |
| Tipo de Indicador | Neutro | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Demanda de Servicios por Diagnostico} = \frac{\text{Numero de Usuarios por Diagnostico}}{\text{Total de Usuarios Ingresados}}$ | | |
| Estándar: | Neuromusculares y de Movimiento $\geq 57\% \leq 62\%$ Las Funciones Sensoriales y de Dolor $\geq 16\% \leq 21\%$ Las Funciones Mentales $\geq 9\% \leq 14\%$ Las Funciones de la Voz y el Habla $\geq 6\% \leq 11\%$ | | |
| Frecuencia Recolección | Trimestral | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Anillo Locaciones <ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostico A ■ Diagnostico B ■ Diagnostico C  | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|--|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 28 de 68 |
| | | VERSION: 01 | FECHA DE ACTUALIZACION DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Demanda de Usuarios por Edad

INDICADORES DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | |
|---|--|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 |
| Nombre del Indicador: | Demanda de Usuarios por Edad |
| Proceso para medición del Indicador: | <i>Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores.</i> |
| Objetivo del Indicador: | Conocer la proporción de edad de los usuarios del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente. |
| Procesos que suministran información: | Apertura de Expediente |
| Responsable de calcular | Auxiliar de Estadística |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. |
| Descripción del Indicador | Identificar los rangos de edad de los usuarios del centro de mayor proporción. |
| Tipo de Indicador | Neutro |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Demanda de Servicios por Edad} = \frac{\text{Numero de Usuarios por Edad}}{\text{Total de Usuarios Ingresados}}$ |
| Estándar:⁴ | Atención Adultos <=55% Atención Niñez y Adolescencia <=45% |
| Frecuencia Recolección | Trimestral |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Anillo  <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 - 5 años ■ 5 - 10 años ■ 10 - 15 años |

⁴Base: Capacidad del Centro según Gestión de los servicios CRIO Junio 2012 a Mayo 2013.



MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-003

Página 29 de 68

VERSION: 01

FECHA DE
ACTUALIZACION

DICIEMBRE
2013

ELABORADO POR:

**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
OCCIDENTE**

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

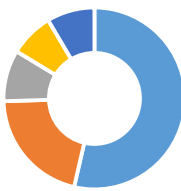
Eficiencia del Proceso

FICHA TECNICA DE INDICADORES

| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------|-----------|---------|---------|---------|-------------|----|----|----|-------------|----|----|----|-------------|----|----|----|-------------|----|----|----|
| Nombre del Indicador: | Eficiencia del Proceso | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proceso para medición del Indicador: | <i>Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores.</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objetivo del Indicador: | Medir la eficiencia de los diferentes procesos del Centro. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procesos que suministran información: | Todos los sub-procesos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsable de calcular | Jefa de Terapia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | Identificar el nivel de eficiencia de los diferentes procesos del centro mediante el análisis de las atenciones realizadas sobre las atenciones programadas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Indicador | Incremental | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Eficiencia del Proceso} = \sum_0^n \frac{\text{Numero de atenciones realizadas}}{\text{Numero de atenciones programadas}}$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estándar: | Eficiencia del Proceso $\geq 95\%$ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Recolección | Mensualmente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación del Indicador | <p>Grafico Lineal</p> <table border="1"> <caption>Data for Eficiencia del Proceso Line Graph</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Serie 1</th> <th>Serie 2</th> <th>Serie 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Categoría 1</td> <td>~8</td> <td>~5</td> <td>~5</td> </tr> <tr> <td>Categoría 2</td> <td>~7</td> <td>~6</td> <td>~5</td> </tr> <tr> <td>Categoría 3</td> <td>~6</td> <td>~5</td> <td>~5</td> </tr> <tr> <td>Categoría 4</td> <td>~7</td> <td>~5</td> <td>~6</td> </tr> </tbody> </table> | | Categoría | Serie 1 | Serie 2 | Serie 3 | Categoría 1 | ~8 | ~5 | ~5 | Categoría 2 | ~7 | ~6 | ~5 | Categoría 3 | ~6 | ~5 | ~5 | Categoría 4 | ~7 | ~5 | ~6 |
| Categoría | Serie 1 | Serie 2 | Serie 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Categoría 1 | ~8 | ~5 | ~5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Categoría 2 | ~7 | ~6 | ~5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Categoría 3 | ~6 | ~5 | ~5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Categoría 4 | ~7 | ~5 | ~6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

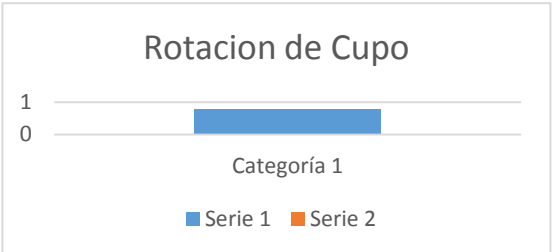
| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 30 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

 **Demanda de usuarios por tipo de servicio.**

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | | |
|---|--|------------|--|--------------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | | VERSION: 1 | | FECHA: Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Demanda de usuarios por tipo de servicio | | | |
| Proceso para medición del Indicador: | <i>Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores.</i> | | | |
| Objetivo del Indicador: | Conocer la proporción de la demanda en los diferentes servicios del Centro. | | | |
| Procesos que suministran información: | Programación de Citas | | | |
| Responsable de calcular | Jefe de Terapias | | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. Comité de Calidad | | | |
| Descripción del Indicador | Identificar cuáles son los servicios que tienen mayor demanda. | | | |
| Tipo de Indicador | Neutro | | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Demanda de Servicios} = \frac{\text{Numero de Usuarios por Servicio}}{\text{Total de Usuarios}}$ | | | |
| Estándar: | Terapia Física <= 60% Terapia Ocupacional <=20% Terapia de Lenguaje y Psicológica <20% | | | |
| Frecuencia Recolección | Trimestral | | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Anillo <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>Servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Servicio 1 ■ Servicio 2 ■ Servicio 3 </div>  </div> | | | |


| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 31 de 67 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

 **Rotación de Cupos**

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | |
|---|---|---------------|-------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 | FECHA: | Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Rotación de Cupos | | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | |
| Objetivo del Indicador: | Medir el nivel de rotación de cupos en el Centro. | | |
| Procesos que suministran información: | Todos los sub-procesos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente | | |
| Responsable de calcular | Jefa de Terapia | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | |
| Descripción del Indicador | Describirá el nivel de rotación de usuarios que tiene el proceso de rehabilitación en periodo | | |
| Tipo de Indicador | Incremental | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Rotacion de Cupos} = \frac{\text{Numero de Egresos}}{\text{Numero de Ingresos}}$ | | |
| Estándar: | Mayor a 1.0 | | |
| Frecuencia Recolección | Mensualmente | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Barra  | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 32 de 67 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

 **Tiempos de Atención Promedio por Proceso**


| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | |
|---|---|-------------------|---------------------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Tiempos de Atención Promedio por Proceso | | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | |
| Objetivo del Indicador: | Presentar el tiempo de atención promedio en las diferentes unidades de atención al usuario del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente | | |
| Procesos que suministran información: | Todos los sub-procesos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente | | |
| Responsable de calcular | Jefa de Terapia | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | |
| Descripción del Indicador | Medirá el tiempo promedio de atención en los diferentes procesos de rehabilitación. | | |
| Tipo de Indicador | Decremental | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Tiempo de Consulta Promedio} = \sum_0^n \frac{\text{Tiempo de inicio}(n) - \text{Tiempo final}(n)}{n}$ | | |
| Frecuencia Recolección | Mensualmente | | |
| Estandar | 40 minutos <= Atención Medica <=45 minutos. 38 minutos <= Atención Terapia <= 45 minutos 40 minutos <= Atención Psicología <= 45 minutos. | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Barras  | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 33 de 67 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

INDICADORES DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LA AGENDA MÉDICA:

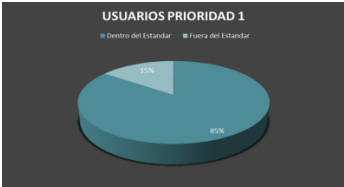
A continuación se presenta la ficha técnica de los indicadores para la gestión del proceso de agenda médica:

Tiempo promedio de espera de consulta médica por Prioridad


| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | |
|---|--|-------------------|---------------------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Tiempo promedio de espera de consulta médica por Prioridad | | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | |
| Objetivo del Indicador: | Conocer el tiempo promedio que esperan los usuarios según su prioridad desde la solicitud de su cita médica especialista hasta su programación. | | |
| Procesos que suministran información: | Proceso de Programación de Cita médica. | | |
| Responsable de calcular | Encargado de Archivo. | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | |
| Descripción del Indicador | Describir el tiempo promedio en días que los usuario según su prioridad espera para recibir su consulta médica especialista desde que solicita su cita hasta su programación; este indicador será determinado por cada uno de los especialistas. | | |
| Tipo de Indicador | Decremental | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Tiempo promedio por prioridad} = \frac{\sum \text{tiempos entre solicitud y programacion de cita medica por cada especialista}}{\text{total de usuarios solicitantes por prioridad}}$ | | |
| Estándar: | Prioridad 1= <= 7 Días; Prioridad2= <= 30 Días; Prioridad3= <= 90 Días. | | |
| Frecuencia Recolección | Cada 4 meses. | | |
| Fuente de Datos | Los datos para el cálculo del indicador serán tomados del sistema de Gestión de la Agenda medica | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Barras.  | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 34 de 67 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

 **Nivel de cumplimiento de estándares de espera por prioridad**

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | |
|---|--|-------------------|---------------------------|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Nivel de cumplimiento de estándares de espera por prioridad. | | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | |
| Objetivo del Indicador: | Conocer porcentaje de cumplimiento de los estándares de tiempo de espera de los usuarios para recibir la consulta médica especialista según su prioridad | | |
| Procesos que suministran información: | Proceso de Programación de Cita médica. | | |
| Responsable de calcular | Encargado de Archivo. | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | |
| Descripción del Indicador | Describe el nivel de cumplimiento de la institución con respecto a los estándares de tiempo de espera para consulta médica según prioridad; este indicador también podrá ser analizado por cada especialidad médica y globalmente. | | |
| Tipo de Indicador | Incremental | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\frac{\sum \text{Usuarios que cumplen el estandar de tiempo por prioridad}}{\text{total de usuarios solicitantes por prioridad}} \times 100$ | | |
| Estándar: | <= 85 fuera del estándar mínimo requerido de cumplimiento para la institución. >= 85 cumple con el estándar mínimo de cumplimiento para la institución. | | |
| Frecuencia Recolección | Cada 4 meses. | | |
| Frecuencia Recolección | Cada 4 meses. | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Pastel  | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 35 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | |
|---|---|
| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 |
| Nombre del Indicador: | Porcentaje de Inasistencia del Usuario |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. |
| Objetivo del Indicador: | Conocer porcentaje de inasistencia del usuario a las consulta médica especialista |
| Procesos que suministran información: | Proceso de Programación de Cita médica. |
| Responsable de calcular | Encargado de Archivo. |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. |
| Descripción del Indicador | Conocer el Porcentaje de inasistencia del usuario a su consulta médica especialista, Este indicador podrá ser analizado por cada especialidad médica y globalmente. |
| Tipo de Indicador | Decremental |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Porcentaje de Inasistencia del usuario} = \frac{\sum \text{Usuarios inasistentes}}{\text{total de usuarios con cita}} \times 100$ |
| Estándar: | <= 70 fuera del estándar mínimo requerido de cumplimiento para la institución. >= 70 cumple con el estándar mínimo de cumplimiento para la institución. |
| Frecuencia Recolección | Mensualmente |
| Fuente de Datos | Los datos para el cálculo del indicador serán tomados del sistema de Gestión de la Agenda médica. |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Barras o de Pastel.  |



MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-003

Página 36 de 68

VERSION: 01

FECHA DE
ACTUALIZACION

DICIEMBRE
2013

ELABORADO POR:

**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
OCCIDENTE**

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

Porcentaje de usuarios por especialidad médica.

FICHA TECNICA DE INDICADORES

| CODIGO: CRIO-QM-1 | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------|--------------|------------|-----------|-----|-----------|-----|------------|-----|
| Nombre del Indicador: | Porcentaje de usuarios por especialidad médica. | | | | | | | | | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | | | | | | | | |
| Objetivo del Indicador: | Conocer porcentaje según especialidad médica de los usuarios que solicitan sus servicios médicos e identificar la especialidad más demandada a fin de controlar mejor los recursos disponibles. | | | | | | | | | |
| Procesos que suministran información: | Proceso de Programación de Cita médica. | | | | | | | | | |
| Responsable de calcular | Encargado de Archivo. | | | | | | | | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | Describe la especialidad médica más demandada por los usuarios lo que proporciona un panorama de las necesidades médicas de los usuarios del centro. | | | | | | | | | |
| Tipo de Indicador | Neutro | | | | | | | | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\frac{\sum \text{Usuarios con cita programada por especialidad}}{\text{total de usuarios con cita medica especialista}} \times 100$ | | | | | | | | | |
| Estándar: | Dato Histórico anterior tomado como referencia. | | | | | | | | | |
| Frecuencia Recolección | Cada 3 meses. | | | | | | | | | |
| Fuente de Datos | Los datos para el cálculo del indicador serán tomados del sistema de Gestión de la Agenda médica. | | | | | | | | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Pastel. <table border="1"> <caption>Usuarios por Especialidad Médica</caption> <thead> <tr> <th>Especialidad</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fisiatras</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>Pediatras</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Ortopedias</td> <td>10%</td> </tr> </tbody> </table> | | Especialidad | Porcentaje | Fisiatras | 30% | Pediatras | 60% | Ortopedias | 10% |
| Especialidad | Porcentaje | | | | | | | | | |
| Fisiatras | 30% | | | | | | | | | |
| Pediatras | 60% | | | | | | | | | |
| Ortopedias | 10% | | | | | | | | | |



MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-003

Página 37 de 68

VERSION: 01

FECHA DE
ACTUALIZACION

DICIEMBRE
2013

ELABORADO POR:

**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
OCCIDENTE**

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

INDICADORES DE SATISFACCION DEL CLIENTE

👤 Nivel de Resolución de Quejas.

FICHA TECNICA DE INDICADORES

| CODIGO: | SC-001 | VERSION: 1 | FECHA: | Enero 2014. | | | | | | | | |
|---|--|-------------------|---------------|-------------|-----------|---------|---------|-------|-------------|----|----|-----|
| Nombre del Indicador: | Nivel de Resolución de Quejas | | | | | | | | | | | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | | | | | | | | | | |
| Objetivo del Indicador: | Identificar la eficiencia con la cual las quejas son resueltas en el Centro | | | | | | | | | | | |
| Procesos que suministran información: | Recepción de quejas y/o sugerencias cliente externo. | | | | | | | | | | | |
| Responsable de calcular | Comité de Calidad | | | | | | | | | | | |
| Usuarios de la información recolectada | Comité de Calidad | | | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | Indicar en que índice se resuelven las quejas que se reciben en el CRIO. | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Indicador | Incremental | | | | | | | | | | | |
| Fórmula para calcular el indicador | Eficacia en atención de quejas = $\frac{\text{Numero total de quejas resueltas}}{\text{Numero total de quejas recibidas}} \times 100\%$ | | | | | | | | | | | |
| Estándar: | >= 80% | | | | | | | | | | | |
| Frecuencia Recolección | Mensual | | | | | | | | | | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | | | | | | | | | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Barras Anidado <table border="1"> <caption>Datos del Gráfico de Barras Anidado</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Serie 1</th> <th>Serie 2</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Categoría 1</td> <td>80</td> <td>20</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> | | | | Categoría | Serie 1 | Serie 2 | Total | Categoría 1 | 80 | 20 | 100 |
| Categoría | Serie 1 | Serie 2 | Total | | | | | | | | | |
| Categoría 1 | 80 | 20 | 100 | | | | | | | | | |



MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-003

Página **38** de **68**

VERSION: 01

FECHA DE
ACTUALIZACION

DICIEMBRE
2013

ELABORADO POR:

**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
OCCIDENTE**

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

Nivel de calidad del servicio

FICHA TECNICA DE INDICADORES

| CODIGO: | SC-002 | VERSION: 1 | FECHA: | Enero 2014. | | | | | | |
|---|---|-------------------|---------------|-------------|-----------|------------|--------------------|-----|------------------|-----|
| Nombre del Indicador: | Nivel de calidad del servicio | | | | | | | | | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | | | | | | | | |
| Objetivo del Indicador: | Determinar cuántas quejas por cada usuario atendido en un mes. | | | | | | | | | |
| Procesos que suministran información: | Recepción de quejas y/o sugerencias cliente externo. | | | | | | | | | |
| Responsable de calcular | Comité de Calidad | | | | | | | | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | | | | | | | | |
| Descripción del Indicador | Indicar cuantas quejas se reciben por cada atención al usuario en un mes. | | | | | | | | | |
| Tipo de Indicador | Neutro | | | | | | | | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Nivel de calidad de el servicio} = \frac{\text{Numero de quejas recibidas /mes}}{\text{Numero de usuarios atendidos/mes}} \times 100$ | | | | | | | | | |
| Estándar: | Ninguno | | | | | | | | | |
| Frecuencia Recolección | Mensual | | | | | | | | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | | | | | | | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Pastel <table border="1"> <caption>Eficiencia en atención de quejas</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Usuarios atendidos</td> <td>89%</td> </tr> <tr> <td>quejas recibidas</td> <td>11%</td> </tr> </tbody> </table> | | | | Categoría | Porcentaje | Usuarios atendidos | 89% | quejas recibidas | 11% |
| Categoría | Porcentaje | | | | | | | | | |
| Usuarios atendidos | 89% | | | | | | | | | |
| quejas recibidas | 11% | | | | | | | | | |



MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-003

Página 39 de 68

VERSION: 01

FECHA DE
ACTUALIZACION

DICIEMBRE
2013

ELABORADO POR:

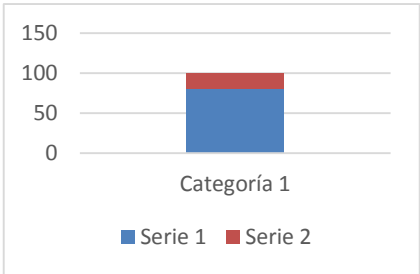
**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
OCCIDENTE**

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 40 de 68 |
| | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| VERSION: 01 | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

 **Nivel de Satisfacción del Usuario Externo**

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | | | |
|---|---|-------------------|---------------------------|
| CODIGO: | SC-003 | VERSION: 1 | FECHA: Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Nivel de Satisfacción del Usuario Externo | | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | |
| Objetivo del Indicador: | Determinar el grado de satisfacción de los usuarios internos sobre los servicios de rehabilitación que ofrece el CRIO | | |
| Procesos que suministran información: | Encuesta de Satisfacción al Cliente Externo | | |
| Responsable de calcular | Comité de Calidad | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | |
| Descripción del Indicador | Indicará la calificación que el usuario externo hace de manera global a los servicios, personal del CRIO, evaluando un nivel de satisfacción. | | |
| Tipo de Indicador | Neutro | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Nivel de Satisfacción del U. Externo} = \frac{\sum(\text{Ponderación de P.34})}{\text{Número de encuestas efectuadas}}$ | | |
| Estándar: | <= 85% | | |
| Frecuencia Recolección | Semestral | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | |
| Presentación del Indicador | Gráfico de Barras Anidado  | | |

 **Nivel de Satisfacción del Usuario Interno**



MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-003

Página **41** de **68**

VERSION: 01

FECHA DE
ACTUALIZACION

DICIEMBRE
2013

ELABORADO POR:

**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
OCCIDENTE**

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

FICHA TECNICA DE INDICADORES

| | | | | |
|---|---|-------------------|---------------|-------------|
| CODIGO: | SC-004 | VERSION: 1 | FECHA: | Enero 2014. |
| Nombre del Indicador: | Nivel de Satisfacción del Usuario Interno | | | |
| Proceso para medición del Indicador: | Proceso de Seguimiento y Control de los Indicadores. | | | |
| Objetivo del Indicador: | Determinar el grado de satisfacción y compromiso del cliente interno del CRIO | | | |
| Procesos que suministran información: | Encuesta de Satisfacción al Cliente Interno | | | |
| Responsable de calcular | Comité de Calidad | | | |
| Usuarios de la información recolectada | Director del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y Comité de Calidad. | | | |
| Descripción del Indicador | Indicará la calificación con la que el usuario interno está comprometido con los procesos que realiza y el nivel de satisfacción con el cual los ejecuta. | | | |
| Tipo de Indicador | Neutro | | | |
| Fórmula para calcular el indicador | $\text{Nivel de Satisfacción del U. Interno} = \frac{\sum(\text{Ponderación de la encuesta})}{\# \text{ de encuestas efectuadas} \times \text{Punt.Total}}$ | | | |
| Estándar: | <= 85% | | | |
| Frecuencia Recolección | Semestral | | | |
| Fuente de Datos | Los datos serán tomados del Sistema de Gestión de Indicadores CRIO | | | |
| Presentación del Indicador | <p>Gráfico de Barras Anidado</p> <p>■ Serie 1 ■ Serie 2</p> | | | |

Proceso de Seguimiento y Control de Indicadores.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 42 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Para llevar a cabo el seguimiento y el control de los indicadores se establecerán actividades periódicas para evaluar el cumplimiento de los estándares definidos. Para ello se caracterizara a continuación el proceso de seguimiento y control del modelo de Gestión por procesos:

☉ Identificación y establecimiento de requisitos del Proceso

Proceso: Proceso de Seguimiento y Control del Modelo.

- **Formación del Comité de Calidad:** Se deberá de formar un equipo de trabajo con carácter Multidisciplinario y sus principales funciones serán: Planificación de reuniones de trabajo y el análisis de resultados.
- **Reporte de Indicadores de desempeño:** El encargado de cada indicador realizara el reporte para ser analizado de acuerdo a la frecuencia y detalle descrito en cada una de sus fichas técnicas para su seguimiento.

☉ Límites del Proceso.

| | |
|-----------|--|
| Proveedor | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encargado de Indicadores. |
| Entrada | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reporte de Indicadores. |
| Proceso | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proceso de Seguimiento y Control. |
| Salida | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe sobre los resultados del cálculo y el análisis de los indicadores. |
| Usuario | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuario Interno: Comité de Calidad. |

☉ Recursos empleados en el Proceso.



MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-003

Página **43** de **68**

VERSION: 01

FECHA DE
ACTUALIZACION

DICIEMBRE
2013

ELABORADO POR:

**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
OCCIDENTE**


FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

| PROCESO | RECURSO HUMANO | | RECURSO FISICOS. | | |
|-----------------------------------|----------------|---------------------------|------------------|-------------|--|
| Proceso de Seguimiento y Control. | 1 | Equipo Multidisciplinario | Cant. | Equipo | Intangible |
| | | | 10 | Sillas | Software Microsoft Office Windows 2010 |
| | | | 1 | Mesa | |
| | | | 1 | Cañón | |
| | | | 1 | computadora | |
| | | | 1 | pizarra | |
| | | | 1 | plumón | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 44 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

☉ FICHA DEL PROCESO.

| | | | |
|---|---|--|--|
|  | CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE Ficha del Proceso | | |
| Proceso: Proceso de Seguimiento y Control de Indicadores. | Frecuencia: Mensualmente | | |
| Finalidad: Realizar el Análisis de los indicadores a fin de establecer la situación existente en ese momento y descubrir problemas y áreas de oportunidad. | | | |
| ALCANCE | <input checked="" type="radio"/> Inicia: Reporte de Indicadores. <input checked="" type="radio"/> Finaliza: Informe sobre el análisis de los indicadores | | |
| PROCESOS CON LOS QUE SE RELACIONA: Procesos de Rehabilitación Integral | | | |
| ENTRADA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reporte de Indicadores. | | | |
| PROVEEDOR: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encargados de Indicadores. | | | |
| SALIDA: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe sobre los resultados del cálculo y el análisis de los indicadores. | | | |
| CLIENTE INTERNO: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comité de Calidad y Dirección CRIO. | | | |
| FORMATOS: Hoja de resultados del Indicador. ⁵ | | | |

⁵ Ver formato en este apartado.

| | | | |
|--|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 45 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

| | | | |
|---|---|---|--|
|  | HOJA DE PROCESO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INDICADORES. | | Elaboración: Febrero 2014 Revisión: Febrero 2014 Pág.: 1/1 |
| FINALIDAD: Realizar el Análisis de los indicadores a fin de establecer la situación existente en ese momento y descubrir problemas y áreas de oportunidad. | | APLICA A: Comité de Calidad. | |
| Ejecutor | Flujograma | Descripción: | |
| 1-7. Comité de Calidad | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Repasar objetivos de los procesos a analizar y establecimiento de requisitos del usuario del proceso. 2. Explicar cada uno de los indicadores a analizar y sus rangos aceptables para el centro y su forma de calcular cada indicador. 3. Evaluar los registros obtenidos por cada indicador y compararlos | |



MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-003

Página 46 de 68

VERSION: 01

FECHA DE
ACTUALIZACION

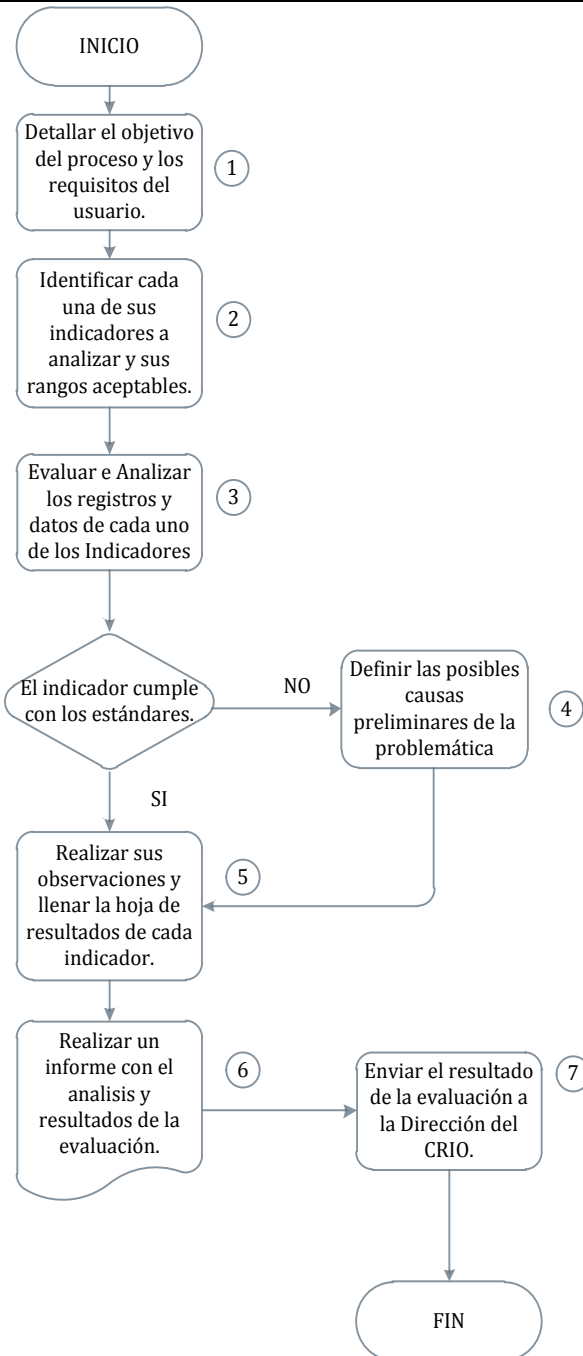
DICIEMBRE
2013

ELABORADO POR:

**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
OCCIDENTE**

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014



con respecto a los objetivos del centro.

4. Si el indicador no cumple con el estándar, se analiza las causas preliminares del resultado obtenido.
5. Si el indicador cumple con el estándar, se realizan observaciones del resultado y se analiza si hay oportunidades de mejora preliminares utilizando el formato de hoja de resultados para cada indicador.
6. Realizar un informe con el análisis y resultados de la evaluación.


| | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
|  <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p> | <h2>MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO</h2> | <p>CODIGO: MCRIO-13-003</p> | <p>Página 47 de 68</p> |
| <p>VERSION: 01</p> | | <p>FECHA DE ACTUALIZACION</p> | <p>DICIEMBRE 2013</p> |
| <p>ELABORADO POR:</p> | <p>CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE</p> | <p>FECHA DE APROBACION:</p> | <p>ENERO 2014</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>7. Se le envía el resultado del análisis a la Dirección del CRIO.</p> |
|--|--|--|

| | | | |
|---|---|------------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 48 de 68 |
| | VERSION: 01 | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| | ELABORADO POR: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: ENERO 2014 | |

Formato de hoja de Resultados por Indicador.

Para documentar el Seguimiento y control de los indicadores se propone el siguiente formato para su análisis:

| | | | | | |
|---|---|---------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--|
|  | CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE | | | CODIGO DEL INDICADOR: CRIO- QM-1 | |
| | RESULTADOS POR INDICADOR | | | INSTITUCIÓN: CRIO | |
| | | | | PAGINA 1/1 | |
| Nombre del Indicador: Porcentaje de Inasistencia del usuario. | | | Tipo de Indicador: Decremental | | |
| DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR | | | | | |
| Formula del indicador | Fuente de Datos | Frecuencia de Medición | Tendencia | Responsable de la Medición | |
| | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE RANGOS | | | | | |
| Normal | | Riesgo | | Problema | |
| | | | | | |
| RESULTADOS | Periodos (Meses) | | | | |
| | Enero- marzo | Abril- Junio | Julio-septiembre | Octubre- Diciembre | |
| Indicador (resultado) | | | | | |
| Fecha de Análisis | | | | | |
| Análisis de Datos | | | | | |
| Observaciones | | | | | |
| Meta para próximo periodo. | | | | | |

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 49 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

 **CONSIDERACIONES:**

El Comité de Calidad tendrá una reunión de Carácter obligatorio mensualmente, para dar seguimiento y controlar los indicadores establecidos; para los indicadores que su periodo de análisis es mayor que un mes, se les dará un seguimiento preliminar mensualmente, con datos y mediciones actualizados hasta la fecha, a fin de controlar sus resultados definitivos, si este indicador refleja una tendencia no adecuada se podrán tomar acciones preliminares y continuarlo monitoreando hasta presentar sus resultados definitivos y realizar una análisis completo.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 50 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

MEJORA CONTINUA DEL MODELO

El modelo de Mejora continua será utilizado dentro del modelo de Gestión por Procesos para identificar problemas o áreas de mejora y garantizar su adaptación continua a la situación del Centro.

Cuando los resultados en el seguimiento y control de los indicadores indican que no se alcanzaron los objetivos propuestos o se determinó que existen oportunidades de mejora para la institución. Los datos recopilados del seguimiento y control de los procesos deben ser analizados con el fin de conocer las características y la evolución de los procesos. De este análisis de datos se debe obtener la información relevante para conocer.

1. Que Procesos no alcanzan los resultados planificados.
2. Donde existen oportunidades de mejora.

Cuando un proceso no alcanza sus objetivos, la institución deberá establecer las correcciones y acciones correctivas para asegurar que las salidas del proceso sean conformes, lo que implica actuar sobre las variables de control para que el proceso alcance los resultados planificados.

También puede ocurrir que, aun cuando un proceso este alcanzando los resultados planificados, la organización identifique una oportunidad de mejora en dicho proceso por su importancia, relevancia o impacto en la mejora global de la organización.

En cualquiera de estos casos, la necesidad de mejora de un proceso se traduce por un aumento de la capacidad del proceso para cumplir con los requisitos establecidos, es decir, para aumentar la eficacia y/o eficiencia del mismo; esto es aplicable igualmente a un conjunto de procesos.

La mejora continua del proceso se basa en la evaluación continua, a través de la aplicación del Ciclo de Shewart (Plan, Do, Check, Act), de todos los aspectos que conforman el mismo: su diseño, ejecución, las medidas de control y su ajuste.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 51 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

A. Planificar la mejora (Plan)

En esta fase se hará la Detección y Definición de problemas para establecer un plan de Mejora para introducir los cambios necesarios en el modelo previamente diseñado. Este Plan debe contemplar todos los aspectos que permitan conducir el proceso hacia la excelencia:

- Identificar y listar situaciones mejorables.
- Priorizarlas.
- Asignar responsabilidades en las mejoras.

Se debe especificar el problema u oportunidad de mejora detectado en términos cuantificables, que permitan distinguir entre el problema en cuestión y otros que presentan síntomas parecidos. Para ello, se debe recoger información adicional que ayude a responder a las siguientes cuestiones:

Tipo de problema.

- Situación.
- Temporalidad.
- Impacto sobre la globalidad del proceso.

En función de la gravedad del impacto que el problema está teniendo sobre los usuarios y la organización, el responsable habrá de plantearse la conveniencia de poner en marcha actividades de contención, que minimicen o anulen a corto plazo el efecto del problema sobre el entorno. Tendrán carácter provisional, ya que, con posterioridad, serán sustituidas por una solución definitiva.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 52 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Se deben especificar los objetivos a alcanzar en el proceso de resolución, procurando especialmente no incluir hipótesis causales, culpables ni sugerir soluciones predeterminadas.

HERRAMIENTAS ÚTILES

| IDENTIFICACIÓN |
|--|
| • Monitorización de Indicadores |
| • Diagrama de flujos |
| • Tormenta de ideas |
| • Comunicación interna de situaciones mejorables |

| PRIORIZACIÓN |
|---------------------------------------|
| • Clasificación ordenada y simple |
| • Evaluación por Criterios ponderados |

Dificultades

- Unificar la visión de los distintos miembros del equipo.
- Limitar la tendencia a obtener respuestas rápidas sobre causas y soluciones, sin completar el ciclo de resolución de problemas.

En esta fase profundizaremos en el análisis de las causas raíz de los problemas identificados.

Analizar las causas.

- Considerar posibles soluciones.
- Escoger las soluciones factibles.
- Establecer mecanismos de control.
- Detectar y analizar las resistencias al cambio.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 53 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Se procede a identificar aquellas causas que tienen un efecto significativo sobre el problema, son controlables, y sobre las que se puede actuar para minimizar o eliminar su efecto. Para su identificación es conveniente:

1. Analizar los síntomas y el entorno del problema con la profundidad suficiente para aproximarse a las causas. Se cuantifican los síntomas y se estratifica la cuantificación sobre la base de las variables que pueden influir en el problema. Se analiza el proceso o subproceso donde aparecen los síntomas del mismo.

2. Formular las posibles causas identificadas. Es conveniente especificar la probabilidad de que sean causas reales y la facilidad de comprobación.

3. Evaluar el grado de contribución de cada causa al problema.

HERRAMIENTAS ÚTILES

ANÁLISIS DE SÍNTOMAS

- Diagrama de flujo.
- Gráfico de Pareto.
- Diagrama de causa-efecto.
- Hojas de recogida y análisis de datos.

Estratificación.

FORMULACIÓN DE POSIBLES CAUSAS

- Tormenta de ideas.
- Diagrama causa-efecto.

COMPROBACIÓN DE TEORÍAS

- Hojas de recogida y análisis de datos.
- Histogramas.

Dificultades:

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 54 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

- Alcanzar la suficiente profundidad en el análisis de los síntomas y el entorno del problema para obtener una relación adecuada de posibles causas susceptibles de comprobación.
- Controlar las causas preconcebidas que limitan la posibilidad de encontrar todas las causas reales.
- Evitar que la intuición sustituya al proceso de obtención y análisis de datos.
- Disponer de suficiente apoyo metodológico.

Igualmente se deberá en esta fase las siguientes preguntas:

✓ **¿Quién lleva a cabo la mejora?:**

Aspectos relacionados con las personas, como el grado de implicación de los profesionales (objetivos individuales, incentivos, etc.), la capacidad de introducir innovaciones y el grado de autonomía para hacerlas posible.

✓ **¿Cómo se lleva a cabo?:**

Forma de organizar las estrategias de mejora, es decir, cuestiones tales como quién las lidera, con qué estructura organizativa (comisiones, grupos de trabajo, etc.).

✓ **¿Cuándo?:**

Si se planifican las actividades de mejora con carácter puntual o están integradas en el trabajo diario, etc.

✓ **¿Qué se necesita?:**

Recursos de formación, tiempo, personas, recursos materiales, etc.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 55 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

METODO DE APOYO: Benchmarking

Un método de comparación de los procesos de una organización con los que realiza otra, escogida por ser representativa de las mejores de su clase. Sus objetivos y características principales son:

- Pretende mejoras rápidas en procesos ineficientes que precisan cambios mayores.
- Se centra en procesos y prácticas, no en productos.
- Requiere planificación y documentación precisa de los procesos que se van a abordar.
- Es un proceso sin fin puesto que ser “el mejor” es un concepto dinámico.
- Requiere de un compromiso explícito de la Dirección en su disposición al cambio y en el apoyo a la globalidad del proceso.

Los métodos de seguimiento y mejora pueden generarse desde la propia organización con un ámbito de aplicación circunscrito a la misma (**benchmarking interno**), o recurrir al exterior para buscar modelos de referencia (**benchmarking externo**).

Benchmarking interno: Comparaciones que se realizan dentro de la propia organización para identificar dónde ciertos procesos son más eficientes; constituye el paso previo para conocer los estándares iniciales; requiere procesos descentralizados y facilita la obtención de la información buscada.

Benchmarking externo: Proceso continuo de medición y comparación de las operaciones o procesos internos de una organización con otras organizaciones líderes del sector, para conocer qué acciones deben realizarse con el fin de emular su nivel de logro o excelencia. Es una herramienta para establecer dónde se deben asignar los recursos de Mejora. A partir del conocimiento de cómo y con qué prácticas efectúan sus procesos otras

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 56 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

organizaciones, se pueden mejorar procesos claves y acelerar la capacidad de innovación y cambio. Aspectos determinantes en la apertura de la organización al exterior son el impulso de la Dirección, y la participación de los profesionales dispuestos a aprender de otros y a competir para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes.

B. Ejecutar (Do)

Consiste en “hacer mejor las cosas”, En esta etapa se lleva a cabo la implantación de las acciones planificadas según la etapa anterior. Definir e implantar la solución al problema.

- Aplicar soluciones.
- Controlar el proceso de su aplicación.
- Detectar y paliar las resistencias al cambio.
- Considerar soluciones alternativas.

Para conseguir, entre varias posibilidades, la solución óptima se procede a:

1. Listar todas las posibles soluciones a la causa raíz detectada.
2. Evaluar las diferentes alternativas en función de criterios que permitan la optimización de la solución final adoptada, sobre la base de:
 - Impacto o eficacia en la resolución del problema.
 - Costo de la solución.
 - Relación costo /beneficio.
 - Resistencia al cambio de los impactos derivados de la solución.
 - Tiempo de implantación.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 57 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

3. Diseñar la solución escogida con definición de:

- *Nuevos procedimientos.*
- *Modificaciones de recursos materiales y humanos.*
- *Adecuación o modificación de infraestructuras*

4. Diseñar el sistema de control de la nueva situación de manera que dispongamos de mediciones periódicas del nuevo proceso y de los resultados alcanzados. Se describirán:

- Parámetros a controlar y estándares de funcionamiento.
- Procedimientos de actuación para el control sistemático y ante desviaciones.
- Recursos necesarios para garantizar el funcionamiento del sistema de control.

La fase de implantación de la solución se debe llevar a cabo de forma sistemática y con éxito. Ello dependerá de la participación de los profesionales implicados, de su grado de conocimiento sobre el objetivo que se pretende, y de la disponibilidad de recursos considerados necesarios. Se procederá a:

1. Tratar la resistencia al cambio. Supone un aspecto crítico en el éxito de la implantación. Para acometer esta tarea, se debe:

- Identificar las fuentes de resistencia y de apoyo más probables.
- Valorar y priorizar dichas fuentes en función de su impacto potencial.
- Identificar acciones para vencer los obstáculos mediante información, participación, y contacto con líderes.

2. Desarrollar el Plan de Implantación:

- Actividades que hay que realizar para la implantación (formación, procedimientos, cambios de personal e instalaciones, etc.)

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 58 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

- Nombrar responsables.
- Determinar cronograma.
- Seguimiento del Plan.

Cuando la implantación de la solución implique importantes cambios sobre la organización actual, se debe, previamente, verificar su eficacia mediante implantaciones controladas.

HERRAMIENTAS ÚTILES

Análisis de soluciones y
evaluación de alternativas

- Tormenta de ideas
- Grupo Nominal
- Diagrama de Afinidades
- Análisis de campos de fuerza

• Diagrama de Problemas
anticipados

- Hojas de análisis de
soluciones

Diseño de
intervención

- Diagramas de flujo
- Diagrama de matriz

Desarrollo Plan de
Implantación

- Diagrama de flechas (PERT)
- Diagrama de Gant
- Diagrama de decisiones de
acción

Dificultades:

- Optimizar la elección frenando el impulso de adoptar la primera solución sin tener en cuenta todas las posibilidades analizadas.
- Establecer, con carácter previo, los criterios de evaluación de las posibles alternativas con el fin de evitar los conflictos de intereses entre los miembros del equipo.
- Profundizar en el diseño de la solución para evitar demoras posteriores en la implantación.
- Contemplar las resistencias al cambio cuando los responsables de la resolución de problemas son claramente partidarios de él.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 59 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

C. Evaluar (Check)

En esta etapa se comprueba la implantación de las acciones y la efectividad de las mismas para alcanzar las mejoras planificadas (objetivos).

Se realizara el monitoreo de los indicadores los cuales proporcionaran la información necesaria para saber si los efectos de las acciones de mejora realizada fueron adecuadas y proporcionara una nueva evaluación del modelo, si estas acciones contribuyeron de manera efectiva se procederá a estandarizar el proceso, en caso contrario se ira determinando la mejor manera de realizar la gestión del centro a fin de buscar siempre la mejora continua del modelo.

D. Actuar (Act)

Actuar: En función de los resultados de la comprobación anterior, en esta etapa se realizan las correcciones necesarias (ajuste) o se convierten las mejoras alcanzadas en una “forma estabilizada” de ejecutar el proceso (actualización)

Cuando en un proceso se aplica el ciclo de mejora continua (PDCA), a través de la verificación de las acciones adoptadas (etapa C del ciclo PDCA) se puede conocer si unas determinadas acciones implantadas han servido para mejorar el proceso o no.

En el caso de que las acciones sean eficaces, la última fase del ciclo de mejora debe materializarse en una nueva “**forma estabilizada**” de ejecutar el proceso, actualizándolo mediante la incorporación de dichas acciones al propio proceso.



MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-003

Página 60 de 68

VERSION: 01

FECHA DE
ACTUALIZACION

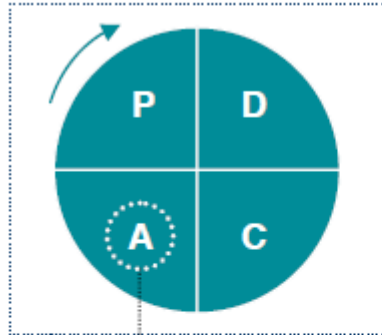
DICIEMBRE
2013

ELABORADO POR:

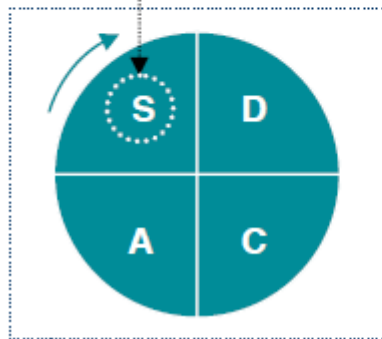
**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
OCCIDENTE**

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014



Ciclo PDCA para la
mejora de procesos



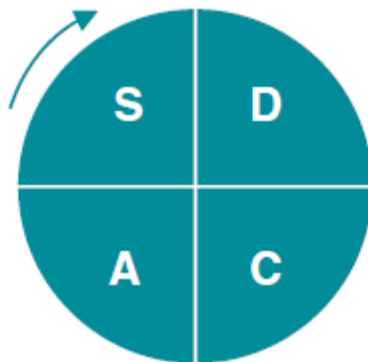
Ciclo de control de un
proceso estabilizado

La actualización de un proceso como consecuencia de una mejora conlleva a una nueva forma de ejecutarlo. A esta forma con la que se ejecuta el proceso se le puede denominar como el “**estándar**” del proceso.

Con el proceso actualizado, su ejecución debe seguir un ciclo SDCA que permita la ejecución, el control y, en general, la gestión del proceso. Este ciclo implica:

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 61 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

S. Conocer el estándar



D. Ejecutar el proceso conforme al estándar

A. Actuar para ajustar conforme al estándar

C. Comprobar el trabajo respecto al estándar

En definitiva, se trata de formalizar los cambios en el proceso como consecuencia de una mejora producida, de tal forma que el ciclo SDCA no es más que una forma de estructurar el control del proceso y de entender el bucle de control. Se le denomina bucle de control al esquema para el control del proceso, por tanto, muy simple. A través de indicadores se analizan los resultados del proceso (para conocer si alcanzan los resultados esperados) y se toman decisiones sobre las variables de control (se adoptan acciones). De la implantación de estas decisiones se espera, a su vez, un cambio de comportamiento del proceso y, por tanto, de los indicadores. Esto es lo que se conoce como bucle de control.

Para poder aplicar los pasos o etapas anteriores, una organización puede disponer de diversas herramientas, conocidas como herramientas de la calidad, que permiten poner en funcionamiento este ciclo de mejora continua.

En la siguiente tabla se muestra una relación no exhaustiva de algunas de las herramientas más frecuentemente utilizadas, asociando dichas herramientas con la fase del ciclo PDCA donde más encaja su uso.



MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-003

Página 62 de 68

VERSION: 01

FECHA DE
ACTUALIZACION

DICIEMBRE
2013

ELABORADO POR:

**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
OCCIDENTE**

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

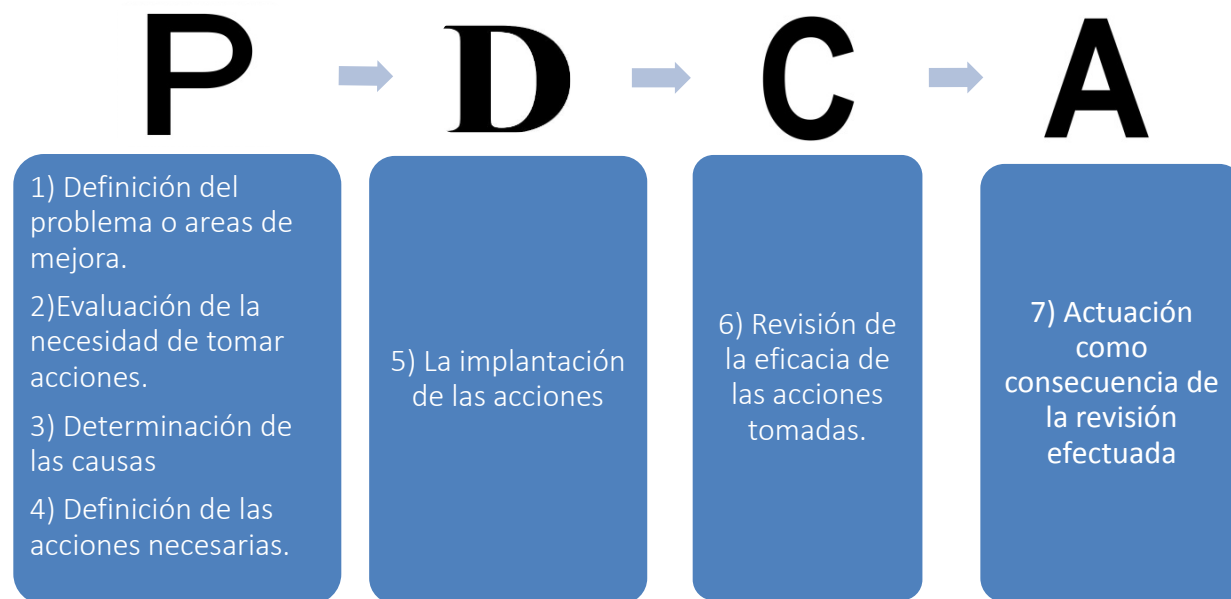
| | Estratificación | Hoja de control (o de incidencias) | Gráficos de control estadístico (CEP) | Histograma | Diagrama de Pareto | Diagrama causa-efecto (Ishikawa) | Diagrama de correlación | Diagrama de árbol | Diagrama de relaciones | Diagrama de afinidades | Diagrama de Grantt | Diagrama PERT | Diagrama de decisiones de acción | Brainstorming | AMFEC | QFD | Diseño de experimentos (DDE) | Simplificación de diagramas de flujo | Análisis del valor | Benchmarking |
|---------------|-----------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------|--------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------------|------------------------|--------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------|-----|------------------------------|--------------------------------------|--------------------|--------------|
| P. Planificar | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| D. Hacer | | ■ | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | |
| C. Verificar | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| A. Actuar | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |

Las 7 herramientas clásicas

Como se puede observar en la tabla anterior, muchas de las herramientas se emplean preferentemente en la fase de planificación (P). Esto se debe a que en dicha fase es necesario tener mucha información para poder identificar el problema que se quiere resolver o mejorar, analizar las causas, proponer las acciones y planificar las mismas.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 63 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Por todo lo anterior, es importante aprender hacer uso de la metodología sobre la aplicación del ciclo PHVA, ya que llevara a desarrollar la capacidad de análisis para cualquier situación por resolver, fomentara la capacidad para tomar decisiones, así mismo, tomar acciones con base en hechos reales. Y los pasos que deberán de seguir para su aplicación se presentan a continuación:



1) Definición del problema o áreas de Mejora.

Es importante definir el problema o áreas de mejora con los datos que se poseen, tratando de describir lo mejor posible el efecto que se ha detectado, en este punto no se debe tratar de encontrar las causas, ni mucho

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 64 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

menos soluciones, todo lo que se debe hacer es describir el problema o áreas de mejora con los datos que se tiene y no manejar supuestos, en este paso solo contestaremos a la pregunta ¿qué pasa?

2) Evaluación de la necesidad de tomar acciones

En este paso lo importante es clasificar al problema en su exacta dimensión. El objetivo es saber cómo sucede, se manifiesta, cuando se presenta, si sucede con todos los clientes, o se puede particularizar el problema en alguna de las áreas de la institución. Se deberán de contestar las siguientes preguntas: ¿El problema es real? En ocasiones se formula un problema que al momento de investigar nos damos cuenta que el problema es diferente a como lo habíamos definido ¿El problema es general o particular? Seré general si se presenta en todas las áreas de la institución, será partículas se solo se presenta en una área. ¿Es importante el problema? La idea es conocer si el problema justifica realmente la atención de un equipo para resolverlo, se trata de cuantificar su impacto, podría medirse en tiempo, volumen, etc.

3) Determinación de las causas

Es indispensable detectar las causas y no solo los efectos que la generaron. Si sólo resolvemos el efecto, tarde o temprano reaparecerán; el reto de este paso es encontrar y analizar las causas reales que originaron el problema en estudio.

4) Definición de las acciones necesarias

Es una realidad que un problema tendrá más de una solución, no debemos limitar las ideas a las mejores solamente sino considerar las que tengan posibilidades de resultar. Aquí es donde se pone de manifiesto la

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 65 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

creatividad del equipo. Debemos ser capaces de generar todas las ideas posibles y de esta forma tener un grupo de soluciones posibles para cada una de las causas.

Posteriormente de plantear las posibles soluciones se deberá de seleccionar la que parezca más lógica y viable.

5) La implantación de acciones

Este paso es el más importante ya que la solución se deberá de implementar, presentando la programación para tal fin. Esta programación y su tiempo de realización la haremos mediante un gráfico de Gantt.

6) Revisión de la eficacia de las acciones tomadas

Una vez implementadas las soluciones se deberán medir los resultados alcanzados, a través de los indicadores del proceso, presentando datos de cómo estábamos antes y como estamos ahora para esto se pueden utilizar gráficos.

7) Actuación como consecuencia de la revisión efectuada

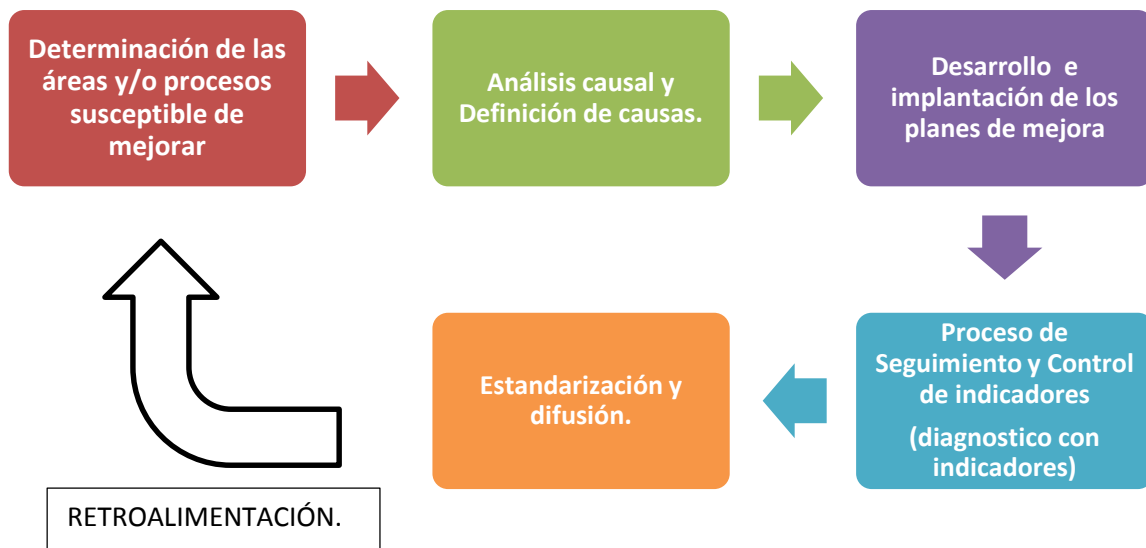
Después de implementada la solución y comprobado que se logró resolver el problema se deberá estandarizar su solución y evitar su reaparición. Estandarizar la solución es documentar los cambios surgidos en un procedimiento para no volver a caer en situaciones que ya habíamos corregido.

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 66 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

FUNCIONAMIENTO DEL PLAN DE MEJORA CONTINUA

Como pasos preliminares para realizar el plan de mejora continua se deberá realizar:

- La creación del Comité de Calidad
- La Formación y preparación del Comité. Misión, visión, política despliegue de objetivos, Análisis de datos, Conocimiento de Indicadores y fundamentos del ciclo de mejora.



En el Diagrama anterior se puede observar el funcionamiento del plan de Mejora del Modelo de Gestión por Procesos a implementarse en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, a continuación se describirá el ciclo que conllevara este modelo:

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 67 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Determinación de las áreas y/o procesos susceptible de mejorar:

Es importante definir problemas o áreas de mejora, tratando de describir lo mejor posible el efecto que se ha detectado, esto será posible con el seguimiento y control de indicadores del modelo.

Análisis causal y Definición de causas.

En el Análisis Causal también deberá evaluarse la necesidad de tomar acciones, clasificando al problema en su exacta dimensión. Como ya lo hemos mencionado el objetivo es saber cómo sucede, se manifiesta, cuando se presenta, si sucede con todos los clientes, o se puede particularizar el problema en alguna de las áreas de la institución o en alguna situación en particular. La idea es conocer si el problema justifica realmente la atención de un equipo para resolverlo, se trata de cuantificar su impacto, si se justifica como un real problema es indispensable detectar las causas y no solo los efectos que la generaron. Si sólo resolvemos el efecto, tarde o temprano reaparecerán; el reto de este paso es encontrar y analizar las causas reales que originaron el problema en estudio.

Desarrollo e implantación de los planes de mejora.

Este paso es el más importante ya que se procederá a implementar las acciones de mejora determinadas para el mejoramiento del funcionamiento del modelo.

Proceso de Seguimiento y Control de indicadores.

Se realizará el monitoreo de los indicadores los cuales proporcionaran la información necesaria para saber si los efectos de las acciones de mejora realizada fueron adecuadas y proporcionara una nueva evaluación del modelo, si estas acciones contribuyeron de manera efectiva se procederá a estandarizar el proceso, en caso

| | | | |
|---|---|--------------------------------|-------------------------------|
|  | MANUAL DE MEJORA CONTINUA CRIO | CODIGO: MCRIO-13-003 | Página 68 de 68 |
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

contrario se ira determinando la mejor manera de realizar la gestión del centro a fin de buscar siempre la mejora continua del modelo.

Estandarización y Difusión (Retroalimentación):

Después de implementada la solución y comprobado que se logró resolver el problema se deberá estandarizar su solución y evitar su reaparición luego se estandarizaran la solución documentando los cambios surgidos en un procedimiento para no volver a caer en situaciones que ya hemos corregido.

A través de esta nueva planificación de acciones a realizar, se renueva el ciclo, modificando la planificación de acuerdo a los resultados obtenidos, estas evaluaciones del modelo a su vez se convertirán en nuevos resultados, los cuales irán determinando la mejorar manera de realizar la gestión del centro a fin de ir proporcionando una mejora continua al modelo.



**GUIA DE CÓMO GESTIONAR POR
PROCESOS PARA EL CENTRO DE
REHABILITACIÓN INTEGRAL
DE OCCIDENTE.**



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 2 de 68

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

INDICE

Contenido

| | |
|--|----|
| INDICE | 2 |
| I. PRESENTACIÓN | 3 |
| II. INTRODUCCIÓN | 4 |
| III. OBJETIVOS..... | 5 |
| MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS..... | 6 |
| 1.1 DESPLIEGUE DE LA PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA | 7 |
| 1.1.1 Concientización de la Dirección | 8 |
| 1.1.2 Constitución y formación del grupo de trabajo. | 9 |
| 1.1.3 Formación del grupo de trabajo..... | 11 |
| 1.1.4 Análisis de la Misión, Visión y Valores de la Institución..... | 11 |
| 1.2 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PROCESOS..... | 12 |
| 1.2.1 Identificación de los grupos de interés: | 14 |
| 1.2.2 Identificación de los Procesos de la Organización y su finalidad | 16 |
| 1.2.3 Construcción del Mapa de Procesos: | 17 |
| 1.2.4 Selección de procesos críticos:..... | 25 |
| 1.3 GESTION Y DISEÑO DE PROCESOS | 27 |
| 1.3.1 Descripción de las actividades del proceso..... | 29 |
| 1.3.2 Descripción de las características del proceso..... | 32 |
| 1.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS..... | 42 |
| 1.4.1 Diseño de Indicadores de proceso..... | 44 |
| 1.4.2 Seguimiento y el Control de los procesos | 55 |
| 1.5 GESTIÓN Y MEJORA DE PROCESOS | 58 |
| 1.6 FUNCIONAMIENTO GENERAL DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS..... | 66 |



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 3 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

I. PRESENTACIÓN

Tras muchos años de experiencia en la aplicación de normas y modelos de gestión, la gestión por procesos se reafirma como uno de los principios fundamentales para una gestión excelente. Este enfoque de gestión, que históricamente se remonta a algunas décadas atrás, tuvo un auge importante con la revisión de la norma ISO 9001 que se llevó a efecto en el año 2000.

De igual manera, los propios modelos de Excelencia lo consideran como un pilar esencial para la obtención de resultados que permitan a una organización ser competitiva. Desde entonces, se ha ido extendiendo la aplicación de este enfoque de gestión entre las empresas y organizaciones de todo tipo, con independencia de su tamaño y de la naturaleza de sus actividades, como forma de estructurar sus actividades y resultados, y de organizar los métodos de gestión y control de los mismos.

El presente manual surge ante la pertinencia de servir como guía e instrumento que permita un adecuado entendimiento de este enfoque para la implementación de un Modelo de Gestión por Procesos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente; Esperando que los conocimientos aquí recogidos permitan contribuir a la mejora de la gestión de su Institución.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 4 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

II. INTRODUCCIÓN

La presente guía tiene como objeto establecer los principios y las directrices que permitan a una organización adoptar de manera efectiva un enfoque basado en procesos para la gestión de sus actividades y recursos.

Esta guía puede ser utilizada por todas aquellas organizaciones que deseen dotar de un enfoque basado en procesos a su gestión, y de manera particular a aquellas organizaciones que necesiten aplicar y/o mejorar dicho enfoque en el ámbito de un sistema de gestión de la calidad conforme a la familia de normas ISO 9000 y/o en el marco del modelo de Excelencia de la EFQM.

Para cumplir con este propósito, se ha pretendido elaborar un documento ágil y operativo, de rápida consulta que facilite un adecuado entendimiento de este enfoque para la gestión.

No se ha pretendido recoger en esta documentación una metodología particular ni se pretende crear uniformidad en los sistemas de gestión, de manera que cada organización pueda adaptar las directrices de la presente guía considerando su propia singularidad y estructura, así como la naturaleza de sus actividades.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 5 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

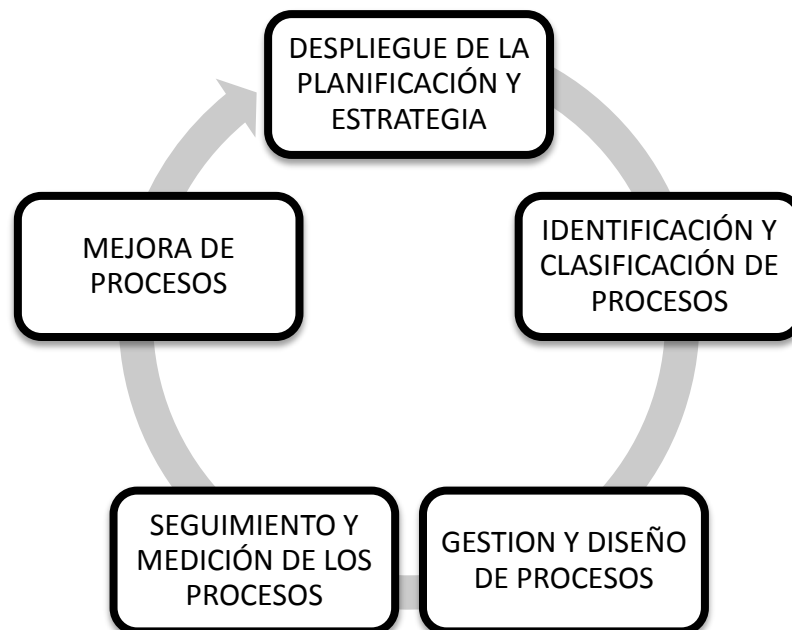
- Establecer los principios y las directrices que permitan al Centro de Rehabilitación Integral de Occidente adoptar de manera efectiva un enfoque basado en procesos para la gestión de sus actividades y recursos.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Establecer una guía metodológica que se ajusten a las necesidades de la institución, y que adicionalmente faciliten la implementación de la gestión por procesos a la institución.
- Contribuir a la institución a contar con herramientas técnicas que permitan a quienes laborarán en las diferentes áreas, el conocimiento a mayor profundidad del modelo de gestión que se desarrollaran en dichas áreas.

MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS

Las actuaciones a emprender por parte de una organización para dotar de un enfoque basado en procesos a su sistema de gestión se pueden agrupar en cinco grandes pasos:



La implantación de la gestión de procesos se ha revelado como una de las herramientas de mejora de la gestión más efectivas para todos los tipos de organizaciones, La adopción de este enfoque siguiendo estos cinco pasos no sólo facilita su entendimiento de cara a la aplicación de un sistema de gestión de la calidad, conforme a la familia de normas ISO 9000, sino que además permite alinear las actuaciones por parte de una organización con los diferentes criterios y subcriterios del modelo EFQM de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (en inglés, European Foundation for Quality Management, EFQM), y su modelo Europeo para la Excelencia Empresarial según el cual se deberían abordar enfoques para el diseño y la gestión sistemática de los procesos (subcriterio 5a) y la introducción de las mejoras necesarias en los procesos (subcriterio 5b).



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 7 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

1.1 DESPLIEGUE DE LA PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA

Objetivo:




El objetivo de esta fase es definir la razón y la estrategia que quiere seguir el centro a través del análisis de su Misión, Visión y Valores para plantear las metas y objetivos que se esperan alcanzar.

Que se Hace:

Para el diseño de un Modelo de Gestión por Procesos para el CRIO, es importante considerar la razón de ser del centro, es decir su Misión, Visión y Valores, ya que todos estos elementos en conjunto buscarán contribuir al desempeño de una eficaz prestación de los servicios que el centro brinda a personas con discapacidad, a fin de lograr su satisfacción a través de su rehabilitación y plena inclusión social.

Cuando la Institución se plantea la mejora global de sus resultados, la primera acción que debe llevar a cabo es identificar cuál es su posición dentro de sus clientes claves y dentro de la sociedad para después plantearse los objetivos y metas que espera alcanzar. Para lograr estos objetivos y metas, la Dirección debe plantear la misión, la visión y los valores de la organización.

El despliegue de la planificación y estrategia conducen a una caracterización de la institución que obliga a la organización a realizar un ejercicio de reflexión cuyo resultado ha de permitir definir:

-  ¿Quiénes somos y qué pretendemos?
-  ¿Quiénes son nuestros grupos de interés, clientes y que desean?
-  ¿Qué necesidades internas y externas nos influyen y condicionan?



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 8 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

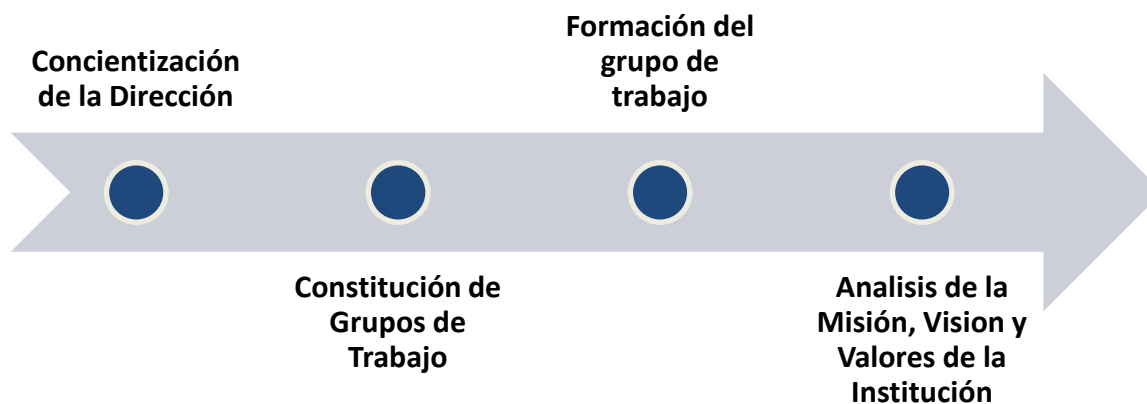
FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

Pero dado que el CRIO es una instancia que depende del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), no posee como tal estos elementos, pero si los posee el ISRI, por lo cual se deberá dar una Revisión de la Misión, Visión y Valores del ISRI.

Actividades:

Para realizar esta primera fase del modelo de gestión por procesos se deberán llevar a cabo las siguientes actividades:



1.1.1 Concientización de la Dirección

Para que una institución pueda llevar a cabo el diseño e implementación de un modelo de gestión por procesos, es necesario contar con el apoyo e implicación de sus directivos, que deberán ser conscientes de lo que significa este tipo de proyectos en términos de costos económicos, dedicación y recursos y de cómo dichos costos se compensarán en un plazo muy breve, no sólo por el aseguramiento de la calidad, sino porque la gestión por procesos suele reducir los costos operativos.

Otro elemento que deben tener en cuenta los directivos, es que en el diseño de la gestión por procesos, de una forma u otra, debe participar todo el personal de la organización en las diferentes etapas, en unos casos aportando información y en otros asumiendo un papel más activo.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 9 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

1.1.2 Constitución y formación del grupo de trabajo.

Es necesario formar grupos de trabajo interdisciplinarios, con la participación de la dirección y, preferiblemente con la participación de un experto en gestión por procesos. Estos grupos de trabajo, se reunirán de forma periódica y planificada y serán los responsables del desarrollo de las etapas del diseño del modelo de gestión por procesos.


De este modo, los grupos de trabajo, al estar constituidos por personal propio, son perfectamente conocedores del funcionamiento de la organización y de los problemas que en ésta se generan, identifican, diagnostican y trabajan sobre las soluciones que satisfacen mejor las necesidades de los usuarios, contemplados como destinatarios de los servicios, y reduciendo así el costo de la calidad.

Los integrantes del grupo de trabajo deben ser personas capaces de trabajar en equipo y estar informadas ampliamente de la misión, responsabilidad, medios y limitaciones que afectan al grupo de trabajo.

Es recomendable que los participantes tengan nociones en materia de calidad y de gestión por procesos, para que sean capaces de comprender los procesos, cómo reunir y analizar datos de forma sistemática, cómo identificar las causas fundamentales y cómo generar y poner en práctica las mejoras innovadoras de acuerdo con una planificación previa.

Características del Grupo de trabajo:

Algunas de las principales características que debe poseer el grupo conformado que llevara a cabo el diseño e la implementación del modelo de gestión por procesos de la institución son:

-  **Deberá ser Multidisciplinario:** es decir, deben estar formados por la Dirección y personal de las diferentes unidades seleccionándose miembros de la Institución que conozcan los procesos que se gestionan en la misma, con amplios conocimientos de la unidad a la que pertenezcan; se



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 10 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013


ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE


FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

recomienda incorporar especialmente personas de las distintas jefaturas y dependencias. Al grupo se podrá incorporar puntualmente otras personas del Servicio si se considera necesario por la dirección de la institución.

 **Estructura del Grupo de trabajo:** Los equipos no deben ser muy numerosos, siendo un tamaño óptimo entre 4 y 6 personas; esto dependerá del tamaño y las características particulares de cada institución, pero no se recomienda manejar equipos muy numerosos; dentro de este grupo de trabajo, existirán varios papeles importantes que deben ser desempeñados por sus miembros, entre los principales están:

- **Coordinador:** persona encargada de asesorar y dirigir al equipo hacia sus objetivos, así como de supervisar el progreso y tomar decisiones correctoras, comúnmente este puesto es realizado por el Director de la institución.
- **Secretario o administrador:** se encargará de la planificación de las reuniones, hará circular los temas a tratar y elaborará las actas de las reuniones, este puesto será apoyado por el coordinador del grupo.
- **Asesor:** El Asesor deberá ser buen conocedor del manejo de las herramientas y técnicas, y verdaderamente imparcial, dirigiendo los procedimientos, pero no los resultados, comúnmente este puesto es realizado por un experto en gestión por procesos.

 **Habilidades y Experiencias:** Los integrantes del grupo de trabajo deben ser personas capaces de trabajar en equipo y estar informadas ampliamente de la misión, responsabilidad, medios y limitaciones que afectan al grupo de trabajo. Por otro lado, es recomendable que los participantes



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 11 de 68

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

tengan nociones en materia de calidad y de gestión por procesos, para que sean capaces de comprender los procesos, cómo reunir y analizar datos de forma sistemática, cómo identificar las causas fundamentales y cómo generar y poner en práctica las mejoras innovadoras de acuerdo con una planificación previa.

1.1.3 Formación del grupo de trabajo.

Una vez constituido el grupo se facilitará una formación básica en aquellos aspectos necesarios que el personal debe saber de este modelo de gestión, tan básicos como la definición de procesos hasta aspectos más amplios de la gestión por procesos. Esta formación deberá ser extendida, en el futuro, al resto del personal del Servicio. Las capacitaciones serán realizadas por instituciones o personas con experiencias en el diseño e implementación de este modelo de gestión dentro de las organizaciones.

1.1.4 Análisis de la Misión, Visión y Valores de la Institución

La misión es una declaración en la que se describe el propósito o razón de ser de la organización; la visión es lo que la organización pretende alcanzar a largo plazo y los valores son la base sobre la que se asienta la cultura de la organización. Los valores y principios constituyen el soporte para la visión y la misión y son la clave de una dirección eficaz.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 12 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

1.2 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PROCESOS

Objetivo:

Identificar los procesos que forman parte de la Institución e interpretar las interrelaciones existentes entre los mismos a través de un mapa de procesos clasificados por su finalidad dentro de la institución.

Que se hace:

El primer paso para adoptar un enfoque basado en procesos en una organización, en el ámbito de un sistema o modelo de gestión, es precisamente reflexionar sobre cuáles son los procesos que deben configurar el sistema, es decir, qué procesos deben aparecer en la estructura de procesos del sistema.

Ni la familia de normas ISO 9000 ni el modelo EFQM establecen de manera explícita qué procesos o de qué tipo deben estar identificados, si bien inducen a que la tipología de procesos puede ser de toda índole (es decir, tanto procesos de planificación, como de gestión de recursos, de realización de los productos o de seguimiento y medición). Esto es debido a que estos modelos no “prescriben” la manera de adoptar este enfoque, de forma que incluso organizaciones similares pueden llegar a configurar estructuras diferentes de procesos.

Para resolver esta cuestión, es necesario en primer lugar recordar que los procesos ya existen dentro de una organización, de manera que el esfuerzo se debería centrar en identificarlos y gestionarlos de manera apropiada. Habría que plantearse, por tanto, cuáles de los procesos son los suficientemente significativos como para que deban formar parte de la estructura de procesos y con qué nivel de detalle.

La identificación y selección de los procesos debe nacer de una reflexión acerca de las actividades que se desarrollan en la organización y de cómo éstas influyen y se orientan hacia la consecución de los resultados.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **13** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

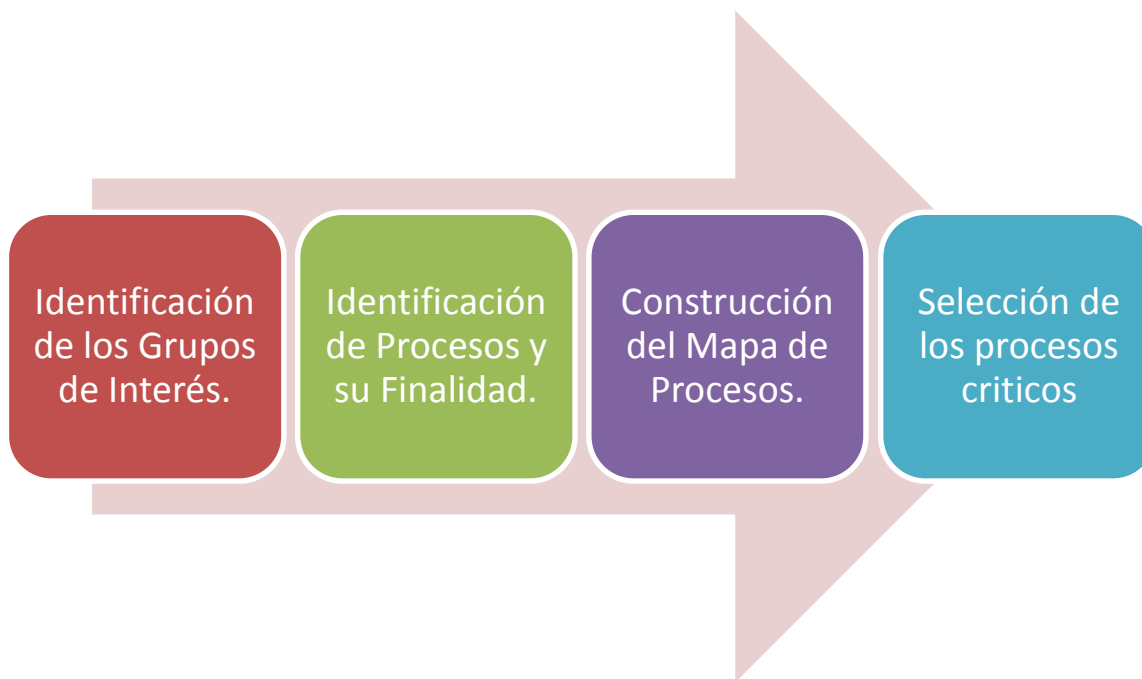
Una organización puede recurrir a diferentes herramientas de gestión que permitan llevar a cabo la identificación de los procesos que componen la estructura, pudiendo aplicar técnicas de “Brainstorming” (tormenta de ideas), dinámica de equipos de trabajo, etc. En cualquiera de los casos, es importante destacar la importancia de la implicación de los líderes de la organización para dirigir e impulsar la configuración de la estructura de procesos de la organización, así como para garantizar la alineación con la misión definida.

Una vez efectuada la identificación y la selección de los procesos, surge la necesidad de definir y reflejar esta estructura de forma que facilite la determinación e interpretación de las interrelaciones existentes entre los mismos. La manera más representativa de reflejar los procesos identificados y sus interrelaciones es precisamente a través de un **mapa de procesos**, que viene a ser la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión.

El mapa de procesos: Es la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión.

Ya analizadas la misión y la Visión de la Institución se procederá a la creación del mapa de procesos de la institución a continuación se listan las actividades principales para la identificación y clasificación de los procesos.

Actividades:



1.2.1 Identificación de los grupos de interés:

Una vez definidas la Misión y la Visión, el siguiente paso para elaborar el mapa de procesos de la institución es la identificación de los Grupos de interés, clientes o usuarios.

Los grupos de interés: Serán todos aquellos que tienen interés en la organización, sus actividades y logros. Entre ellos se puede incluir a socios, empleados, accionistas, propietarios, la Administración, etc.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 15 de 68

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Cliente/usuario: Persona que utiliza los servicios de la institución los clientes/usuarios podrán ser internos y o externos del CRIO; su identificación es un punto clave. Los procesos claves están dirigidos a cubrir las necesidades o expectativas de estos clientes/usuarios.

A la hora de identificar los grupos de interés del Servicio y sus clientes o usuarios es aconsejable utilizar la tormenta de ideas (brainstorming), donde todos los participantes aportarán sus ideas sobre cuáles son los grupos de interés del Servicio, clientes o usuarios. A continuación, se identifican los distintos grupos y se relacionan con los servicios demandados, sus necesidades, sus expectativas.

No podemos olvidar que los procesos clave estarán dirigidos a cubrir las necesidades y expectativas de los clientes y usuarios. Por ello, deberán estar claramente identificados.

Además de la identificación de los grupos de interés y los clientes o usuarios se identificarán las necesidades y expectativas de estos:

Necesidades y expectativas de grupos de interés, clientes/usuarios

Entenderemos por “necesidades” aquellos servicios que son requeridos, por los clientes/usuarios, y entenderemos por “expectativas” las características o prestaciones que los clientes/usuarios esperan que tengan los servicios que son demandados.

Las “necesidades” de los clientes / usuarios son la razón de ser de un proceso. Los procesos claves tienen como objetivo cubrir las necesidades de los clientes/usuarios. Las “expectativas” marcan el nivel de satisfacción de los clientes. En función de cómo se cubran las expectativas de los clientes/usuarios se obtendrá un mayor o menor grado de satisfacción de los mismos. El Servicio/Unidad debe centrar sus esfuerzos en cubrir las necesidades de los clientes/usuarios alcanzando el mayor grado de satisfacción posible. La percepción del cliente / usuario siempre tiene que ser mayor que la expectativa para que se produzca satisfacción.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 16 de 68

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

El grupo de trabajo identificará, para cada uno de los grupos de interés / clientes / usuarios, las necesidades y expectativas de cada uno de ellos.

1.2.2 Identificación de los Procesos de la Organización y su finalidad

Para adoptar un enfoque basado en procesos en una organización, en el ámbito de un sistema de gestión, es precisamente reflexionar sobre cuáles son los procesos que deben configurar el sistema, es decir, qué procesos deben aparecer en la estructura de procesos del sistema.

Ni la familia de normas ISO 9000 ni el modelo EFQM establecen de manera explícita qué procesos o de qué tipo deben estar identificados, si bien inducen a que la tipología de procesos puede ser de toda índole (es decir, tanto procesos de planificación, como de gestión de recursos, de realización de los productos o de seguimiento y medición). Esto es debido a que estos modelos no “prescriben” la manera de adoptar este enfoque, de forma que incluso organizaciones similares pueden llegar a configurar estructuras diferentes de procesos.

Para resolver esta cuestión, es necesario en primer lugar recordar que los procesos ya existen dentro de una organización, de manera que el esfuerzo se debería centrar en identificarlos y gestionarlos de manera apropiada. Habría que plantearse, por tanto, cuáles de los procesos son los suficientemente significativos como para que deban formar parte de la estructura de procesos y con qué nivel de detalle.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 17 de 68

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Se identifican cuáles son los grandes procesos de la organización para posteriormente elaborar un mapa de procesos en el que se representan gráficamente, clasificados por su finalidad dentro de la organización, para esto se deberá en esta fase realizar las siguientes acciones:

IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS: Se realizara un inventario de todos los procesos que se desarrollan en la institución a fin de proporcionar un panorama Global de la gestión de la organización.

DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS EN FORMA GENERAL: Se dará una descripción general del objetivo y la finalidad de cada proceso identificando cada una de sus sub-procesos.

AGRUPACIÓN DE LOS PROCESOS:

Con el fin de facilitar la interpretación del mapa de procesos es necesario reflexionar previamente en las posibles agrupaciones en las que pueden encajar los procesos identificados. La agrupación de los procesos dentro del mapa permite establecer analogías entre procesos, al tiempo que facilita la interrelación y la interpretación del mapa en su conjunto. Se procederá a agrupar los procesos identificados en categorías según su finalidad y analogía según la organización, como por ejemplo: Procesos Administrativos, Procesos de Mantenimiento, procesos de direccionamiento estratégico, etc.

1.2.3 Construcción del Mapa de Procesos:

El mapa de procesos es un esquema gráfico, que representa los distintos procesos que la organización utiliza para operar y desempeñar sus funciones y que ofrece una visión en conjunto del sistema de gestión de una organización.

Una vez efectuada la identificación y la Agrupación de los procesos, surge la necesidad de definir y reflejar esta estructura de forma que facilite la determinación e interpretación de las interrelaciones existentes

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

entre los mismos. La manera más representativa de reflejar los procesos identificados y sus interrelaciones es precisamente a través de un **mapa de procesos**, que viene a ser la representación gráfica de la estructura de procesos que conforman el sistema de gestión.

Se procederá a la clasificación de todas las agrupaciones realizadas dentro del mapa de procesos.

El tipo de agrupación puede y debe ser establecido por la propia organización, no existiendo para ello ninguna regla específica. No obstante, y sin ánimo de ser exhaustivos, a continuación se ofrecen dos posibles tipos de agrupaciones:



Ilustración 1- Ejemplo 1



Ilustración 2- Ejemplo 2

Una organización puede elegir como modelo de agrupación el que considere más adecuado (pudiéndose incluso diferenciarse de los propuestos anteriormente).

La agrupación de los procesos permite establecer analogías entre los mismos, al tiempo que facilita la interrelación y la interpretación del mapa en su conjunto.

El primero de los modelos propuestos diferencia entre:



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 19 de 68

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

- **Procesos estratégicos** como aquellos procesos que están vinculados al ámbito de las responsabilidades de la dirección. Se refieren fundamentalmente a procesos de planificación y a otros que se consideren ligados a factores clave o estratégicos.
- **Procesos operativos** como aquellos procesos ligados directamente con la realización del producto y/o la prestación del servicio.
- **Procesos de apoyo** como aquellos procesos que dan soporte a los procesos operativos. Se suelen referir a procesos relacionados con la gestión de los recursos y de las actividades de seguimiento y medición.

Por otra parte, el segundo de los modelos propuestos está en línea con los cuatro grandes capítulos de requisitos de la norma ISO 9001, y son los siguientes:

- **Procesos de planificación** como aquellos procesos que están vinculados al ámbito de las responsabilidades de la dirección y se encuentran en consonancia con el capítulo 5 de la norma de referencia.
- **Procesos de gestión de recursos** como aquellos procesos que permiten determinar, proporcionar y mantener los recursos necesarios (recursos humanos, infraestructura y ambiente de trabajo) y se encuentran en consonancia con el capítulo 6 de la norma de referencia.
- **Procesos de realización del producto** como aquellos procesos que permiten llevar a cabo la producción y/o la prestación del servicio, y se encuentran en consonancia con el capítulo 7 de la norma de referencia.
- **Procesos de medición, análisis y mejora** como aquellos procesos que permiten hacer el seguimiento de los procesos, medirlos, analizarlos y establecer acciones de mejora. Se encuentran en consonancia con el capítulo 8 de la norma de referencia.

En el CRIO se analizará sus diferentes procesos dependiendo de su finalidad en: Estratégicos, Clave u Operativos y de Soporte o de Apoyo.

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Considerando la agrupación elegida por la organización, el mapa de procesos debe incluir de manera particular los procesos identificados y seleccionados, planteándose la incorporación de dichos procesos en las agrupaciones definidas

Para establecer adecuadamente las interrelaciones entre los procesos es fundamental reflexionar acerca de qué salidas produce cada proceso y hacia quién van, qué entradas necesita el proceso y de dónde vienen y qué recursos consume el proceso y de dónde proceden.

Como se observa en las figuras anteriores, las agrupaciones permiten una mayor representatividad de los mapas de procesos y además facilita la interpretación de la secuencia e interacción entre los mismos. Las agrupaciones, de hecho, se pueden entender como macro-procesos que incluyen dentro de sí otros procesos, sin perjuicio de que, a su vez, uno de estos procesos se pueda desplegar en otros procesos (que podrían denominarse como subprocesos, o procesos de 2º nivel), y así sucesivamente.

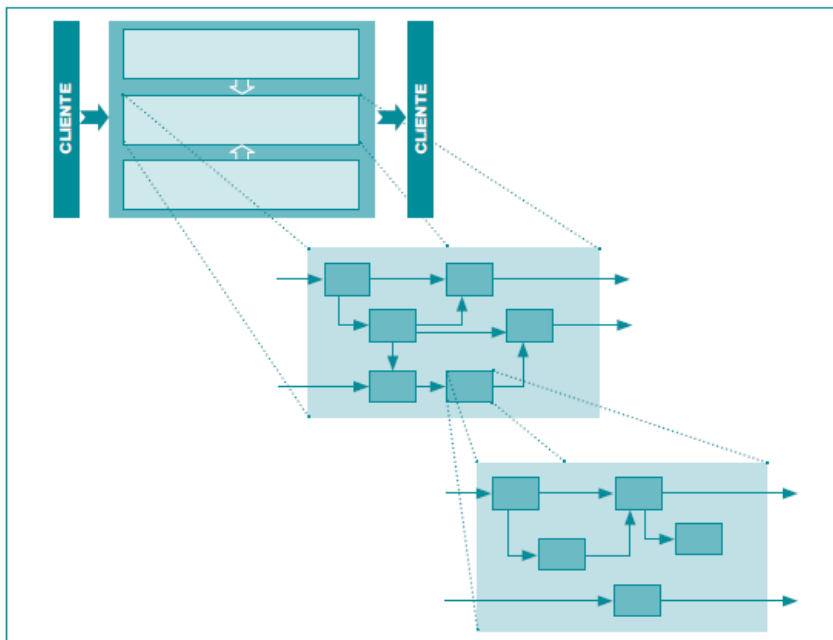


Ilustración 3- Representación grafica de procesos en cascada



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 21 de 68

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

En función del tamaño de la organización y/o la complejidad de las actividades, las agrupaciones y la cantidad de procesos (así como los posibles niveles) serán diferentes.

Si fuese necesario, se podrían emplear mapas de proceso “en cascada”, en soportes diferentes, pero vinculados entre sí. No obstante, hay que tener cuidado cuando se utiliza este tipo de “representación en cascada”, ya que se puede caer en un exceso de documentación, que además puede dificultar la interpretación de los mapas. Hay que tener presente que los mapas de procesos son un instrumento para la gestión y no un fin en sí mismo. El nivel de detalle de los mapas de proceso dependerá del tamaño de la propia organización y de la complejidad de sus actividades.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de mapas de procesos en los que se han empleado las agrupaciones anteriormente indicadas.

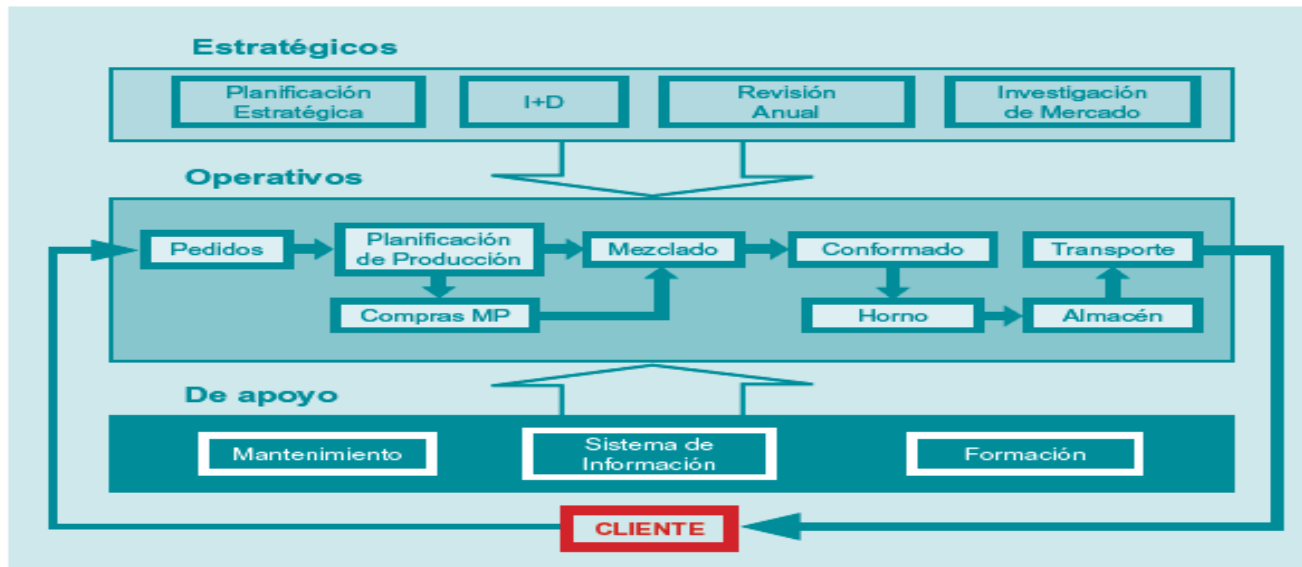


Ilustración 4- Ilustración Mapa de Procesos con tres agrupaciones

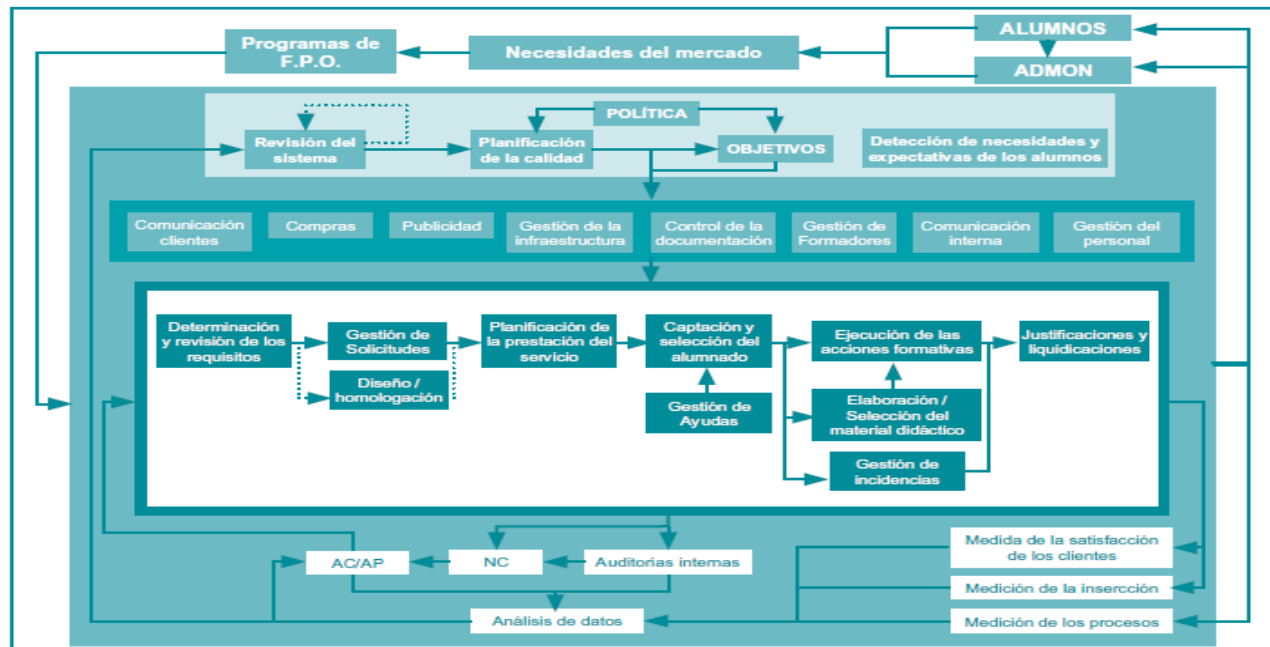


Ilustración 5- Mapa de procesos con 4 agrupaciones



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **23** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

El nivel de detalle de los mapas de proceso dependerá, como ya se ha comentado anteriormente, del tamaño de la propia organización y de la complejidad de sus actividades. En este sentido, es importante alcanzar un adecuado punto de equilibrio entre la facilidad de interpretación del mapa o los mapas de proceso y el contenido de información.

Así, mapas de proceso excesivamente detallados pueden contener mucha información, pero presentar dificultad para el entendimiento de la estructura de procesos (es decir, contener un exceso de información con poco valor y/o un excesivo detalle, que dificultan la interpretación).

En este sentido, un despliegue excesivo de los procesos podría conducir a la consideración de procesos muy “atomizados” que representan resultados de escaso interés por sí solos, y que sería de mayor utilidad y más fácil manejo si se consideraran de manera más agregada.

El último nivel de despliegue que se considere a la hora de establecer la estructura de procesos debe permitir que cada proceso sea “gestionable”

En el otro extremo, un escaso nivel de despliegue de los procesos podría conducir a la pérdida de información relevante para la gestión de la organización.

Por ello, es necesario alcanzar un adecuado equilibrio. Hay que tener en cuenta que cada proceso implicará el manejo de una serie de indicadores y que los indicadores ofrecen información. Es conveniente que esta información sea la adecuada y relevante, y que los indicadores seleccionados sean, a su vez, manejables.

El establecimiento y determinación de la estructura de procesos de una organización es una “tarea” que implica la posible realización de ajustes posteriores. Es habitual y normal que una organización establezca un



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 24 de 68

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

primer mapa de procesos y, al cabo del tiempo, perciba la necesidad de modificar dicha estructura por diferentes motivos:

- Necesidad de agregar procesos para establecer otros indicadores relevantes.
- Conveniencia de desagrupar procesos para obtener información de resultados de interés a mayor nivel de detalle, etc.

Enfocar a procesos la gestión de una organización supone asumir la posibilidad de que la estructura de procesos sufra modificaciones y actualizaciones a lo largo del tiempo, aunque lo deseable es buscar una estabilidad en la estructura, una vez implantado este enfoque.

Por último, es necesario recordar que la representación e información relativa a los procesos (incluyendo sus interrelaciones) no acaba con el mapa de procesos, si no que a través de la descripción individual de los mismos, se puede aportar información relativa a estas interrelaciones.

Hay que alcanzar un punto de equilibrio entre la información contenida en el mapa de proceso y su facilidad de interpretación y representatividad.

Para el mapa de procesos del CRIO se ubicaron los procesos estratégicos en la parte superior, los de apoyo en la inferior y los claves al centro, las entradas que son leyes, reglamentos u otros entes que regulan, y salidas que es lo que se quiere lograr mediante la interrelación de todos los procesos en la organización.

MAPA DE PROCESOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE (CRIO)

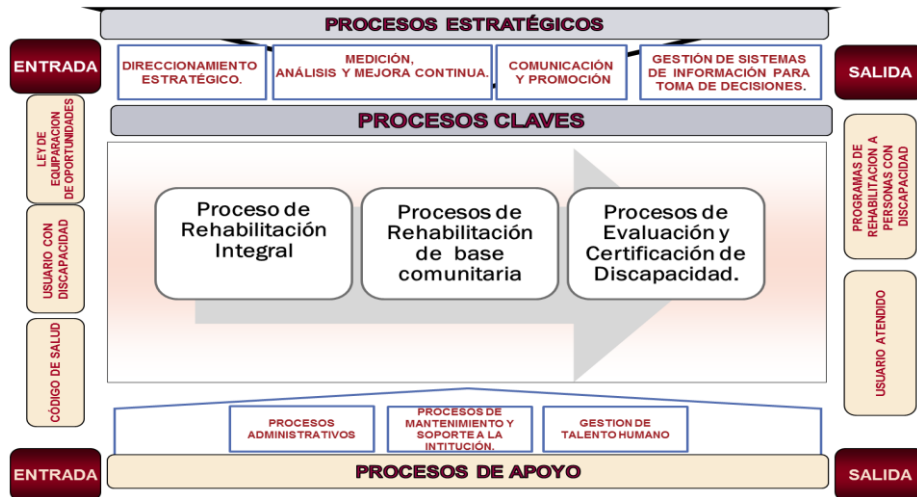


Ilustración 6- Mapa de Procesos del CRIO

1.2.4 Selección de procesos críticos:

No todos los procesos identificados pueden ser estudiados al mismo tiempo, por lo cual es necesario priorizar y concentrar esfuerzos en los más críticos para mejorarlos. Es por eso que se seleccionan los procesos críticos que puedan generar un valor agregado a la organización.

Estos procesos llamados críticos pueden ser aquellos que:

- Tienen una significativa correlación con alguno de los objetivos o directrices definidas en la Visión de la organización.
- Se encuentran en una situación desordenada o desestructurada, y es urgente
- sistematizar su aplicación.
- Los resultados de su evaluación se encuentran por debajo de los límites de control previamente definidos

Metodología:



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 26 de 68

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Se ocupara la matriz tipo L para poder hacer esta selección, se deben definir criterios que sean claves en el funcionamiento de la organización a evaluar, como por ejemplo:

- Impacto institucional
- Impacto estratégico

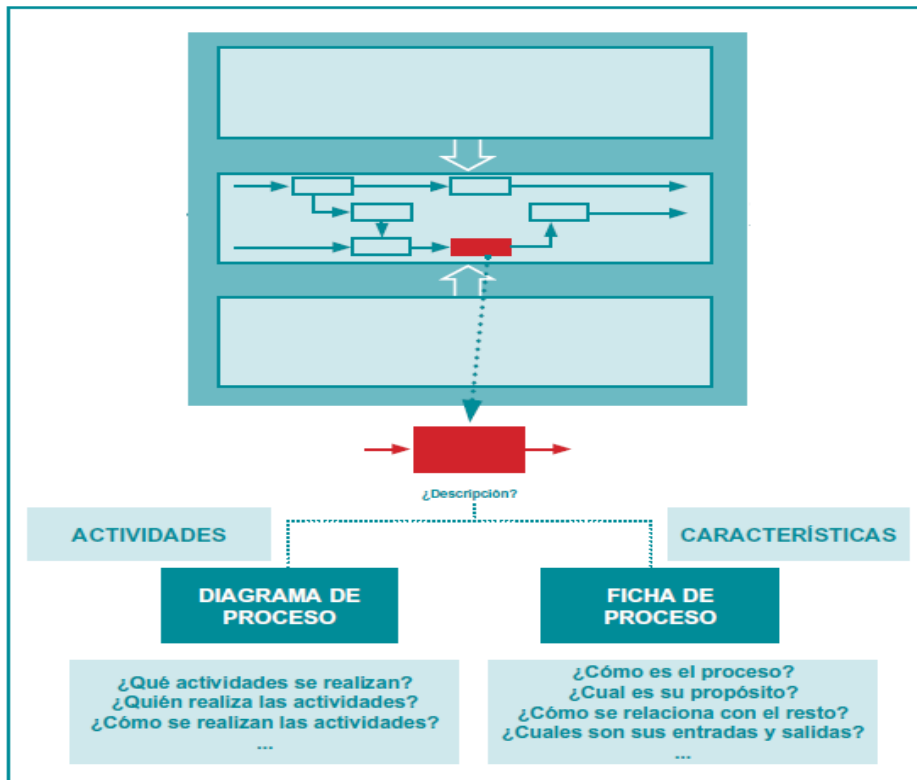
Luego el grupo de trabajo define que puntuación darle a cada uno, para poder saber que criterios son mas importantes mejorar. Con la puntuación de cada uno de los criterios, se evalúan para cada uno de los procesos, siguiente a esto se seleccionan en un diagrama de Pareto los procesos críticos que serán objeto de estudio en primera instancia.

1.3 GESTION Y DISEÑO DE PROCESOS

El mapa de procesos permite a una organización identificar los procesos y conocer la estructura de los mismos, reflejando las interacciones entre ellos. No obstante, el mapa no permite saber cómo son los procesos “por dentro” y cómo permiten la transformación de entradas en salidas.

La descripción de un proceso tiene como finalidad determinar los criterios y métodos para asegurar que las actividades que comprende se llevan a cabo de manera eficaz, al igual que el control del mismo. Esto implica que la descripción de un proceso se debe centrar en las actividades, así como en todas aquellas características relevantes que permitan el control de las mismas y la gestión del proceso.

Para ello, y dado que el enfoque basado en procesos potencia la representación gráfica, el esquema para llevar a cabo esta descripción puede ser el que se refleja en la figura siguiente:





MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

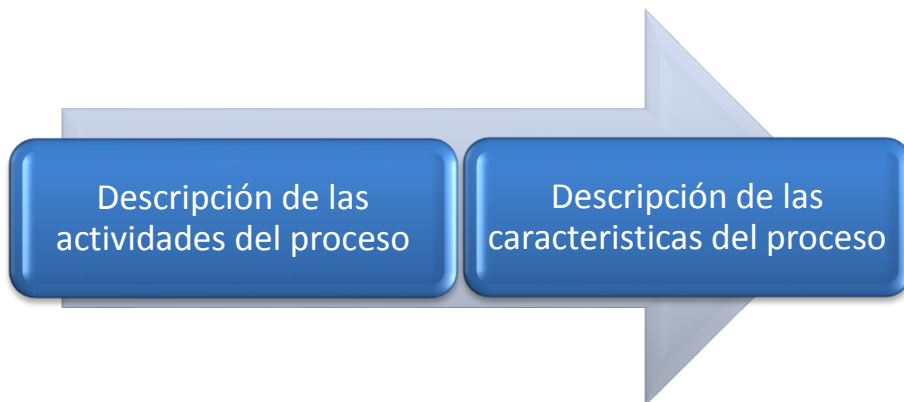
CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **28** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

El Diseño y la Gestión del proceso consistirán en las siguientes fases:

1.3.1 Descripción de las actividades del proceso



La descripción de las actividades de un proceso se puede llevar a cabo a través de un diagrama, donde se pueden representar estas actividades de manera gráfica e interrelacionadas entre sí.

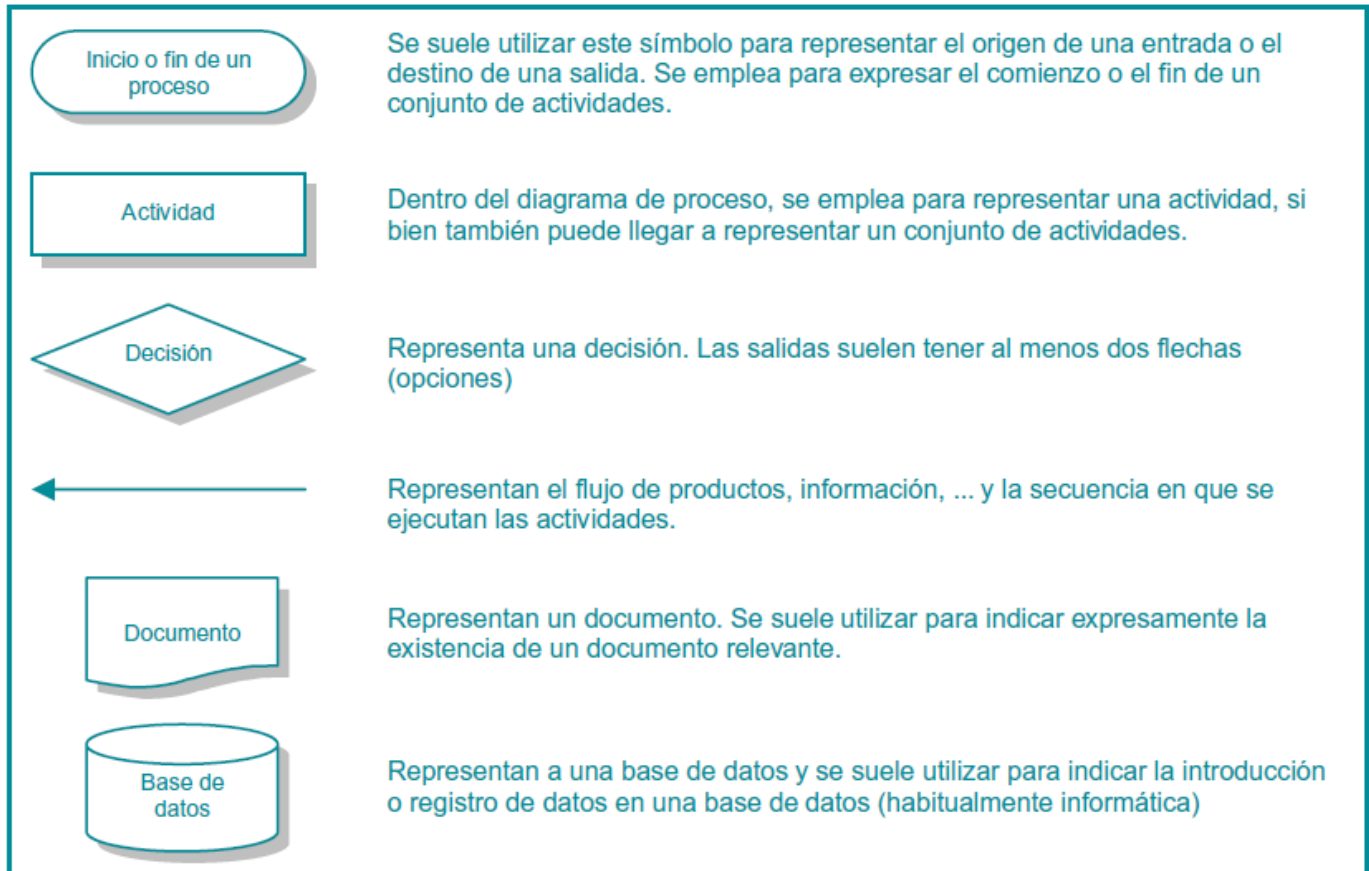
Estos diagramas facilitan la interpretación de las actividades en su conjunto, debido a que se permite una percepción visual del flujo y la secuencia de las mismas, incluyendo las entradas y salidas necesarias para el proceso y los límites del mismo.

Uno de los aspectos importantes que deberían recoger estos diagramas es la vinculación de las actividades con los responsables de su ejecución, ya que esto permite reflejar, a su vez, cómo se relacionan los diferentes actores que intervienen en el proceso.

Para la representación de este tipo de diagramas, la organización puede recurrir a la utilización de una serie de símbolos que proporcionan un lenguaje común, y que facilitan la interpretación de los mismos.

Para la representación de las actividades del proceso es muy común utilizar las normas UNE, No obstante, existe diversa bibliografía donde se establecen diferentes convenciones para llevar a cabo esta representación de diagramas de proceso.

A continuación se muestran los símbolos más habituales, y que una organización puede adoptar como referencia para utilizar un mismo lenguaje.



Aunque la elaboración de un diagrama de proceso requiere un importante esfuerzo, la representación de las actividades a través de este esquema facilita el entendimiento de la secuencia e interrelación de las mismas y favorece la identificación de la “cadena de valor”, así como de las interfases entre los diferentes actores que intervienen en la ejecución del mismo.

Para la caracterización de procesos, existen una gran cantidad de metodologías para lograr este fin, en este estudio se utilizara la metodología IDEF0, el cual permitirá el modelamiento funcional de actividades de los procesos.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **31** de **68**

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

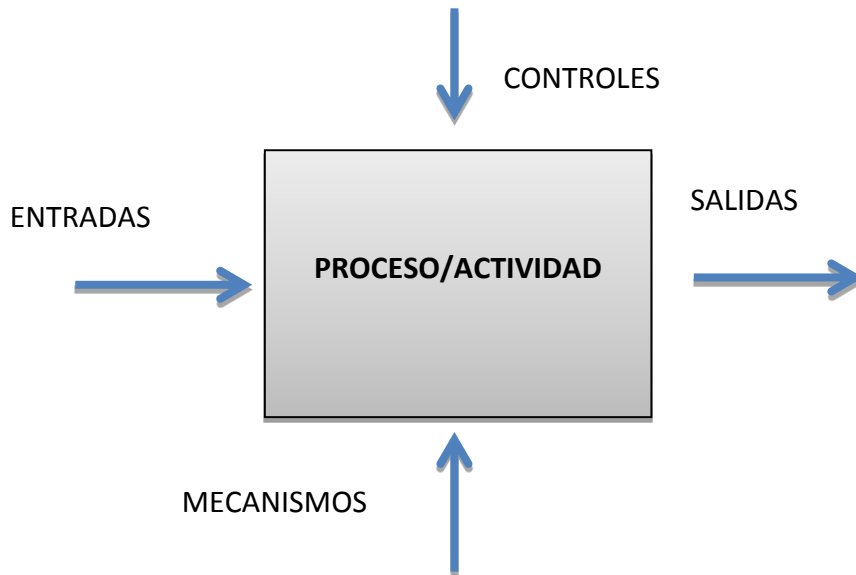
ENERO 2014

En el presente manual, se sugiere utilizar la herramienta IDEF0 para poder modelar los procesos de una forma sencilla y práctica.

IDEF0, permitirá mediante una manera genérica y conceptual, obtener una caracterización precisa, flexible y concisa, ya que haciendo uso de un lenguaje gráfico, permite responder:

- ¿Qué hace el proceso?
- ¿Quién lo trabaja?
- ¿Qué ingresa?
- ¿Qué sale?
- ¿Qué controles tiene?
- ¿Cómo ejecuta sus funciones?

En IDEF0 las actividades o procesos son representados por medio de una caja en donde las entradas son representadas por las flechas fluyendo hacia el lado izquierdo de la caja, y las **salidas** son representadas por flechas desde el lado derecho de la caja. Las flechas que fluyen hacia la parte superior de la caja representan restricciones o controles, y las flechas fluyendo hacia el lado inferior de la caja son mecanismos, como se presenta en la figura siguiente:



El objetivo de la caracterización de los procesos es determinar la situación actual de los procesos a fin de poder determinar los principales problemas que se encuentran en la estructura de estos, que no permitan brindar servicios o productos con la calidad requerida por el cliente interno o externo.

El nivel de detalle en la descripción de las actividades de un proceso será el necesario para asegurar que éste se planifica, controla y ejecuta eficazmente.

Por otra parte, no hay que olvidar que es deseable que la documentación de las actividades de los procesos sea ágil y manejable, de fácil consulta e interpretación por las personas afectadas.

1.3.2 Descripción de las características del proceso

La descripción de las características del proceso se hará mediante una **ficha de proceso** se puede considerar como un soporte de información que pretende recabar todas aquellas características relevantes para el control de las actividades definidas en el diagrama, así como para la gestión del proceso. La información a incluir dentro una ficha de proceso puede ser diversa y deberá ser decidida por la propia organización, si













MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **33** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

bien parece obvio que, al menos, debería ser la necesaria para permitir la gestión del mismo. Pero como mínimo dicha ficha o descripción contendrá los siguientes apartados.

-  **Nombre del Proceso:** El nombre del proceso que no es más que el conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan entre sí para producir bienes o servicios. Es donde se convierten las entradas en salidas.
-  **Misión del proceso:** Indicara la razón de ser del proceso, explicara el ¿Por qué? de la ejecución del proceso.
-  **Responsable del proceso:** Indicara quien es el actor o líder que deberá llevar a cabo o ejecutar la acción del proceso.
-  **Límites del proceso o alcance:** Establece cuando inicia y finaliza el proceso.
-  **Proveedores:** Son entidades o personas que proporcionan las entradas, tales como: materiales, información y otros insumos. Pueden ser uno o varios proveedores en un proceso, ya sean internos o externos.
-  **Entradas del proceso:** Son todos aquellos insumos que ingresaran al proceso, los cuales sufrirán transformación.
-  **Salidas del proceso:** Indicara todos aquellos productos o resultados del proceso.
-  **Usuarios:** Son las personas o entidades que se benefician con las salidas
-  **Controles del proceso:** Indicara aquellos requisitos, controles, documentos o registros que se necesiten.
-  **Indicadores:** Son medidores que deben establecerse en determinadas etapas del proceso.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **34** de **68**

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

En la siguiente figura se puede observar un ejemplo de cómo se puede llegar a estructurar la información relevante para la gestión de un proceso a través de una ficha de proceso, si bien lo importante de la misma es el tipo de información incluida más que la forma.

| | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|
| NOMBRE DEL PROCESO: | | | | | |
| Ingresar Usuarios a Servicios de Rehabilitación Integral | | | | | |
| MISION | | | | | |
| Intervenir al usuario en las diferentes disciplinas o modalidades, aplicando técnicas, ejercicios, y brindándoles atención mediante los programas musculo esquelético, neurológico, comunicación humana y educativo. | | | | | |
| RESPONSABLE | | | | | |
| Lic. Sandra de Sandoval | | | | | |
| LIMITES | | | | | |
| Inicia cuando el usuario es atendido en su primera terapia, y finaliza cuando el usuario es dado de alta, sea esta voluntaria, por cumplimiento o por ausencia. | | | | | |
| PROVEEDORES | ENTRADAS | SUB-PROCESOS | SALIDAS | USUARIOS | |
| Ingresar Usuarios a los Servicios de rehabilitación | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Discapacidad del Usuario. ✓ Plan de Tratamiento | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Intervenir Usuarios en Servicios Médicos. ✓ Intervenir Usuarios en Servicios Terapéuticos ✓ Intervenir en Servicios Psicológicos ✓ Intervenir Usuarios en | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alta del Usuario. ✓ Usuario Atendido ✓ Usuario Rehabilitado | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Egresar Usuarios de los Servicios de rehabilitación. | |



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 35 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

| | | | |
|--|--|------------------------------|--|
| | | Servicios de Trabajo Social. | |
| CONTROL DEL PROCESO | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Modelo de Atención y Provisión CRIO – CRIOR ✓ Normas Técnicas del Expediente Clínico (ESDOMED) ✓ Lineamientos del Programa de Epidemiología ✓ Lineamientos de Atención en la rehabilitación | | | |
| INDICADORES | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cantidad de usuarios atendidos por unidad de producción. ✓ Usuarios dados de alta | | | |
| CARGOS | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médico Especialista ✓ Enfermería ✓ Terapistas | | | |
| RECURSOS | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Instalaciones del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente ✓ Formularios ✓ Equipos | | | |



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 36 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

Otro ejemplo de demostración de una ficha de proceso es el siguiente:

| INTESA | | REVISIÓN DE REQUISITOS DEL PRODUCTO | | FP-722 |
|--|---|---|---------------------------------|----------------------------------|
| PROCESO: REVISIÓN DE LOS REQUISITOS DEL PRODUCTO | | PROPIETARIO: DTOR COMERCIAL | | |
| MISIÓN: Asegurar que los requisitos aplicables a los productos para los clientes están correctamente definidos en ofertas, pedidos y contratos, aclarados y que se tiene capacidad para cumplirlos. | | | DOCUMENTACIÓN: PC-722 | |
| ALCANCE | • Empleza: Cuando empezamos cualquier relación comercial. | | | |
| | • Incluye: Ofertas, pedidos y contratos. Recogida de información para asegurar la capacidad. | | | |
| | • Termina: Con la elaboración de una oferta, aceptación de un pedido o modificación del mismo. | | | |
| ENTRADAS: Necesidades del cliente. Información sobre capacidad de producción y stock. | | | | |
| PROVEEDORES: Cliente. Producción. Logística. | | | | |
| SALIDAS: Ofertas. Pedidos aceptados. Contratos firmados. Modificaciones a los anteriores | | | | |
| CLIENTES: Cliente externo. | | | | |
| INSPECCIONES: Inspección mensual de las ofertas y pedidos | | REGISTROS: Reclamaciones, devoluciones, FORM 722.1 | | |
| VARIABLES DE CONTROL: • Inmovilizado de producto final. • Capacidad de producción. • Plazo de entrega estándar. • Catálogo de productos. • Política comercial. | | INDICADORES: • I722.1 = % de ofertas aceptadas • I722.2 = % ofertas/pedidos/contratos no conformes • I722.3 = % modificaciones de requisitos por causa propia | | |
| | | | | Revisión: 02 Fecha 2001/02/05 |

Para el ejemplo anterior los conceptos considerados en la ficha que se consideran relevantes para la gestión de un proceso y que una organización puede optar por incluirlo en la ficha de proceso correspondiente, se definen a continuación.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 37 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

Misión: Es el propósito del proceso. Hay que preguntarse ¿cuál es la razón de ser del proceso? ¿Para qué existe el proceso. La misión u objeto debe inspirar los indicadores y la tipología de resultados que interesa conocer.

Propietario del proceso: Es la función a la que se le asigna la responsabilidad del proceso y, en concreto, de que éste obtenga los resultados esperados. Es necesario que tenga capacidad de actuación y debe liderar el proceso para implicar y movilizar a los actores que intervienen.

Límites del proceso: Los límites del proceso están marcados por las entradas y las salidas, así como por los proveedores (quienes dan las entradas) y los clientes (quienes reciben las salidas). Esto permite reforzar las interrelaciones con el resto de procesos, y es necesario asegurarse de la coherencia con lo definido en el diagrama de proceso y en el propio mapa de procesos. La exhaustividad en la definición de las entradas y salidas dependerá de la importancia de conocer los requisitos para su cumplimiento.

Alcance del proceso: Aunque debería estar definido por el propio diagrama de proceso, el alcance pretende establecer la primera actividad (inicio) y la última actividad (fin) del proceso, para tener noción de la extensión de las actividades en la propia ficha.

Indicadores del proceso: Son los indicadores que permiten hacer una medición y seguimiento de cómo el proceso se orienta hacia el cumplimiento de su misión. Estos indicadores van a permitir conocer la evolución y las tendencias del proceso, así como planificar los valores deseados para los mismos.

Variables de control: Se refieren a aquellos parámetros sobre los que se tiene capacidad de actuación dentro del ámbito del proceso (es decir, que el propietario o los actores del proceso pueden modificar) y que pueden alterar el funcionamiento o comportamiento del proceso, y por tanto de los indicadores establecidos. Permiten conocer a priori dónde se puede “tocar” en el proceso para controlarlo.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **38** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Inspecciones: Se refieren a las inspecciones sistemáticas que se hacen en el ámbito del proceso con fines de control del mismo. Pueden ser inspecciones finales o inspecciones en el propio proceso.

Documentos y/o registros: Se pueden referenciar en la ficha de proceso aquellos documentos o registros vinculados al proceso. En concreto, los registros permiten evidenciar la conformidad del proceso y de los productos con los requisitos.

Recursos: Se pueden también reflejar en la ficha (aunque la organización puede optar en describirlo en otro soporte) los recursos humanos, la infraestructura y el ambiente de trabajo necesario para ejecutar el proceso.

En los dos ejemplos se aprecia que, además de la identificación del propio proceso y de otra información relevante para el control documental, aparecen términos tales como la misión del proceso, el alcance, las interrelaciones a través de las entradas y salidas, los indicadores y variables de control, etc. asociados a conceptos que se han considerado esenciales para poder gestionar el mismo.

Aunque los elementos a describir en la ficha como se ha mencionado anteriormente pueden ser diversa y deberá ser decidida por la propia organización, si bien parece obvio que, al menos, debería ser la necesaria para permitir la gestión del mismo.

De todos los elementos a considerar en una ficha de proceso, se destacaran de manera particular la importancia de reflexionar y recoger en la ficha de proceso los siguientes:

La **misión**, u objeto, de un proceso se refiere al propósito, a su razón de ser, y condiciona el tipo de resultados que se pretenden alcanzar en el ámbito de dicho proceso. Es importante asegurar que se



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 39 de 68

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

encuentra alineado con la misión y la estrategia general de la organización, así como garantizar una coherencia con el resto de procesos.

Para establecer la misión de un proceso es también importante realizar un análisis del alcance del mismo y las interrelaciones con los otros procesos existentes (a través de las entradas y salidas).

El **alcance** de un proceso establece la extensión de las actividades que componen el proceso, pudiéndose caracterizar, al menos, por la primera actividad y la última. La finalidad es determinar de manera explícita qué actividades caen en el ámbito del proceso, considerando que la ejecución de las mismas es lo que debería permitir la consecución de la misión. Sin embargo, no es necesario hacer una descripción exhaustiva dentro de la ficha, en la medida que estas actividades ya queden recogidas en detalle a través del diagrama de proceso, según el esquema de descripción considerado.

A la hora de incluir el alcance y los límites de un proceso en una ficha de proceso (o en el soporte que la organización considere oportuno), es importante garantizar la coherencia con las actividades consideradas en el diagrama de proceso (o en el documento donde se hayan descrito).

Esta delimitación del proceso queda reforzada con la identificación de sus **entradas y proveedores**, y de sus **salidas y clientes**.

Tanto las entradas como las salidas pueden ser de diferente naturaleza: materias primas, materiales procesados, productos terminados, información, servicio técnico, operación de mantenimiento, personas, ... A su vez, los proveedores y clientes pueden ser tanto internos (es decir, otros procesos) como externos a la organización.

El grado de descripción de las entradas y salidas dependerá de la necesidad de determinación de los requisitos asociados a las mismas.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **40** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Así, las entradas deberán cumplir con una serie de requisitos para que puedan considerarse aptas para ser procesadas (ejemplo: plancha metálica de acero de 1 x 0,5 m², y de espesor de 5 ± 0,2 mm), mientras que las salidas deberán cumplir con los requisitos que le correspondan para satisfacer a los clientes a los que va destinado (ejemplo: plancha metálica de acero embutida con dimensiones y tolerancias según plano del producto, describiéndose los requisitos a cumplir a través de las especificaciones del plano). Esta circunstancia va a condicionar el nivel de detalle necesario para la descripción de las entradas y salidas, las cuales podrán recogerse en la propia ficha de proceso y/o mediante el uso de otro soporte adicional.

En relación con lo anterior, las inspecciones que se llevan a cabo en el ámbito de un proceso se establecen con el fin de comprobar el cumplimiento de estos requisitos, generalmente en las salidas del proceso; si bien también se pueden establecer sobre las entradas o en fases intermedias del mismo.

Por otro lado, los tipos de resultados que interesan conocer de un proceso están condicionados por la misión, que deberá formularse contemplando la necesidad de que dicho proceso cumpla los requisitos aplicables (principalmente por parte de los productos). Los resultados reales que obtenga el proceso permitirán conocer el grado en que se cumplen dichos requisitos y, por tanto, si el proceso se orienta hacia el cumplimiento de su misión.

Estos resultados se podrán medir a través de indicadores, los cuales se deberán determinar y formular de manera que permitan el aporte de información relativa a cómo el proceso se orienta hacia el cumplimiento de su misión. De esta forma se refuerza el hecho de que las actividades del proceso se orientan hacia la consecución de resultados y que estos resultados reflejan la consecución de la misión del proceso.

Como ejemplo, si en un proceso de “transporte” la misión establece la “entrega a tiempo” como un aspecto importante, sería lógico que las salidas del proceso tuviesen asociado algún requisito relacionado con la entrega en un determinado plazo de tiempo, como por ejemplo “entrega en menos de 24 horas”. El grado en que el proceso cumple con este requisito podría medirse a través de algún indicador, como el “porcentaje de pedidos entregados en menos de 24 horas”. En la medida que este indicador refleje valores “adecuados”, se podrá considerar que el proceso se orienta hacia el cumplimiento de su misión.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **41** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

La responsabilidad de que un proceso consiga su misión recaerá sobre el propietario del proceso. Para ello, el propietario deberá liderar el proceso, actuando o asegurando que se actúa, cuando sea necesario, sobre aquellas variables de control que le permitan conducir al proceso hacia su misión.

Estas variables de control se entienden, por tanto, como los grados de libertad del proceso que influyen de manera previsible en el valor de los indicadores. Las variables de control estarán constituidas, principalmente, por aquellos parámetros sobre los que el propietario del proceso tiene capacidad de actuación.

En ocasiones, es posible que en un proceso influyan también otros parámetros que no estén bajo el control del propietario y que pueden afectar al comportamiento del proceso y, por tanto, a los indicadores. Por ejemplo, en un proceso de “fusión” (de material sólido a través de un horno) el consumo de combustible puede ser una variable de control típica sobre la que puede actuar el propietario del proceso y, sin embargo, el aumento del tamaño del hogar del horno, que también puede influir en la capacidad del proceso, podría no ser un parámetro bajo el control del propietario. En estas circunstancias, se debe realizar un análisis respecto a las responsabilidades asignadas a fin de, si procede, gestionar la intervención de las funciones que sí tengan capacidad de actuación en dichos parámetros.

A modo de resumen, una organización debe tender a configurar sus procesos de forma que, para cada uno de ellos, se determine su **misión** y, en consecuencia, los resultados deseados a través de valores de referencia sobre los **indicadores** establecidos. Para ello, deberá asignar como **propietarios** a las funciones pertinentes que puedan actuar sobre las **variables de control** que previsiblemente le conduzcan a la consecución de los resultados deseados. Con estas consideraciones, se debe formalizar la ficha de proceso correspondiente.

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

1.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS

El enfoque basado en procesos de los sistemas de gestión pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo un seguimiento y medición de los mismos con el fin de conocer los resultados que se están obteniendo y si estos resultados cubren los valores u objetivos previstos.

No se puede considerar que un sistema de gestión tenga un enfoque basado en procesos si, aún disponiendo de un “buen mapa de procesos” y unos “diagramas y fichas de procesos coherentes”, el sistema no se “preocupa” por conocer sus resultados.

El seguimiento y la medición constituyen, por tanto, la base para saber qué se está obteniendo, en qué extensión se alcanzan los resultados deseados y por dónde se deben orientar las mejoras.



En este sentido, los indicadores permiten establecer, en el marco de un proceso (o de un conjunto de procesos), qué es necesario medir para conocer la **capacidad** y la **eficacia** del mismo, todo ello alineado con su misión.

Dado que la finalidad de los indicadores es conocer la capacidad y eficacia asociadas a un proceso, es importante en este punto introducir estos conceptos.

Capacidad: Aptitud de una organización, sistema o proceso para realizar un producto que cumple los requisitos para ese producto.

Eficacia: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

ISO 9000:2005



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **43** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

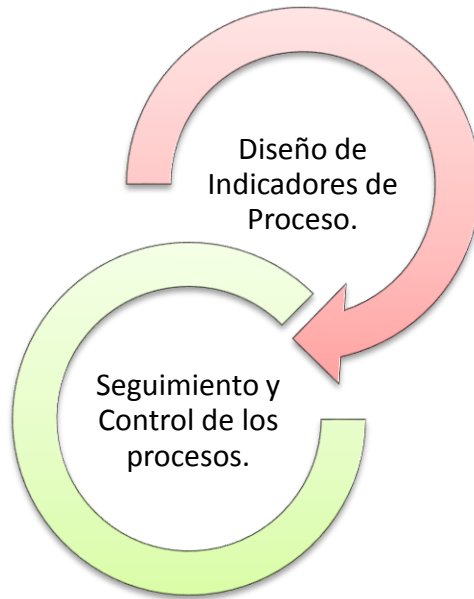
Una organización debe asegurar que sus procesos tienen la capacidad suficiente para permitir que los resultados que obtienen cubran los resultados planificados, y para ello se tiene que basar en datos objetivos, y estos datos deben surgir de la realización de un seguimiento y medición fiable.

Es más, una organización debería preocuparse también por alcanzar los resultados deseados optimizando la utilización de recursos, es decir, además de la eficacia, debería considerar la **eficiencia** en los procesos. Esto es indispensable si se desea avanzar hacia el éxito sostenido, como propugnan los actuales modelos de excelencia.

Los indicadores utilizados para conocer la eficiencia de un proceso deberían, por tanto, recoger los recursos que se consumen, tales como costes, horas-hombre utilizadas, tiempo, etc.

La información aportada por estos indicadores permite contrastar los resultados obtenidos con el coste de su obtención. Cuanto menos coste consuma un proceso para obtener unos mismos resultados, más eficiente será.

El seguimiento y la medición de los procesos consistirán en las siguientes fases:



1.4.1 Diseño de Indicadores de proceso

Los indicadores de un proceso constituyen los instrumentos que permiten recoger de manera adecuada y representativa la información relevante respecto a los resultados que obtiene, de forma que permiten determinar su capacidad y eficacia, así como su eficiencia.

En función de los valores que adopte un indicador y de su evolución a lo largo del tiempo, la organización podrá decidir si actúa o no sobre el proceso (en concreto sobre las variables de control que permitan cambiar su comportamiento), según convenga.

Un **indicador** es un soporte de información (habitualmente expresión numérica) que representa una magnitud, de manera que a través del análisis del mismo se permite la toma de decisiones sobre los parámetros de actuación (variables de control) asociados.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **45** de **68**

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

De ahí se deduce la importancia de identificar, seleccionar y formular adecuadamente los indicadores en cada proceso, ya que luego van a servir para su evaluación y control.

En este sentido, los indicadores se convierten en uno de los elementos centrales de evaluación de los diferentes sistemas que implementan y desarrollan las entidades, ya que permiten, dada su naturaleza, la comparación en la organización (Referenciación interna) o al exterior de la misma (Referenciación externa colectiva) desde el sector donde se desenvuelve.

Los indicadores permiten evidenciar el nivel de cumplimiento acerca de lo que está haciendo la organización y sobre los efectos de sus actividades, a través de la medición de aspectos tales como:

- Recursos: Como talento humano, presupuesto, planta y equipos.
- Cargas de Trabajo: Como estadísticas y metas que se tengan para un período de tiempo determinado y el tiempo y número de personas requeridas para realizar una actividad.
- Resultados: Como ciudadanos atendidos, oficios respondidos, ejecución del cronograma, niños vacunados, kilómetros construidos, etc.
- Impacto: De los productos y/o servicios, tales como enfermedades prevenidas, impuestos recolectados, niveles de seguridad laboral alcanzados.⁹
- Productividad: Como casos atendidos por profesionales, solicitudes procesadas por persona, llamadas de emergencia atendidas.
- Satisfacción del Usuario: Como el número de quejas recibidas, resultados de las encuestas, utilización de procesos participativos, visitas a los clientes.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **46** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

- Calidad y Oportunidad del Producto y/o Servicio: Como tiempos de respuesta al usuario, capacidad para acceder a una instancia, racionalización de trámites.

1.4.1.1 Características de los indicadores

Los indicadores deben cumplir con unos requisitos y elementos para poder apoyar la gestión en el cumplimiento de los objetivos institucionales. Las características más relevantes son las siguientes:

- **Oportunidad:** Deben permitir obtener información en tiempo real, de forma adecuada y oportuna, medir con un grado aceptable de precisión los resultados alcanzados y los desfases con respecto a los objetivos propuestos, que permitan la toma de decisiones para corregir y reorientar la gestión antes de que las consecuencias afecten significativamente los resultados o estos sean irreversibles.
- **Excluyentes:** Cada indicador evalúa un aspecto específico único de la realidad, una dimensión particular de la gestión. Si bien la realidad en la que se actúa es multidimensional, un indicador puede considerar alguna de tales dimensiones (económica, social, cultural, política u otras), pero no puede abarcarlas todas.
- **Prácticos:** Que se facilite su recolección y procesamiento.
- **Claros:** Ser comprensible, tanto para quienes lo desarrollen como para quienes lo estudien o lo tomen como referencia. Por tanto, un indicador complejo o de difícil interpretación que solo lo entienden quienes lo construyen debe ser replanteado.
- **Explícitos:** Definir de manera clara las variables con respecto a las cuales se analizará para evitar interpretaciones ambiguas.
- **Sensibles:** Reflejar el cambio de la variable en el tiempo.
- **Transparente/Verificable:** Su cálculo debe estar adecuadamente soportado y ser documentado para su seguimiento y trazabilidad.

1.4.1.2 metodologías para el establecimiento de indicadores.



1. IDENTIFICACIÓN DE LA MISIÓN.

Para la construcción de indicadores es necesario hacer una reflexión profunda de la organización dando respuesta a las siguientes preguntas¹:

¹ GUINART I., Joseph María. *Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas. Ponencia VII Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá, 2003.*



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **48** de **68**

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

¿Qué se hace? Con esta pregunta se pretende que la entidad describa sus actividades principales que permiten cumplir con la razón de ser por la cual fue creada.

¿Qué se desea medir? Debe realizarse la selección de aquellas actividades que se consideren prioritarias. Para ello se trata de establecer una relación valorada (por ejemplo, de 0 a 10) según el criterio que se establezca que permita priorizar todas las actividades. En esta reflexión puede analizarse bajo el tiempo dedicado por el personal de la organización en cada actividad, dado que resulta recomendable centrarse en las tareas que consuman la mayor parte del esfuerzo.

¿Quién utilizará la información? Una vez descritas y valoradas las actividades se deben seleccionar los destinatarios de la información, ya que los indicadores deben definir sustancialmente en función de quién los va a utilizar.

¿Cada cuánto se debe medir? En esta fase de la reflexión debe precisarse la periodicidad con la que se desea obtener la información. Dependiendo del tipo de actividad y del destinatario de la información, los indicadores habrán de tener una u otra frecuencia temporal en cuanto a su presentación.

Identificación y/o Revisión de Productos y Objetivos que serán medidos

Después de tener claro el objetivo y el ser de la institución en general y los procesos que se desean medir se deberá especificar en forma detallada cuales procesos serán medidos:

Este paso responde a la pregunta: ¿Cuáles son los productos estratégicos y objetivos que serán evaluados?

Este será el punto de partida para asegurar la coherencia de los indicadores que se pretende construir, su análisis definirá el tipo de medición y los esfuerzos necesarios para obtener la información, pero cómo determinar lo que se considera estratégico para la organización, este interrogante se ilustra a través de las siguientes características:



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 49 de 68

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

- Es el principal bien o servicio que la institución proporciona directamente a un usuario externo.
- La demanda de los usuarios de productos estratégicos es continua, sistemática, permanente y cautiva
- Los recursos que se consumen en la generación de un producto estratégico son importantes, ya sea como porcentaje del presupuesto destinado a la provisión del servicio, o bien por el porcentaje de funcionarios afectados a la provisión del servicio

2. DISEÑO DE INDICADORES

Establecer Medidas de Desempeño Claves

Para este campo la pregunta claves es ¿Cuántos indicadores construir?

El número y tipo de indicadores dependerá de los objetivos determinados para la evaluación, de las características de la entidad y del nivel de la organización donde se pretendan desarrollar. En general los criterios para decidir el número de indicadores tienen que ver con los siguientes aspectos

- El número de indicadores debe limitarse a una cantidad que permita apuntar a lo esencial ,que permita captar el interés de los diferentes usuarios a los cuales va dirigido.
- Que cubran las diferentes áreas de la organización: estratégica, gestión y operacional. De forma evidente lo más probable es que los indicadores de carácter estratégico y los más relevantes del control de gestión sean los que se reporten a las diferentes instancias que los solicitan.
- Que permitan conocer el desempeño de los procesos (resultados intermedios) para identificar debilidades, demoras, etc.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 50 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION


DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

 Junto con lo anterior, estos resultados intermedios sirven para construir indicadores de calidad, que posibiliten tener antecedentes sobre la eficacia y la oportunidad del producto final.

Asignar las responsabilidades

En concordancia con el punto anterior, donde se menciona que los indicadores se desarrollan a lo largo de la entidad, en todos los niveles y dado que se asocian a los resultados sobre los productos/servicios de cada nivel, se incluyen entonces los directivos o líderes a cargo que son responsables por ellos. Por lo que el paso siguiente a la identificación de lo que se medirá es establecer las responsabilidades institucionales para el cumplimiento en el manejo de la información, tanto para alimentar el indicador como para su análisis y presentación de resultados.

Estructura Básica de los Indicadores²

- **Nombre del indicador:** Denominación del indicador.
- **Objetivo:** Señalara el para que se estableció el indicador y que es lo que se mide..
- **Proceso del indicador:** Describirá el mecanismo o procedimiento para la toma de datos del indicador.
- **Responsabilidad:** Indicara el proceso dueño del indicador y, por lo tanto, los responsables de las acciones que se deriven del mismo.
- **Usuarios del indicador:** Se establecerán quienes serán los clientes, y que directa o indirectamente necesitan conocer el indicador.
- **Recursos:** Describirá el personal, instrumentos, informáticos, que participaran y permitirán la recolección de datos.

- **Formula del indicador:** Método para el cálculo del indicador.

² GUINART I., Joseph María. *Indicadores de Gestión para las Entidades Públicas. Ponencia VII Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá, 2003.*



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 51 de 68

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

- **Nivel de Referencia:** Pueden ser metas, datos históricos, un estándar establecido, un requerimiento del cliente o de la competencia, o una cifra acordada por consenso con el grupo.
- **Punto de Lectura:** Debe tenerse claro en qué punto se llevara a cabo la medición.
- **Gráfico:** Se graficara la tendencia del indicador en un periodo de tiempo establecido.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

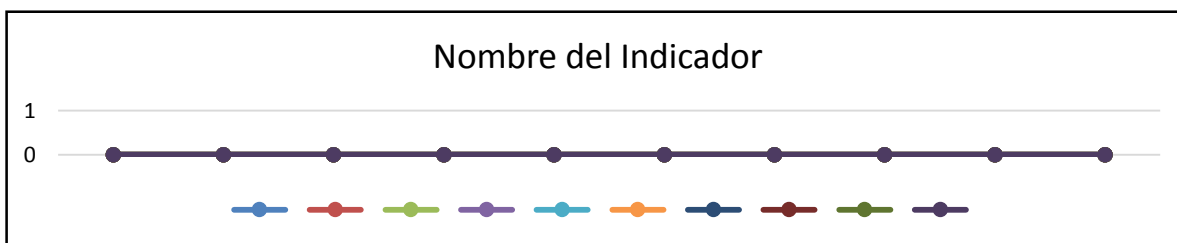
Página 52 de 68

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Hoja Metodológica del Indicador

A continuación se presenta la Hoja Metodológica sugerida que constituye un instrumento que permite identificar los factores importantes al documentar un indicador. Tales como entidad, proceso, formula, variables, unidad de medida, metas, entre otros.

| FICHA TECNICA DE INDICADORES | |
|---|----------------------|
| CODIGO: | VERSION: FECHA: |
| Nombre del Proceso | |
| Objetivo del Proceso | |
| Procesos que suministran información | |
| Responsable de calcular | |
| Responsable de Analizar | |
| Usuarios de la información recolectada | |
| Objetivo o descripción del Indicador | |
| Tipo de Indicador | |
| Fórmula para calcular el indicador | |
| Frecuencia Recolección | |
| Fuente de Datos | |





MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 53 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

3. VALIDAR INDICADORES.

La etapa de validación, es muy importante, ya que deben permitir asegurar su transparencia y confiabilidad del indicador para que se constituya en una herramienta para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.

Para poder realizarla a continuación se determina un conjunto de criterios, sobre los cuales se deben examinar los indicadores para analizar su coherencia y la capacidad de cumplir los fines para los cuales fueron construidos.

| Criterio | Descripción. |
|----------------------|---|
| Pertinencia | Debe referirse a los procesos y productos esenciales que desarrolla cada institución para reflejar el grado de cumplimiento de sus objetivos institucionales. La medición de todos los productos o actividades que realiza la institución genera una saturación de información, tanto al interior de la organización como fuera de ésta |
| Relevancia | Asegurarse que estoy midiendo los objetivos vinculados a lo estratégico. Cuando se trata de organizaciones que tienen más de un producto o servicio, es conveniente desarrollar un conjunto de indicadores globales que represente su accionar estratégico vinculado a su misión |
| Independencia | Los indicadores deben responder en lo fundamental a las acciones que desarrolla y controla la institución o a las variables del entorno que se vean afectadas directamente por esas acciones. No puede estar condicionado a factores externos, tales como la situación general del país, la labor legislativa del parlamento o la actividad conexas de terceros (públicos o privados) |



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **54** de **68**

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

| Criterio | Descripción. |
|--|---|
| Confiabilidad | Digno de confianza, independiente de quién realice la medición. En principio la base Estadística de los indicadores debe estar en condiciones de ser auditada por las autoridades de la institución y examinada por observadores externos. |
| Simplicidad y Comprehensividad | Existe una tensión entre ambos criterios: se deben cubrir los aspectos más significativos del desempeño, pero la cantidad de indicadores no puede exceder la capacidad de análisis de los usuarios, tanto internos como externos. Los indicadores deben ser de fácil comprensión, libre de complejidades. |
| No - redundancia | Debe ser único y no repetitivo |
| Participación | Su elaboración debe involucrar en el proceso a todos los actores relevantes, con el fin de asegurar la legitimidad y reforzar el compromiso con los objetivos e indicadores resultantes. Esto implica además que el indicador y el objetivo que pretende evaluar sea lo más consensual posible al interior de la organización |

4. COMUNICAR E INFORMAR

Es importante precisar que los indicadores pueden ser utilizados para diferentes propósitos, dependiendo del objetivo de la evaluación, el ámbito en que se realiza y los usuarios a los que se dirige, por lo que para la comunicación de los resultados es necesario tener en cuenta que los indicadores “no siempre podrán dar cuenta en forma integral del desempeño institucional, requiriéndose de otros antecedentes complementarios para esto, lo que refuerza un uso prudente de esta información”, razón por la cual se hace



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página 55 de 68

VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION

DICIEMBRE 2013

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE

FECHA DE APROBACION:

ENERO 2014

necesario trabajar baterías de Indicadores, que permitan desde diferentes puntos de vista el análisis de la situación y las medidas correctivas de ser necesario.

Así mismo enfocar la comunicación de acuerdo a los interesados, si los resultados están orientados a la rendición de cuentas a la ciudadanía, su presentación exige en lo posible un componente educativo, un lenguaje sencillo y entendible, para que puedan cumplirse con las expectativas de dichos usuarios frente a la Información suministrada.

Por su parte los informes para la Alta Dirección o Gerencia, requiere una periodicidad frente a la presentación de informes, de modo tal que pueda dar una línea base para el análisis o una continuidad de los procesos, para efectos de una acertada toma de decisiones.

1.4.2 Seguimiento y el Control de los procesos

Como se ha visto en el apartado anterior, una vez identificado y formalizado un indicador, su cálculo es utilizado para conocer la capacidad del proceso al que está asociado. No obstante, ¿cómo sabemos si tales resultados son buenos o no?. La bondad de un resultado (obtenido por un indicador) se determinará mediante su comparación con el valor o el resultado que se ha planificado obtener.

Por tanto, un resultado planificado es un valor de referencia con el que se compara el resultado real obtenido, permitiendo emitir un juicio acerca de la bondad del mismo.

Para determinar coherentemente los resultados planificados para un indicador, es habitual calcular los resultados que dicho indicador ha obtenido históricamente. También, si el proceso lo permite, puede ponerse inicialmente en marcha el proceso para calcular los valores del indicador en cuestión. A la vista de estos datos, será más fácil establecer los valores de referencia o resultados planificados.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **56** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

En general, es conveniente distinguir dos tipos de resultados planificados:

Valores de control. Son valores de referencia con los que se compara el resultado real del indicador, permitiendo interpretar si el proceso funciona de manera apropiada o no. Se trata de valores coherentes con la capacidad admisible del proceso, y que deberían poder alcanzarse en las condiciones normales y habituales de funcionamiento.

Objetivos. Son valores de referencia, al igual que los anteriores, pero que sí representan una mejora de la capacidad del proceso. El establecimiento de objetivos requiere la realización de acciones en el proceso que permitan tal mejora de la capacidad, dado que con las condiciones anteriores de funcionamiento no se garantiza su cumplimiento.

En la siguiente tabla se puede apreciar más claramente la diferencia entre un tipo y otro.

| Valor de control | Objetivo |
|--|--|
| Representa un valor cuyo cumplimiento asegura la capacidad necesaria del proceso. | Representa un estado de mayor capacidad que en periodos anteriores. |
| No suele implicar el establecimiento y planificación de nuevas acciones para su consecución, sino que éstas están estandarizadas en el sistema de gestión. | Implica generalmente el establecimiento y planificación de acciones de mejora para su consecución, la posible estandarización de estas acciones y la posible revisión de los valores de control para sucesivos periodos. |
| Se puede definir en todos los procesos. | No todos los procesos tienen que tener objetivos. Solo es necesario en aquellos donde se decida mejorar. |

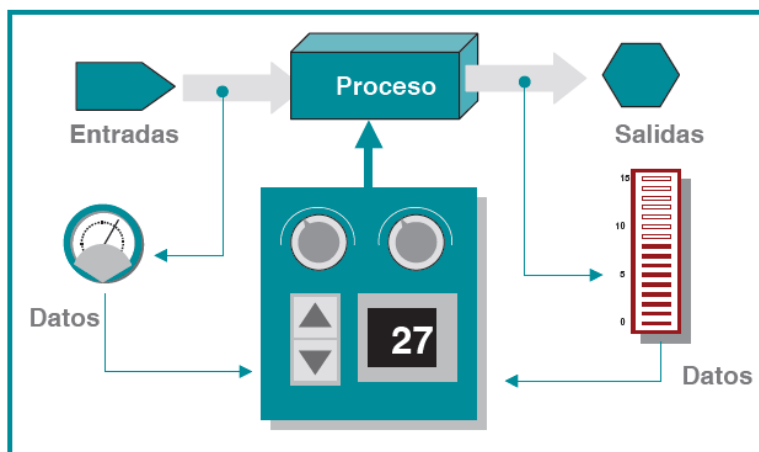
De la tabla anterior, se puede deducir que todo indicador debería disponer al menos de un valor de control con el que valorar si el resultado real (y por consiguiente el proceso) es bueno o no. Adicionalmente, aquellos procesos en los que se desee un aumento de su capacidad, será necesario que cuenten con indicadores sobre los que se establezcan objetivos, es decir, valores a alcanzar que representen un incremento de la capacidad del proceso y por lo tanto una mejora. Por lo general, esto supone la realización de acciones encaminadas a permitir tal incremento de la capacidad (incorporando/cambiando los recursos, aplicando nuevos métodos, etc.) que deberán ser planificadas.

A su vez, un indicador puede tener asociado uno o varios valores de control, incluso uno o varios objetivos, de forma que las decisiones sobre el proceso se toman en función de cómo los resultados reales obtenidos alcanzan tales resultados planificados.

El seguimiento y medición de los procesos, como ya se ha expuesto, debe servir como mínimo para evaluar la capacidad y la eficacia de los procesos, y tener datos a través de mediciones fiables que soporten la toma de decisiones.

Esto implica que para ejercer un control sobre los procesos, la información recabada por los indicadores debe permitir su análisis y la toma de decisiones que repercutan en una mejora del comportamiento del proceso.

Uno de los principios de Gestión de la Calidad establecidos en la familia de normas ISO 9000 es el enfoque basado en hechos para la toma de decisiones, que establece que “las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información”.



Obviamente, estas decisiones deberán ser tomadas por el responsable del proceso o del conjunto de procesos (propietario), y se adoptarán sobre aquellos parámetros del proceso (o del conjunto de procesos) para los que tiene capacidad de actuación. Estos parámetros son los que en la ficha de proceso se han denominado como “**variables de**

control”. El esquema para el control del proceso es, por tanto, muy simple. A través de indicadores se analizan los resultados del proceso (para conocer si alcanzan los resultados esperados) y se toman



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **58** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

decisiones sobre las variables de control (se adoptan acciones). De la implantación de estas decisiones se espera, a su vez, un cambio de comportamiento del proceso y, por tanto, de los indicadores. Esto es lo que se conoce como **bucle de control**.

Solo es posible que funcione el bucle de control si se es consciente de que la actuación sobre las variables de control consigue alterar los resultados del proceso y, por tanto, los indicadores, es decir, si existe una **relación “causa-efecto”** entre las variables de control y los indicadores.

Por último, y antes de abordar el control de los procesos sobre la base de los indicadores, es importante destacar que, aunque cada organización debe decidir cómo formaliza los mismos, existen algunas características que deberían ser tenidas en cuenta, como pueden ser la forma de cálculo, la periodicidad para la medición y el seguimiento, la forma de representación, los responsables de ello y, por supuesto, el resultado esperado respecto al mismo.

1.5 GESTIÓN Y MEJORA DE PROCESOS

Cuando los resultados en el seguimiento y control de los indicadores indican que no se alcanzaron los objetivos propuestos o se determinó que existen oportunidades de mejora para la institución. Los datos recopilados del seguimiento y control de los procesos deben ser analizados con el fin de conocer las características y la evolución de los procesos. De este análisis de datos se debe obtener la información relevante para conocer.

1. Que Procesos no alcanzan los resultados planificados.
2. Donde existen oportunidades de mejora.

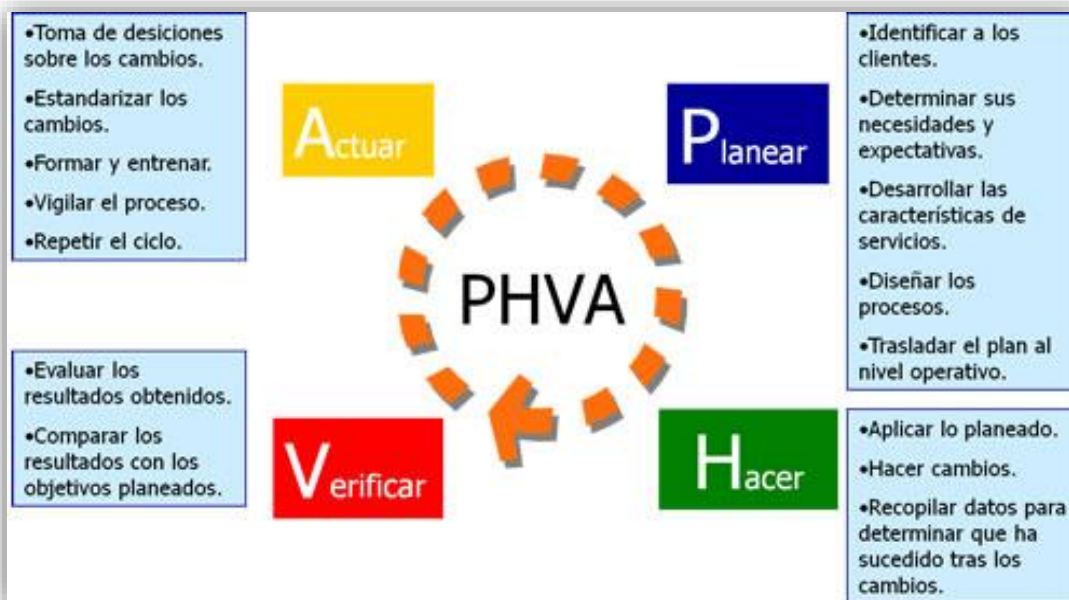
| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Cuando un proceso no alcanza sus objetivos, la institución deberá establecer las correcciones y acciones correctivas para asegurar que las salidas del proceso sean conformes, lo que implica actuar sobre las variables de control para que el proceso alcance los resultados planificados.

También puede ocurrir que, aun cuando un proceso este alcanzando los resultados planificados, la organización identifique una oportunidad de mejora en dicho proceso por su importancia, relevancia o impacto en la mejora global de la organización.

En cualquiera de estos casos, la necesidad de mejora de un proceso se traduce por un aumento de la capacidad del proceso para cumplir con los requisitos establecidos, es decir, para aumentar la eficacia y/o eficiencia del mismo; esto es aplicable igualmente a un conjunto de procesos.

En cualquiera de estos casos es necesario seguir una serie de pasos que permitan llevar acabo la mejora buscada. Estos pasos se pueden encontrar en el clásico ciclo de mejora continua de Deming, o ciclo PDCA (Plan- Do- Check- Act), como se muestra en la siguiente figura:





MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **60** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

El grafico anterior ilustra como aplicando el ciclo de mejora continua PDCA, la institución puede avanzar hacia niveles de eficacia y eficiencia superiores.

Según la familia ISO 9000 del 2000, el objetivo de la mejora continua es incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes.

Definición:

Mejora continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir requisitos.

ISO 9000:2000

Este ciclo considera cuatro grandes pasos para establecer la mejora continua³ en los procesos.

P. Planificar: La etapa de planificación implica establecer qué se quiere alcanzar (objetivos) y cómo se pretende alcanzar (planificación de las acciones). Esta etapa se puede descomponer, a su vez, en las siguientes sub-etapas:

- Identificación y análisis de la situación.
- Establecimiento de las mejoras a alcanzar (objetivos).
- Identificación, selección y programación de las acciones.

³ Ver más detalle de la metodología en el Manual de Mejora continua.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **61** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

D. Hacer: En esta etapa se lleva a cabo la implantación de las acciones planificadas según la etapa anterior.

C. Verificar: En esta etapa se comprueba la implantación de las acciones y la efectividad de las mismas para alcanzar las mejoras planificadas (objetivos).

A. Actuar: En función de los resultados de la comprobación anterior, en esta etapa se realizan las correcciones necesarias (ajuste) o se convierten las mejoras alcanzadas en una “forma estabilizada” de ejecutar el proceso (actualización)

Para poder aplicar los pasos o etapas anteriores, una organización puede disponer de diversas herramientas, conocidas como herramientas de la calidad, que permiten poner en funcionamiento este ciclo de mejora continua.

En la siguiente tabla se muestra una relación no exhaustiva de algunas de las herramientas más frecuentemente utilizadas, asociando dichas herramientas con la fase del ciclo PDCA donde más encaja su



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **62** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

USO.

| | Estratificación | Hoja de control (o de incidencias) | Gráficos de control estadístico (CEP) | Histograma | Diagrama de Pareto | Diagrama causa-efecto (Ishikawa) | Diagrama de correlación | Diagrama de árbol | Diagrama de relaciones | Diagrama de afinidades | Diagrama de Grantt | Diagrama PERT | Diagrama de decisiones de acción | Brainstorming | AMFEC | QFD | Diseño de experimentos (DDE) | Simplificación de diagramas de flujo | Análisis del valor | Benchmarking |
|----------------------|-----------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------|--------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------------|------------------------|------------------------|--------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------|-----|------------------------------|--------------------------------------|--------------------|--------------|
| P. Planificar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D. Hacer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C. Verificar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A. Actuar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Las 7 herramientas clásicas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Como se puede observar en la tabla anterior, muchas de las herramientas se emplean preferentemente en la fase de planificación (P). Esto se debe a que en dicha fase es necesario tener mucha información para poder identificar el problema que se quiere resolver o mejorar, analizar las causas, proponer las acciones y planificar las mismas.

Por todo lo anterior, es importante aprender hacer uso de la metodología sobre la aplicación del ciclo PHVA, ya que llevara a desarrollar la capacidad de análisis para cualquier situación por resolver, fomentara la

capacidad para tomar decisiones, así mismo, tomar acciones con base en hechos reales. Y los pasos que deberán de seguir para su aplicación se presentan a continuación:

P → **D** → **C** → **A**

- 1) Definición del problema.
- 2) Evaluación de la necesidad de tomar acciones.
- 3) Determinación de las causas
- 4) Definición de las acciones necesarias.

5) La implantación de las acciones

6) Revisión de la eficacia de las acciones tomadas.

7) Actuación como consecuencia de la revisión efectuada

1) Definición del problema

Es importante definir el problema con los datos que se poseen, tratando de describir lo mejor posible el efecto que se ha detectado, en este punto no se debe tratar de encontrar las causas, ni mucho menos soluciones, todo lo que se debe hacer es describir el problema con los datos que se tiene y no manejar supuestos, en este paso solo contestaremos a la pregunta ¿qué pasa?



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **64** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

2) Evaluación de la necesidad de tomar accione

En este paso lo importante es clasificar al problema en su exacta dimensión. El objetivo es saber cómo sucede, se manifiesta, cuando se presenta, si sucede con todos los clientes, o se puede particularizar el problema en alguna de las áreas de la institución. Se deberán de contestar las siguientes preguntas: ¿El problema es real? En ocasiones se formula un problema que al momento de investigar nos damos cuenta que el problema es diferente a como lo habíamos definido ¿El problema es general o particular? Seré general si se presenta en todas las áreas de la institución, será partículas se solo se presenta en una área. ¿Es importante el problema? La idea es conocer si el problema justifica realmente la atención de un equipo para resolverlo, se trata de cuantificar su impacto, podría medirse en tiempo, volumen, etc.

3) Determinación de las causas

Es indispensable detectar las causas y no solo los efectos que la generaron. Si sólo resolvemos el efecto, tarde o temprano reaparecerán; el reto de este paso es encontrar y analizar las causas reales que originaron el problema en estudio.

4) Definición de las acciones necesarias

Es una realidad que un problema tendrá más de una solución, no debemos limitar las ideas a las mejores solamente sino considerar las que tengan posibilidades de resultar. Aquí es donde se pone de manifiesto la creatividad del equipo. Debemos ser capaces de generar todas las ideas posibles y de esta forma tener un grupo de soluciones posibles para cada una de las causas.

Posteriormente de plantear las posibles soluciones se deberá de seleccionar la que parezca más lógica y viable.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **65** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

5) La implantación de acciones

Este paso es el más importante ya que la solución se deberá de implementar, presentando la programación para tal fin. Esta programación y su tiempo se podrá representarse fácilmente mediante un gráfico de Gantt.

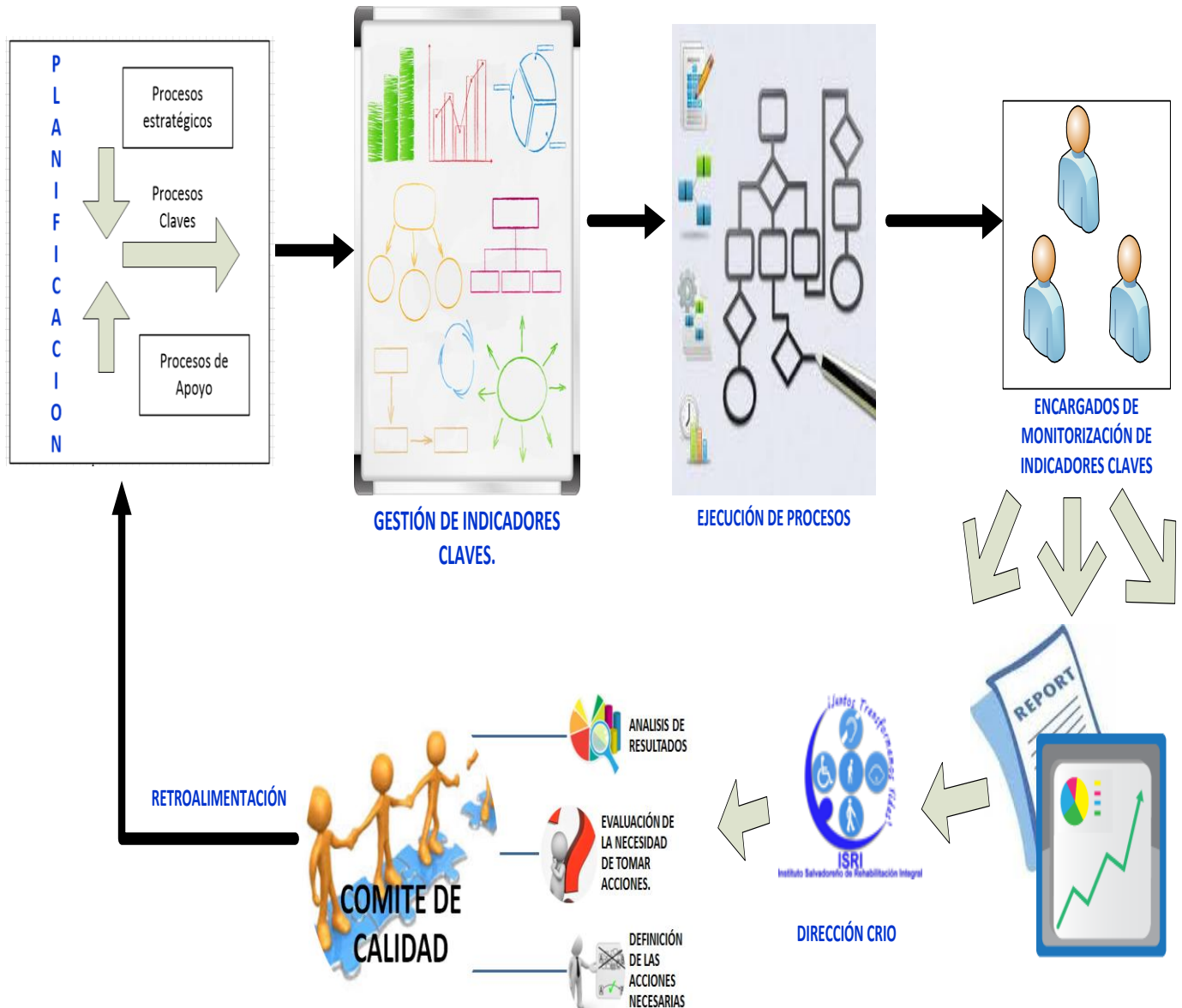
6) Revisión de la eficacia de las acciones tomadas

Una vez implementadas las soluciones se deberán medir los resultados alcanzados, a través de los indicadores del proceso, presentando datos de cómo estábamos antes y como estamos ahora para esto se pueden utilizar gráficos.

7) Actuación como consecuencia de la revisión efectuada

Después de implementada la solución y comprobado que se logró resolver el problema se deberá estandarizar su solución y evitar su reaparición. Estandarizar la solución es documentar los cambios surgidos en un procedimiento para no volver a caer en situaciones que ya habíamos corregido.

1.6 FUNCIONAMIENTO GENERAL DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS



FUNCIONAMIENTO DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **67** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

En el Diagrama anterior se puede observar el funcionamiento general del Modelo de Gestión por Procesos a implementarse en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, a continuación se describirá el ciclo que conllevara este modelo:

Planificación: El inicio y en su vez el final del ciclo es en donde se modela la forma adecuada de realizar los procesos, los procedimientos y actividades de toda la gestión del centro; y se definen las acciones para la mejora de la eficiencia, efectividad y funcionamiento de la organización para ello nos basamos en los indicadores claves.

Gestión de Indicadores Claves, Ejecución y Monitorización de Indicadores Claves:⁴

Se Identificaran y formalizaran los indicadores de la organización, su cálculo es utilizado para conocer la capacidad del proceso al que está asociado. La bondad de un resultado (obtenido por un indicador) se determinará mediante su comparación con el valor o el resultado que se ha planificado obtener, Por tanto, un resultado planificado es un valor de referencia con el que se compara el resultado real obtenido, permitiendo emitir un juicio acerca de la bondad del mismo; La Institución ejecuta sus labores de acuerdo a lo planificado para medir el resultado el modelo se apoya en los indicadores y sus variables de control u objetivos y metas estas serán monitorizadas en tiempos pre- establecidos a través de indicadores claves. Por ello cada indicador clave del modelo será monitoreado por personas ya definidas como encargados de la monitorización de los indicadores dentro del modelo; las cuales crearan de los reportes que contendrán los resultados obtenidos en la ejecución de los mismos, estas personas estratégicas, mandaran sus reportes a la Dirección del CRIO que a sus vez convocara al comité de calidad de la institución para su análisis.

⁴ El Manejo de los indicadores claves del modelo y la mejora continua a través de la evaluación de los resultados mediante el Comité de calidad será abarcado con detenimiento en el manual de la mejora continua.



MANUAL DE GESTION POR PROCESOS CRIO

CODIGO:
MCRIO-13-002

Página **68** de **68**

| | | | |
|----------------|---|------------------------|----------------|
| VERSION: 01 | | FECHA DE ACTUALIZACION | DICIEMBRE 2013 |
| ELABORADO POR: | CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE | FECHA DE APROBACION: | ENERO 2014 |

Comité de Calidad: Igualmente llamados equipos de mejora o círculos de calidad conformado por la Dirección del CRIO y preferiblemente por las personas encargadas de la monitorización de los procesos o personas claves de amplio conocimiento acerca de la gestión del centro, tendrán la responsabilidad del análisis de los indicadores a fin de evaluar aspectos de mejora, posibles fallas, identificación de futuras problemáticas o si las problemáticas identificadas ameritan la atención del equipo para resolverlo, cuantificar su impacto, y determinar las acciones necesarias para su solución. Su planificación y definición de los encargados de la implementación de las mismas.

Retroalimentación: a través de esta nueva planificación de acciones a realizar, se renueva el ciclo, modificando la planificación de acuerdo a los resultados obtenidos, esta a su vez se convertirán en nuevos resultados, los cuales irán determinando la mejorar manera de realizar la gestión del centro a fin de ir proporcionando una mejora continua al modelo.



CAPITULO VII: EVALUACIONES DEL PROYECTO

7.1 Estudio Económico

7.1.1 Inversión Inicial del Proyecto

En términos generales se conoce como inversión a la acción de emplear un recurso con el fin de conseguir un beneficio o resultado. Para llevar a cabo un proyecto es necesario la asignación de recursos sean muebles, inmuebles o monetarios los cuales se transformaran o utilizaran para conseguir el fin o resultado del proyecto.

7.1.1.1 Inversión Tangible

Son todos los rubros materiales que estarán sujetos a depreciación, amortización inclusive obsolescencia, los cuales incluyen:

- *Terrenos y mejora de infraestructura.*
- *Mobiliario, equipo de oficina y materiales.*

7.1.1.1.1 Terrenos y mejora de infraestructura

En este rubro no existen expansiones o requerimientos de bienes inmuebles que generen costos para la ejecución de las mejoras, tanto en la automatización de procesos como en los mecanismos de agenda médica y buzón de sugerencias. Se utilizara la infraestructura existente en el centro, por lo cual no se incurrirá en inversiones para remodelación o cambios en la infraestructura actual.

7.1.1.1.2 Equipo de oficina, mobiliario y materiales.

7.1.1.1.2.1 Equipo informático

Tanto la automatización de la agenda médica como la automatización de procesos mediante BPM, requieren una fuerte inversión inicial en equipo informático en la parte de mobiliario se utilizara y adaptara el mobiliario que el Centro cuenta para la instalación de las computadoras.

Para la automatización de la agenda medica según el diseño se necesitara 1 PC para el usuario, la cual tiene que contar con las siguientes características técnicas mínimas, para la utilización del software de programación de citas.



| COMPONENTE | ESPECIFICACIÓN |
|------------|----------------|
|------------|----------------|

| | |
|----------------------|------------------------|
| Sistema Operativo | Windows 7 Professional |
| Procesador | AMD E350 |
| Velocidad Procesador | 2.5 GHz |
| Disco Duro | 500 GB |
| Memoria RAM | 2 GB |
| Memoria Grafica | 512 MB |
| Conexión LAN | |
| Pantalla 17" | |

Así también para brindar al usuario la agenda de sus consultas o a los doctores la programación de citas el usuario deberá de disponer de una impresora con las siguientes características:



| COMPONENTE | ESPECIFICACIÓN |
|------------|----------------|
|------------|----------------|

| | |
|------------|-----------------|
| Conexión | USB |
| Resolución | 1600 x 1200 PPP |
| Velocidad | 20 ppm |

| Equipo | Costo Unitario | Cantidad | Costo Total |
|-------------|----------------|----------|-------------|
| Computadora | \$ 1,065.00 | 1 | \$ 1,065.00 |
| Impresor | \$ 98.31 | 1 | \$ 98.31 |
| Mueble | \$ 68.45 | 1 | \$ 68.45 |
| Batería UPS | \$ 55.50 | 1 | \$ 55.50 |
| Licencia | \$ 422.45 | 1 | \$ 422.45 |
| | | | \$ 1,709.71 |



Para la automatización de procesos mediante la técnica BPM, es necesario el diseño de una estructura de distribución de las computadoras mediante una conexión LAN Local Área Network (Red de Área Local por sus siglas en internet). Cada usuario interno del Centro deberá contar con su equipo informático con el fin de que se pueda manejar de manera individual las métricas y expedientes de cada consulta y usuario.

En total el centro necesitaría una inversión inicial para la compra de 37 equipos informáticos, cuya inversión tendrá un costo siguiente, cabe mencionar que los costos de equipo informático e insumos fueron consultados a la UACI ISRI por medio del Administrador del Centro, según última licitación pública para la compra de equipo informático y suministros.

| Equipo | Costo Unitario | Cantidad | Costo Total |
|-------------|----------------|----------|--------------|
| Computadora | \$ 1,065.00 | 37 | \$ 39,405.00 |
| Mueble | \$ 68.45 | 37 | \$ 2,532.65 |
| Batería UPS | \$ 55.50 | 37 | \$ 2,053.50 |
| Licencia | \$ 422.45 | 37 | \$ 15,630.65 |
| | | TOTAL | \$ 59,621.80 |

Así también para lograr la interconexión con la base de datos del Bonita Soft, se requiere que las computadoras estén sincronizadas y enlazadas mediante una conexión LAN *Local Área Network (Red de Área Local)*; estas serán conectadas mediante una conexión de tipo bus hacia un servidor central y este a su vez a un enrutador y la conexión a internet con la cual ya cuenta el Centro, tal como se muestra en la siguiente figura:

Permitir la conexión entre equipos requiere una inversión en infraestructura informática tal como un router o switch de conexión y cable LAN (UTP), tal como se muestra a continuación:

| Equipo | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total |
|-------------------------|----------|----------------|-------------|
| Switch D-Link 3028P 24P | 2 | \$605.00 | \$1,210.00 |
| Caja Cable UTP 1000F | 1 | \$45.00 | \$45.00 |
| Servidor de Torre DELL | 1 | \$799.99 | \$799.99 |



| | | | |
|-----------------|---------|---------------|-------------------|
| Canaleta | 297 mts | \$ 1.14 / mts | \$338.58 |
| Anclas | 297 und | \$0.04 | \$11.88 |
| | | TOTAL | \$2,405.45 |

7.1.1.2 Inversión Intangible

Se considera inversión intangible aquella disposición de bienes o rubros no materiales mediante la cual se desea obtener un beneficio, en este ámbito se consideran aquellas inversiones en licencias, patentes, investigaciones previas, capacitaciones, la administración del proyecto, etc.

7.1.1.2.1 Software y licencias

Para la ejecución de las propuestas de mejora tanto de la agenda medica como la automatización BPM, se deberá contar con software apropiado para la ejecución de las diferentes aplicaciones, los cuales se detallan a continuación.

| NOMBRE | DESCRIPCIÓN | COSTO | LICENCIAS | COSTO TOTAL |
|--|---|-------|-----------|-------------|
| SOFTWARE DE APOYO DE LA AGENDA MEDICA | Aplicación que permitirá la programación de citas en las diferentes especialidades médicas del Centro, así también gestionara los principales indicadores de la agenda médica, tal como rotación, asistencia, tiempos de espera por prioridad, etc. | \$ 80 | 1 | \$ 80.0 |
| MS ACCESS | Gestor de la base de datos del software de apoyo de la agenda médica, permitirá garantizar la interacción entre la aplicación y la base de datos almacenada en el servidor. El Centro tiene licencia de MS Access dentro de sus activos. | \$ 0 | 1 | \$ 0.0 |
| BONITA STUDIO | Aplicación que permitirá el modelamiento y | \$ 0 | 1 | \$ 0.0 |



| | | | | |
|------------------------------------|--|------|---|----------------|
| | ejecución de la automatización de los procesos del Centro. Esta se basa en el modelamiento BPMN 2.0, y dentro de sus características esta que es Open Source, y la interacción con el usuario. | | | |
| MYSQL DATA BASE MANAGER | Gestor de base de datos relacionales, multifuncional, este permitirá la gestión y administración e interacción de bonita studio con la base de datos almacenada en el servidor del Centro. | \$ 0 | 1 | \$ 0.0 |
| TOTAL | | | | \$ 80.0 |

7.1.1.2.2 *Diseño del Modelo*

En este apartado se considerara los costos relacionados al diseño y elaboración del Modelo de Gestión por Procesos para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO), el cual consistió en el análisis técnico de los procesos y procedimiento, y la generación de propuestas de mejorar para la implementación en el Centro, para dicho estudio se incurrieron en los siguientes gastos:

Gastos de Asesoría

Para el cálculo de este costo se procedió a cotizar por medio de la agencia consultoría “Vinculo&Co” por medio de su Gerente Comercial Isabel Serrano, se procedió a presentarle el proyecto con los siguientes entregables:

- *Diseño y Elaboración de Mapa de Procesos*
- *Diseño de procesos para servicios en los cuales no se ha identificado proceso.*
- *Documentación del inventario de procesos mediante manual de proceso.*
- *Diseño de sistema de indicadores de gestión.*
- *Establecimiento de metodología y equipos de trabajo para la mejora continua*



- *Capacitación sobre gestión por procesos*

Una vez brindados todos los entregables o productos que se desean obtener, se indicó que el proyecto tendría una duración de 1 año máximo, y los honorarios en concepto de asesoría para el diseño del sistema de gestión es de \$3500 + IVA.

| Rubro | Costo Total. |
|--------------------|--------------|
| Gastos de Asesoría | \$ 3,955.00 |

7.1.1.3 Capital de Trabajo

Se considera como capital de trabajo al fondo o necesidades monetarias que la organización deberá tener para iniciar el funcionamiento del proyecto. En empresas industriales o de manufactura se considera para este rubro las necesidades monetarias que la organización deberá contar para iniciar su gestión a corto plazo, y se calcula como la diferencia entre los activos circulantes y los pasivos circulantes.

En este caso por el tipo de proyecto, se consideraran para el cálculo del capital de trabajo la inversión inicial líquida que el Centro deberá tener para iniciar el proyecto, en este caso el costo por capacitaciones al personal y usuarios del Centro, y el pago por honorarios por la ejecución y administración del proyecto.

7.1.1.3.1 Capacitaciones

Si bien es importante que las organizaciones incluyendo el CRIO, realice para la implementación del diseño de gestión por procesos inversión en equipo, tecnología, etc.; es muy importante que se realice una serie de capacitaciones las que permitirán contar con un personal calificado y productivo, así también contribuye al desarrollo personal y profesional del personal que se transforma en resultados para la organización. Es por esto que el personal del Centro de Rehabilitación de Occidente deberá recibir un plan de capacitaciones con el fin de inducir al personal a temas como el modelamiento de procesos y el funcionamiento de las diferentes aplicaciones.



Para esta parte se necesitara capacitar a los líderes de cada uno de los procesos sobre el diseño, modelamiento y análisis de procesos mediante la metodología BPM. Para esto se requiere contratar los servicios profesionales de un analista o asesor técnico, el cual brindara la inducción al personal.

Para conocer el costo en concepto de capacitación para los integrantes del comité de calidad se procedió nuevamente a consultar la agencia consultora “Vinculo&Co” por medio de su Gerente Comercial Isabel Serrano, en donde se le requiere el costo y duración de una capacitación sobre Sistemas de Gestión y Modelamiento de Procesos, obteniendo la siguiente información:

| Rubro | Duración | Costo Total |
|--|----------|-------------|
| Capacitación de Sistemas de Gestión y Modelamiento de Procesos | 16 Horas | \$ 779.70 |

Así también se tendrá que tomar en consideración el costo de oportunidad generado por la participación de personal de terapia en la capacitación, este monto reflejara el costo de una atención no brindada a un usuario. Para el personal administrativo que participara no genera costo debido a que este se prorroga entre los servicios de atención y debido a que no tienen contacto directo con el usuario.

El personal que participara en el proceso de capacitación, será el comité de calidad propuesto en la etapa de diseño, el cual indica que deberá estar conformado por:

| Representante | Cupos en el comité |
|--|--------------------|
| Dirección del Centro | 1 Representante |
| Administración del Centro | 1 Representante |
| Apertura de Expediente | 1 Representante |
| Servicios de Atención Niñez y Adolescencia | 1 Representante |
| Servicios de Atención Adultos | 1 Representante |
| Servicios Médicos | 1 Representante |
| Servicios de Apoyo Profesional | 1 Representante |
| Servicios de Trabajo Social | 1 Representante |



Para obtener el costo por atención de cada uno de los representantes fue necesario consultar el informe PERC del ISRI, el cual es una aplicación con la cual el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente y el ISRI en cada una de sus dependencias, calculan el costo de por hora o atención en cada una de sus áreas. Este se detalla a continuación:

| Representante | Cupos en el comité | Costo por Atención | Atenciones brindadas. | Costo no Total |
|--|--------------------|--------------------|-----------------------|-----------------|
| Dirección del Centro | 1 Representante | \$ 0.00 | 16 | \$0.00 |
| Administración del Centro | 1 Representante | \$ 0.00 | 16 | \$0.00 |
| Apertura de Expediente | 1 Representante | \$ 0.00 | 16 | \$0.00 |
| Servicios de Atención Niñez y Adolescencia | 1 Representante | \$ 8.81 | 16 | \$140.96 |
| Servicios de Atención Adultos | 1 Representante | \$ 8.81 | 16 | \$140.96 |
| Servicios Médicos | 1 Representante | \$ 12.92 | 16 | \$206.72 |
| Servicios de Apoyo Profesional | 1 Representante | \$ 7.19 | 16 | \$115.04 |
| Servicios de Trabajo Social | 1 Representante | \$ 7.19 | 16 | \$115.04 |
| | | | TOTAL | \$718.72 |

7.1.1.3.2 Administración del Proyecto

La administración del Proyecto es la gestión para la implementación del modelo de gestión, para esto se requiere de un equipo de trabajo que coordine las diferentes actividades y condiciones para la preparación, implementación y seguimiento del proyecto. Para que el proyecto se ejecute de forma adecuada el equipo deberá de contar con los recursos financieros, de personal y de tiempo necesarios.

Para esto se contratara la por medio de servicios profesionales a un Administrador del Proyecto, esta figura será la encargada de gestionar los diferentes recursos para la implementación del proyecto, su contratación será por medio de licitación, la cual podría estipular su contratación bajo la modalidad de proyecto, es decir se le pagara por la implementación de todo el proyecto y no por su duración.



En el ámbito profesional los servicios de este tipo se basa entre los \$1500 hasta los \$3000, para establecer un presupuesto inicial de inversión se utilizara el rango mayor.

| Puesto | Costo |
|----------------------------|------------|
| Administrador del Proyecto | \$ 3000.00 |

7.1.2 Costos de Operación del Modelo

7.1.2.1 Costos de Infraestructura Informática

La adquisición del equipo informático generara una inversión fija inicial, pero también se deben considerar todos aquellos costos que estos activos generan en su operación, para este estudio se consideraran los costos asociados al consumo eléctrico, y los costos asociados al mantenimiento y soporte del equipo.

Como se planteó en la sección de Inversión Inicial, el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente deberá adquirir 37 computadoras para la implementación de la automatización de procesos BPM, así también para la gestión de la agenda medica se requiere 1 equipo.

| Equipo | Cantidad | Consumo (Watt) | Consumo (KWh) |
|--------------|----------|----------------|---------------|
| Computadores | 37 | 350 | 2281.40 |
| Impresor | 1 | 150 | 77.62 |
| | | TOTAL | 2359.02 |

| Consumo Mensual | Consumo Anual | Costo (KWh) | Costo Anual |
|-----------------|---------------|-------------|-------------|
| 2359.02 | 28308.35 | \$ 0.195267 | \$ 5,527.69 |

7.1.2.2 Costos del mantenimiento Informático

Entiéndase por costes de mantenimiento informático, todas aquellas erogaciones que el CRIO deberá incurrir para dar soporte y mantener en estado óptimo el equipo informático adquirido para la gestión de la agenda médica y la automatización de procesos.



Mano de Obra

El ISRI cuenta con la Unidad de Servicios Generales, la cual administra el soporte y mantenimiento de la infraestructura y equipos de todas las dependencias, y para efectos de costeo se tomara como costo de mano de obra por mantenimiento el tiempo que se se empleara por parte del personal existente.

Para el costo por Hora se procederá a tomar como base un salario promedio de \$700 (según fuentes del ISRI), adicionándole los aportes patronales básicos como lo son ISSS y AFP, obteniendo un costo por hora promedio de \$4.35 / Hora (considerándose una jornada mensual de 184 horas).

| Rubro | Costos |
|-----------------|-----------|
| Salario Base | \$ 700.00 |
| ISSS (7.5%) | \$ 52.50 |
| AFP (6.75%) | \$ 47.25 |
| Salario Mensual | \$ 799.75 |
| Horas / Mes | 184 |
| Costo Hora | \$ 4.35 |

Para el tiempo de mantenimiento de un computador es de aproximadamente 1.5 Horas, por lo que para obtener el costo de mantenimiento anual se procederá a multiplicar el Costo por Hora por el tiempo empleado en el mantenimiento, por el número de computadoras.

| Rubro | Costo por Hora | Horas por Mtto | Computadoras | Costo Total |
|---------------------|----------------|----------------|--------------|-------------|
| Costo Mantenimiento | \$ 4.35 | 1.5 | 38 | \$ 247.95 |

Insumos

Si bien el ISRI cuenta con la Unidad de Servicios Generales, esta brindara la mano de obra para la reparación y mantenimiento del equipo informático, pero deberá reforzar el presupuesto de compras de insumos para brindar este servicio, a continuación se detallaran todos aquellos insumos consumibles que serán necesarios de adquirir.



| Insumo | Cantidad Anual | Costo Unitario | Costo Anual |
|------------------------|----------------|----------------|---------------|
| Limpiador de Contactos | 15 | \$ 12 | \$ 180 |
| Pasta aislante térmica | 10 | \$ 20 | \$ 200 |
| Aire Comprimido | 15 | \$ 9 | \$ 135 |
| TOTAL | | | \$ 515 |

7.1.2.3 Costos de Capacitación y Concientización del Usuario

Capacitación al Usuario Interno

Es necesario que el usuario interno esté capacitado sobre el funcionamiento, beneficios y objetivos que se esperan con la implementación del modelo y las propuestas de mejora de la automatización y gestión de la agenda médica, es por ello que se deberá de planificar diferentes capacitaciones anuales para garantizar el cumplimiento y mejora del modelo.

| Personal | Hr / Año | Costo por Hr | Costo Anual |
|----------|----------|--------------|-------------|
| 37 | 4 | \$8.81 | \$1,303.88 |

Abonado a la capacitación, deberá considerar se papelería auxiliar para la distribución de folletos, instructivos, etc.

| Insumo | Cantidad Anual | Costo Unitario | Costo Anual |
|-----------------------|----------------|----------------|-----------------|
| Resma de papel bond | 3 | \$ 4.50 | \$ 13.50 |
| cartuchos de tinta | 4 | \$ 20 | \$ 80.00 |
| marcadores, lapiceros | 50 | \$ 0.12 | \$ 6.00 |
| TOTAL | | | \$ 99.50 |

Concientización al Usuario Externo

Debido a la naturaleza del modelo de gestión mediante el cual se esperan cambios en la prestación del servicio, es necesario que el usuario externo o usuario del CRIO este consiente y



sabedor que dichos procesos de cambios son para el beneficio y mejora de los servicios que el Centro ofrece, es por ello que se deberá realizar campañas de concientización para estos.

Dicha campaña deberá ser promovida por la Dirección y el Comité de Calidad del Centro y Trabajo Social, en apoyo con la Unidad de Comunicaciones del ISRI. Para esto deberá de considerarse los siguientes insumos:

| Insumo | Cantidad Anual | Costo Unitario | Costo Anual |
|-------------------------------|----------------|----------------|------------------|
| Resma de papel bond | 3 | \$ 4.50 | \$ 13.50 |
| cartuchos de tinta | 4 | \$ 20 | \$ 80.00 |
| impresión de Afiches, posters | 50 | \$ 12.00 | \$ 600.00 |
| TOTAL | | | \$ 693.50 |

7.1.2.4 Costo de la Administración de Encuestas al Cliente Interno y Externo

La encuesta del cliente interno y externo es un mecanismo mediante el cual se pretende captar el nivel de la satisfacción del usuario tanto interno como externo acerca del desempeño y la calidad de los servicios prestados por el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, según se planteó en el diseño del modelo, en el apartado *Diseño de Mecanismos para la Evaluación del Cliente Interno y Externo* ambos mecanismos tendrán las siguientes fichas:

| Mecanismo | Encuesta Cliente Externo | Encuesta Cliente Interno |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cantidad de encuestas | 71 encuestas | 55 encuestas |
| Frecuencia | 6 meses | 6 meses |
| Nivel de Confiabilidad | 95% | 100 % |
| Probabilidad de éxito | 95% | 100 % |

Encuestas del Cliente Interno

El centro cuenta actualmente con 1750 usuarios activos en sus diferentes servicios, y se prevé un incremento anual de 85 usuarios nuevos, es por ello que se debe de considerar este factor en el



costo anual de la aplicación de la encuesta del cliente interno, este instrumento se aplicara mediante una muestra representativa del universo de usuarios existentes en el Centro el cual se calcula con la siguiente formula:

$$n = \frac{(z)^2 * N * P * Q}{(E)^2 * (N - 1) + (Z)^2 * P * Q}$$

Dónde:

N: Tamaño de la población

Z: Valor crítico correspondiente al coeficiente de confianza de la investigación.

p: proporción poblacional de la ocurrencia de un evento.

q: proporción poblacional de la no ocurrencia de un evento. (1 - p)

E: Error muestra, que puede ser determinado según el criterio del investigador.

Esta fórmula se aplicara de muestreo se aplica por los siguientes criterios:

- *La población es finita*
- *La población (universo), es menor a 100,000 usuarios.*

Con estos datos se obtiene la proyección de encuestas a aplicar de forma anual la cual se presenta de la siguiente manera:

| Año | Número de usuarios a encuestar |
|-----|--------------------------------|
| 0 | 71 |
| 1 | 73 |
| 2 | 73 |
| 3 | 73 |
| 4 | 73 |
| 5 | 73 |

Para la aplicación de la encuesta de usuario externo, se requieren los siguientes insumos, con sus respectivos costos para el primer año:



| Insumo | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total |
|---------------------------|-----------|----------------|-------------|
| Resma de Papel Bond | 1 resma | \$3.50 | \$3.50 |
| Impresión | 225 hojas | \$0.05 | \$11.25 |
| Aplicación de la Encuesta | 1 persona | \$50.00 | \$50.00 |
| | | TOTAL | \$64.75 |

De esta manera estos costos se prorratearan para los siguientes 5 años, según la proyección de usuarios a encuestar, debido a que la proyección de encuestas a realizar no tiene un cambio significativo se considera que los costos se mantienen constantes.

| Insumo | Año 1 | Año 2 | Año 3 | Año 4 | Año 5 |
|---------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Resma de Papel Bond | \$3.50 | \$3.50 | \$3.50 | \$3.50 | \$3.50 |
| Impresión | \$11.25 | \$11.25 | \$11.25 | \$11.25 | \$11.25 |
| Aplicación de la Encuesta | \$50.00 | \$50.00 | \$50.00 | \$50.00 | \$50.00 |
| | \$64.75 | \$64.75 | \$64.75 | \$64.75 | \$64.75 |

Encuesta del Usuario Interno

La encuesta del usuario interno, es igualmente un mecanismo/herramienta para la obtención de información de satisfacción de los servicios y clima organizacional prestados en el Centro la cual se aplicara a los empleados de las diferentes áreas del CRIO en su totalidad con una frecuencia de 6 meses. El Centro por ser una dependencia del ISRI, y por ende del Gobierno Central no presenta requerimientos para el aumento de personal, por lo que se considera que la población de clientes internos del Centro se mantendrá constante al menos en el horizonte de 5 años, esto también esta reforzado por la política de austeridad y congelamiento de plazas que el Gobierno Central de El Salvador está impulsando.

Los insumos y el costo de la implementación del mecanismo, es el siguiente:



| Insumo | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total |
|---------------------------|-----------|----------------|-------------|
| Resma de Papel Bond | 1 resma | \$3.50 | \$3.50 |
| Impresión | 165 hojas | \$0.05 | \$8.25 |
| Aplicación de la Encuesta | 1 persona | \$50.00 | \$50.00 |
| | | TOTAL | \$61.75 |

7.1.2.5 Costo de la Administración del Buzón de Sugerencias

El buzón de sugerencias es un mecanismo que tiene como objetivo recoger información sobre las observaciones relevantes que realice el usuario acerca de los servicios, personal, instalaciones con las que cuenta el centro, con el fin de poder mejorar la atención y por ende el servicio que los usuarios reciben.

Este instrumento se analizara de manera mensual, y se tiene una proyección promedio de 50 quejas por mes, por lo cual se considera un costo anual de:

| Insumo | Cantidad | Costo Unitario | Costo Total |
|--------------------------|-----------|----------------|-------------|
| Resma de Papel Bond | 1 resma | \$3.50 | \$3.50 |
| Impresión | 600 hojas | \$0.05 | \$30.00 |
| Administración del Buzón | 1 persona | \$00.00 | \$00.00 |
| | | TOTAL | \$33.50 |

7.1.2.6 Costos de Depreciación y Amortizaciones

La depreciación en el ámbito contable se refiere a la reducción periódica del valor de un bien material, esto se considera debido al desgaste de un activo, al paso del tiempo, o la obsolescencia.



Los activos que serán sometidos a depreciación en este estudio serán todas aquellas inversiones tangibles consideradas, las cuales son las siguientes a los cuales se ha calculado su depreciación mediante el método de la línea recta, calculado para un periodo o vida útil de 5 años.

| Equipo | Cantidad | Costo Total | Depreciación Anual |
|-------------------------|----------|--------------|--------------------|
| Computadora | 38 | \$40,470.00 | \$8,094.00 |
| Impresor | 1 | \$ 98.31 | \$19.66 |
| Mueble | 38 | \$ 2,601.10 | \$520.22 |
| Batería UPS | 38 | \$ 2,109.00 | \$421.80 |
| Licencia | 38 | \$16,053.10 | \$3,210.62 |
| Switch D-Link 3028P 24P | 2 | \$1,210.00 | \$242.00 |
| Caja Cable UTP 1000F | 1 | \$45.00 | \$9.00 |
| Servidor de Torre DELL | 1 | \$799.99 | \$160.00 |
| Canaleta | 297 | \$338.58 | \$67.72 |
| Anclas | 297 | \$11.88 | \$2.38 |
| | TOTAL | \$ 63,736.96 | \$12,747.39 |

La inversión intangible a diferencia de la inversión tangible estos activos no tienen vida útil determinada, es por ello que no sufren depreciación, en cambio se les aplica otro concepto económico como lo es la amortización el cual es el proceso de distribución en el tiempo de un valor duradero, para este cálculo se considerara lo siguiente:

| Inversión | Costo Total | Amortización Anual |
|----------------------|-------------------|--------------------|
| Software y Licencias | \$80.00 | \$16.00 |
| Diseño del Modelo | \$3,955.00 | \$791.00 |
| TOTAL | \$4,035.00 | \$807.00 |



7.1.3 Presupuesto de Egresos e Ingresos

7.1.3.1 Presupuesto de egresos

Para el presupuesto de egresos se considera una tasa de inflación del 0.73%, la cual se obtiene del promedio anual acumulado desde Enero 2013.²³, esto con el fin de considerar el aumento de precios debido a este fenómeno económico en la carga presupuestaria.

| | ESTADO DE RESULTADOS | | | | | |
|--|----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Año 0 | Año 1 | Año 2 | Año 3 | Año 4 | Año 5 |
| Inversión Inicial | | | | | | |
| Inversión Tangible | \$63736.96 | | | | | |
| Inversión Intangible | 4035.00 | | | | | |
| Capital de Trabajo | 4498.42 | | | | | |
| Costos de Operación | | | | | | |
| Costos de Infraestructura Informática | | 5527.69 | 5568.04 | 5608.69 | 5649.63 | 5690.87 |
| Costos de Mantenimiento Informático | | 762.95 | 768.52 | 774.13 | 779.78 | 785.47 |
| Costos de Capacitación y Concientización | | 2096.88 | 2112.19 | 2127.61 | 2143.14 | 2158.78 |
| Costos de la Administración de Encuestas al Cliente | | 126.50 | 127.42 | 128.35 | 129.29 | 130.23 |
| Costos de la Administración del Buzón de Sugerencias | | 33.50 | 33.74 | 33.99 | 34.24 | 34.49 |
| Costos de Depreciación y Amortización | | 807.00 | 807.00 | 807.00 | 807.00 | 807.00 |
| TOTAL | 72270.38 | 9354.52 | 9416.92 | 9479.77 | 9543.08 | 9606.85 |

²³ Consultado de Publicación *Índice de Precios al Consumidor (IPC) – Banco Central de Reserva de El Salvador*.



7.1.3.2 Presupuesto de ingresos

El Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO), es una institución dependiente del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), el cual es una dependencia autónoma del Ministerio de Salud, y por ende del Gobierno Central. Su objetivo principal es brindar servicios de rehabilitación a la población salvadoreña, es por ello que el ingreso que por las mejoras en los procesos de rehabilitación, no se podrán cuantificar como un flujo de efectivo real, en cambio se tomara como “ahorros” en el costo de los servicios.

Para este escenario se toma como base que el presupuesto asignado permanecerá fijo, esto debido a la política de austeridad del gobierno central y a que el ISRI no es autónoma en términos financieros y que sus fondos se reciben a partir de una asignación presupuestaria de parte del Ministerio de Salud. El presupuesto general anual del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente es de \$786,899.06. Así también la implementación del modelo permitirá un aumento en la capacidad de atención del centro a una tasa anual de 3.84%, esto debido al aumento de la eficiencia en los diferentes procesos.

Es por ello que se presenta a continuación el impacto que la implementación del modelo tendrá en la capacidad del Centro para atender a los usuarios. Debido a que el presupuesto se mantiene fijo, para obtener el costo unitario por atención promedio, el presupuesto se dividirá entre el número de atenciones.

| Año | Cantidad de atenciones | Aumento de Atenciones | Presupuesto Asignado CRIO 2013 | Costo por Atención | Reducción del Costo | Beneficio en Concepto de Ahorro Anual |
|-------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|----------------------------|--|
| 2013 | 100,526 | - | 786,899.06 | 7.83 | - | |
| 1 | 105,306 | 4,780 | 786,899.06 | 7.47 | 0.36 | \$ 37,416.96 |
| 2 | 110,086 | 9,560 | 786,899.06 | 7.15 | 0.68 | \$ 74,833.92 |
| 3 | 114,866 | 14,340 | 786,899.06 | 6.85 | 0.98 | \$ 112,250.89 |
| 4 | 119,646 | 19,120 | 786,899.06 | 6.58 | 1.25 | \$ 149,667.85 |
| 5 | 124,426 | 23,900 | 786,899.06 | 6.32 | 1.50 | \$ 187,084.81 |



| | |
|--------------|----------------------|
| total | \$ 561,254.43 |
|--------------|----------------------|

Al final de 5 años el Centro tendrá un aumento de 23,900 atenciones brindadas, generando un ahorro de \$561,254.43.



7.1.3.3 Flujo de Efectivo Proforma

A continuación se presenta el flujo de efectivo proyectado anual del proyecto

| Inversión Inicial | FLUJO DE EFECTIVO | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | Año 0 | Año 1 | Año 2 | Año 3 | Año 4 | Año 5 |
| Inversión Tangible | \$63,736.96 | | | | | |
| Inversión Intangible | \$4,035.00 | | | | | |
| Capital de Trabajo | \$4,498.42 | | | | | |
| Costos de Operación | | | | | | |
| Costos de Infraestructura Informática | | \$5,527.69 | \$5,568.04 | \$5,608.69 | \$5,649.63 | \$5,690.87 |
| Costos de Mantenimiento Informático | | \$762.95 | \$768.52 | \$774.13 | \$779.78 | \$785.47 |
| Costos de Capacitación y Concientización | | \$2,096.88 | \$2,112.19 | \$2,127.61 | \$2,143.14 | \$2,158.78 |
| Costos de la Administración de Encuestas al Cliente | | \$126.50 | \$127.42 | \$128.35 | \$129.29 | \$130.23 |
| Costos de la Administración del Buzón de Sugerencias | | \$33.50 | \$33.74 | \$33.99 | \$34.24 | \$34.49 |
| TOTAL | \$72,270.38 | \$8,547.52 | \$8,609.92 | \$8,672.77 | \$8,736.08 | \$8,799.85 |
| Ingresos | | | | | | |
| Beneficios Obtenidos por Ahorro Anual | \$0.00 | \$37,416.96 | \$74,833.92 | \$112,250.89 | \$149,667.85 | \$187,084.81 |
| Flujo de Efectivo | -\$72,270.38 | \$28,869.44 | \$66,224.00 | \$103,578.12 | \$140,931.77 | \$178,284.96 |



7.1.3.4 Estado de Resultados Proforma

A continuación se presenta el estado de resultados del proyecto.

| ESTADO DE RESULTADOS | | | | | | |
|--|---------------------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Inversión Inicial | Año 0 | Año 1 | Año 2 | Año 3 | Año 4 | Año 5 |
| Inversión Tangible | \$63,736.96 | | | | | |
| Inversión Intangible | \$4,035.00 | | | | | |
| Capital de Trabajo | \$4,498.42 | | | | | |
| Costos de Operación | | | | | | |
| Costos de Infraestructura Informática | | \$5,527.69 | \$5,568.04 | \$5,608.69 | \$5,649.63 | \$5,690.87 |
| Costos de Mantenimiento Informático | | \$762.95 | \$768.52 | \$774.13 | \$779.78 | \$785.47 |
| Costos de Capacitación y Concientización | | \$2,096.88 | \$2,112.19 | \$2,127.61 | \$2,143.14 | \$2,158.78 |
| Costos de la Administración de Encuestas al Cliente | | \$126.50 | \$127.42 | \$128.35 | \$129.29 | \$130.23 |
| Costos de la Administración del Buzón de Sugerencias | | \$33.50 | \$33.74 | \$33.99 | \$34.24 | \$34.49 |
| Costos de Depreciación y Amortización | | \$807.00 | \$807.00 | \$807.00 | \$807.00 | \$807.00 |
| TOTAL | \$72,270.38 | \$9,354.52 | \$9,416.92 | \$9,479.77 | \$9,543.08 | \$9,606.85 |
| Ingresos | | | | | | |
| Beneficios Obtenidos por Ahorro Anual | \$0.00 | \$37,416.96 | \$74,833.92 | \$112,250.89 | \$149,667.85 | \$187,084.81 |
| TOTAL | -\$72,270.38 | \$28,062.44 | \$65,417.00 | \$102,771.12 | \$140,124.77 | \$177,477.96 |



7.1.4 *Financiamiento del Proyecto*

El financiamiento es la etapa en la cual se plantean cuáles son las diferentes fuentes que brindaran los recursos financieros iniciales para la puesta en marcha del proyecto. Si los recursos financieros no son suficientes para atender las necesidades de la inversión del proyecto es lógico que la realización del proyecto será imposible; es por ello que se debe establecer los usos y fuentes para la realización del proyecto.

El Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO), cuenta con tres opciones para el financiamiento del proyecto:

- **Fondos Propios:** El Centro podría autofinanciarse la implementación del modelo mediante el destino de sus ingresos propios provenientes de los servicios que presta al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), y al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).
- **Fondos GOES:** El Centro es una dependencia del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, y este podría destinar dentro del presupuesto del ISRI, una partida presupuestaria o gestionar a través del Ministerio de Hacienda fondos para la inversión en el Centro.
- **Donaciones de Cooperación:** El ISRI también puede gestionar donaciones a través de la Presidencia del ISRI y la Unidad de Proyectos de Extensión y Cooperación.

7.1.4.1 *Fondos Propios*

El ISRI recibe ingresos por los servicios que presta al Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial y al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en total la prestación de estos servicios generan un ingreso general promedio de \$20,000 al año, el cual se destina para los siguientes rubros:

- Compra de equipo e insumos
- Pago de servicios profesionales a médicos y terapeutas del programa Rehabilitación Base Comunitaria



- Caja Chica del Centro.

Para que estos fondos se pueden destinar al financiamiento para la implementación del modelo, el Centro a través de la Dirección, tendría que justificar ante presidencia el desvío y a su vez coordinar con la Unidad Financiera Institucional la autorización de los Fondos en el Presupuesto General del ISRI.

7.1.4.2 Fondos GOES

El Centro al ser una dependencia del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, podría a través de la Dirección, gestionar el financiamiento de la inversión a través de los Fondos Institucionales del ISRI para ser ingresados al presupuesto General del ISRI.

Otra opción, en el caso que el presupuesto general del ISRI no soporte un aumento, esto por falta de capital, política de austeridad, etc., se deberá hacer lo siguiente:

1. La dirección del Centro deberá presentar el proyecto de mejora e inversión ante la Presidencia del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI).
2. Una vez autorizado el proyecto por presidencia, se deberá coordinar con la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, la cual deberá justificar la viabilidad técnica y económica del proyecto.
3. Aprobado el proyecto por la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional, esta deberá ingresar al proyecto en busca de financiamiento al Ministerio de Hacienda, por medio de la Dirección General de Inversión y Crédito Público.
4. Si el crédito o presupuesto de inversión es aprobado, los fondos serán asignados al Fondo General del Ministerio de Salud, ya que si bien el ISRI es una institución autónoma sus fondos son recibidos a partir de este fondo del MINSAL.
5. El MINSAL, junto con la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional gestionara y velara por la ejecución del proyecto e inversión.

Este tipo de financiamiento se deberá ingresar al menos con un año de anticipación, y someterse a concurso entre los diferentes requerimientos de otras instituciones o carteras de Estado.



7.1.4.3 Donaciones de Cooperación

Si el Instituto no puede financiarse de manera propia ya sea con recursos propios o proporcionados por el Estado, se podría buscar financiamiento por entidades de cooperación internacional.

Para esto el Centro a través de su Dirección, deberá realizar lo siguiente:

1. La Dirección deberá presentar ante Presidencia ISRI el proyecto de inversión y mejora.
2. Se deberá coordinar con la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional para que esta verifique la viabilidad del proyecto y establezca la factibilidad técnica y económica.
3. Una vez que la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional dé el visto bueno, se deberá coordinar con la Unidad de Proyectos de Inversión y Extensión, la cual es una dependencia de Presidencia ISRI, esta buscare agencias u organismos de cooperación que estén interesados en ejecutar el financiamiento del proyecto.
4. La Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional coordinara con la Unidad de Proyectos de Inversión y Extensión el desembolso y el monitoreo del proyecto.

Para este tipo de apoyo se tienen antecedentes de cooperación de entidades y/u organismos que han prestado o servido como entes financiadores para proyectos del ISRI, entre ellos tenemos:

- *GIZ*: esta agencia de cooperación permitió el “Informe del Cálculo Técnico y Económico para colocar Paneles Térmicos en Techos de los Centros CRINA y CAL”.
- *UNICEF*: Equipamiento del Salón Snoozelen o de Integración Sensorial en el Centro de Rehabilitación para la Niñez y Adolescencia CRINA.

7.2 Evaluaciones Económicas

7.2.1 Tasa Mínima Atractiva de Rendimiento

Para establecer esa tasa debe considerarse que todo inversionista espera que su dinero crezca en términos reales. Como en todos los países hay inflación, aunque su valor sea pequeño, crecer en términos reales significa ganar un rendimiento superior a la inflación, ya que si se gana un rendimiento igual a la inflación el dinero no crece, sino mantiene su poder adquisitivo. Es esta la razón por la cual no debe tomarse como referencia a la tasa de rendimiento que ofrecen los bancos, pues es bien sabido que la tasa bancaria de rendimiento es siempre menor a la inflación. Si los bancos ofrecieran una tasa igual o mayor a la inflación implicaría que, o no ganan nada o que transfieren sus ganancias al ahorrador, haciéndolo rico y descapitalizando al propio banco, lo cual nunca va a suceder.

Sin embargo, cuando un inversionista arriesga su dinero, para él no es atractivo mantener el poder adquisitivo de su inversión, sino más bien que ésta tenga un crecimiento real; es decir, le interesa un rendimiento que haga crecer su dinero más allá que compensar los efectos de la inflación.

Si el inversionista decidiera aportar todo el capital sin solicitar financiamiento, la TMAR del inversionista se definirá mediante la siguiente fórmula:

$$TMAR = i + p + (i * p)$$

Dónde:

i= tasa de inflación

p=Premio al Riesgo

Con ello, se estará cubriendo al dinero invertido de los efectos inflacionarios al mismo tiempo que se considerará un premio por encima de ellos.

CALCULO DE LA TMAR

La TMAR utilizada para este proyecto está basada en el valor de la inflación del país promedio obtenida en los últimos 14 años debido a las variaciones amplias que ha tenido tomando en cuenta el

comportamiento que tendría en los próximos 5 años en el país ya que cuando se está evaluando un proyecto en un horizonte de tiempo de cinco años, la TMAR calculada debe ser válida no sólo en el momento de la evaluación sino durante todos los cinco años.

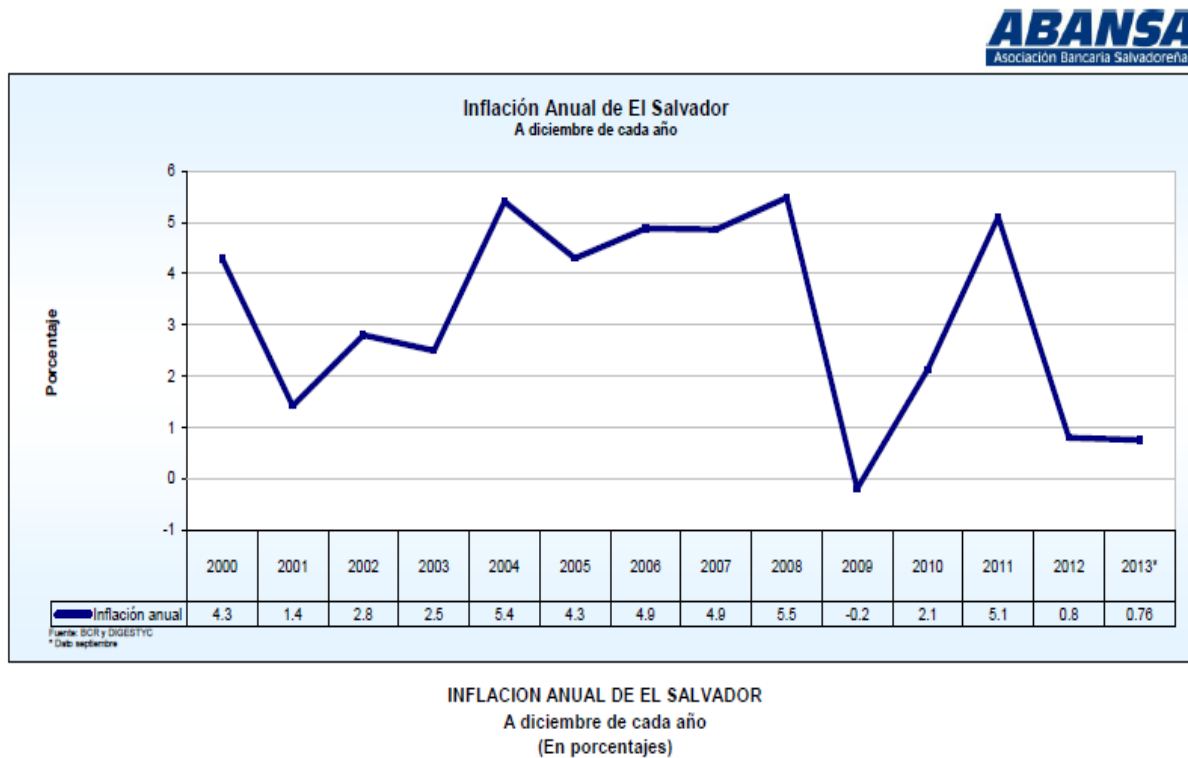


Figura 67 - Inflación anual en El Salvador

El índice de inflación que se obtuvo fue del 3.18 %. Ahora que ya se sabe cómo calcular el primer término de los dos que componen la TMAR, hace falta preguntar ¿cuál debe ser el premio al riesgo que deba ganarse? Y el premio al riesgo es considerado en base a la tasa de interés de referencia pasiva nominal para depósitos a más de 360 días como referencia al riesgo. Que es del 3.83%²⁴, dado que en el país no existe una tasa pre-establecida especial para evaluar proyectos públicos y sociales.

Con los datos anteriores:

$$TMAR = 0.0318 + 0.0383 + (0.0318 * 0.0383) =$$

²⁴ Según ABANSA: Asociación Bancaria Salvadoreña Asociación <http://www.abansa.org.sv/>



 **TMAR= 7.13%**

7.2.2 Valor Actual Neto (VAN)

El valor actual neto (VAN) de un proyecto se define como el valor obtenido en el presente del proyecto y se elabora actualizando para cada año por separado las entradas y salidas de efectivo que acontecen durante la vida del mismo a una tasa de interés fija determinada. Esta también incluye las inversiones las cuales deben ser tomadas del flujo neto de ingresos y egresos.

La tasa de actualización o descuento es igual a la Tasa Mínima Atractiva de Rendimiento, TMAR. El análisis del valor actual neto o valor presente es una cantidad que expresa cuánto valor se logrará de efectuar una inversión en un proyecto específico. Esto se hace ajustando o descontando todos los flujos de fondos de un cierto plazo hasta el momento cero o inicial de la inversión.

Para el cálculo del Valor Actual Neto (VAN) se utilizara la siguiente fórmula:

$$VAN = -P + \frac{FNE_1}{(1+i)^1} + \frac{FNE_2}{(1+i)^2} + \frac{FNE_3}{(1+i)^3} + \frac{FNE_4}{(1+i)^4} + \frac{FNE_5}{(1+i)^5}$$

Dónde:

P = Inversión inicial.

FNE = Flujo de efectivo de cada periodo en estudio

i = Tasa Mínima Atractiva de Rendimiento (TMAR), o tasa de descuento o actualización.

El análisis del valor actual neto o valor presente da como parámetro de decisión una comparación entre todos los ingresos y gastos que se han efectuado a través del período de análisis, los traslada hacia el año de inicio del proyecto (año cero) y los compara con la inversión inicial del proyecto.

Se pueden presentar tres situaciones:

Si el VAN es positivo, la utilidad de la inversión está sobre la tasa de inversión actualizada o *de rechazo* ($VAN > 0$). el proyecto se acepta.

Si el VAN es cero, la rentabilidad será igual a la tasa de rechazo. Por lo tanto un proyecto *con un VAN positivo o igual a cero, puede considerarse aceptable, VAN = 0.*

Si el VAN es negativo, la rentabilidad está por debajo de la tasa de rechazo y el proyecto debe de rechazarse.

$VAN < 0$

Para el cálculo de la VAN se utilizara los siguientes flujos de efectivo del proyecto:

| P | FNE ₁ | FNE ₂ | FNE ₃ | FNE ₄ | FNE ₅ | Tasa de descuento |
|---------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| (\$72,270.38) | \$ 28,869.37 | \$ 66,224.00 | \$ 103,578.12 | \$ 140,931.77 | \$ 178,284.96 | 7.13 % |

Tabla 80 - Valor actual neto (VAN)

Sustituyendo en la fórmula:

$$VAN = -P + \frac{FNE_1}{(1+i)^1} + \frac{FNE_2}{(1+i)^2} + \frac{FNE_3}{(1+i)^3} + \frac{FNE_4}{(1+i)^4} + \frac{FNE_5}{(1+i)^5}$$

$$VAN = -\$72,270.38 + \frac{\$ 28,869.37}{(1+0.0713)^1} + \frac{\$ 66,224.00}{(1+0.0713)^2} + \frac{\$ 103,578.12}{(1+0.0713)^3} + \frac{\$ 140,931.77}{(1+0.0713)^4} + \frac{\$ 178,284.96}{(1+0.0713)^5}$$

Dando como Resultado:

$$VAN = \$329,939.29$$

El resultado de la VAN es \$329,939.29 por lo tanto la VAN es mayor que cero y el proyecto se acepta. De acuerdo al resultado obtenido en la VAN aunque este resultado refleja más que un ingreso un ahorro para el estado, ya que el CRIO no tiene ingresos por ningún servicio, sin embargo este impacto se verá en la generación de beneficios para los usuarios potenciales en la zona occidental, y por lo tanto el proyecto se considera rentable socialmente debido a que si objetivo más importante es dar a la sociedad

un servicio que le sea útil de mejor forma y contribuirá al cumplimiento de la razón de ser de la institución .

7.2.3 Relación Beneficio – Costo (B/C)

Esta relación indica la rentabilidad del proyecto en términos de cobertura existente entre los ingresos y los egresos. Es decir muestra la cantidad de dinero actualizado que recibirá la empresa por cada unidad monetaria invertida. El cálculo de la relación beneficio/costo es otra forma de determinar si la TMAR es alcanzada, esta relación se obtiene dividiendo los ingresos actualizados entre los egresos, luego:

- Si la Relación B/C > 1 Se Acepta el Proyecto
- Si la Relación B/C < 1 Se Rechaza el Proyecto
- Si la Relación B/C = 1 El Proyecto es indiferente de llevarse a cabo

Si el proyecto tiene un índice de rentabilidad mayor o igual a uno se puede considerar aceptable.

El cálculo del Beneficio/ Costo se realizara de la siguiente manera:

Beneficio / Costo = Valor presente de los beneficios / Valor presente de los costos

$$B/C = \frac{\frac{FNE_1}{(1+i)^1} + \frac{FNE_2}{(1+i)^2} + \frac{FNE_3}{(1+i)^3} + \frac{FNE_4}{(1+i)^4} + \frac{FNE_5}{(1+i)^5}}{P + \frac{COp_1}{(1+i)^1} + \frac{COp_2}{(1+i)^2} + \frac{COp_3}{(1+i)^3} + \frac{COp_4}{(1+i)^4} + \frac{COp_5}{(1+i)^5}}$$

Dónde:

P = Inversión inicial.

FNE = Flujo de efectivo de cada periodo en estudio

Cop= Costo operativo de cada periodo en estudio

i = Tasa Mínima Atractiva de Rendimiento (TMAR), o tasa de descuento o actualización.



Para el Cálculo del Beneficio- Costo se utilizara los siguientes datos del proyecto:

| FNE ₁ | FNE ₂ | FNE ₃ | FNE ₄ | FNE ₅ | Tasa de descuento |
|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| \$ 28,869.37 | \$ 66,224.00 | \$ 103,578.12 | \$ 140,931.77 | \$ 178,284.96 | 7.13 % |

| Costos de Operación | Año 0 | Año 1 | Año 2 | Año 3 | Año 4 | Año 5 |
|---------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| TOTAL | \$72,270.38 | \$8,547.52 | \$8,609.92 | \$8,672.77 | \$8,736.08 | \$8,799.85 |

Sustituyendo en la fórmula:

$$\frac{B}{C} = \frac{\frac{\$ 28,869.37}{(1 + 0.0713)^1} + \frac{\$ 66,224.00}{(1 + 0.0713)^2} + \frac{\$ 103,578.12}{(1 + 0.0713)^3} + \frac{\$ 140,931.77}{(1 + 0.0713)^4} + \frac{\$ 178,284.96}{(1 + 0.0713)^5}}{\$72,270.38 + \frac{\$8,547.52}{(1 + 0.0713)^1} + \frac{\$8,609.92}{(1 + 0.0713)^2} + \frac{\$8,672.77}{(1 + 0.0713)^3} + \frac{\$8,736.08}{(1 + 0.0713)^4} + \frac{\$8,799.85}{(1 + 0.0713)^5}}$$

$$B/C = \$437,611.11 / \$107,671.82$$

$$B/C = 4.06$$

Por lo que se considera aceptable la inversión en el Modelo de Gestión por procesos ya que este valor significa que por cada dólar invertido se obtendrá una ganancia de **\$3.06**

Como se mencionó el Beneficio-Costo es la comparación de los beneficios derivados de la implantación del Modelo, contra la inversión necesaria para ponerlo en marcha. El del índice de rentabilidad demuestra que los beneficios económicos que se esperan percibir son mucho más altos que los costos que la implementación comprende.

7.2.4 Tasa Interna de Retorno (TIR)

La tasa interna de retorno o tasa interna de rentabilidad (TIR) de una inversión, está definida como la tasa de interés con la cual el valor actual neto o valor presente neto (VAN o VPN) es igual a cero, es decir la que reinvierte en el proyecto todos los beneficios, La TIR muestra a los inversionistas la tasa de interés máxima a la que debe contraer préstamos, sin que incurra en futuros fracasos financieros. Para lograr esto se busca aquella tasa que aplicada al Flujo neto de Efectivo hace que el VAN sea igual a cero.

El procedimiento para determinar la TIR es igual al utilizado para el cálculo del VAN; para posteriormente aplicar el método numérico mediante aproximaciones sucesivas hasta acercarnos a un VAN = 0.

Para el cálculo se aplica la siguiente formula del VAN igualada a cero:

$$0 = -P + \frac{FNE_1}{(1 + TIR)^1} + \frac{FNE_2}{(1 + TIR)^2} + \frac{FNE_3}{(1 + TIR)^3} + \frac{FNE_4}{(1 + TIR)^4} + \frac{FNE_5}{(1 + TIR)^5}$$

Dónde:

P= es el monto de la inversión inicial

FNE= Flujo de Efectivo de cada periodo en estudio

Se pueden presentar tres situaciones:

- A. $TIR > i$: Se recomienda realizar el proyecto
- B. $TIR < i$: Se recomienda no realizar el proyecto
- C. $TIR = i$: Se recomienda el inversionista es indiferente entre realizar el proyecto o no.

Para determinar la TIR, se utiliza la fórmula de la VAN igualada a cero:

$$0 = -\$72,270.38 + \frac{\$ 28,869.37}{(1+TIR)^1} + \frac{\$ 66,224.00}{(1+TIR)^2} + \frac{\$ 103,578.12}{(1+TIR)^3} + \frac{\$ 140,931.77}{(1+TIR)^4} + \frac{\$ 178,284.96}{(1+TIR)^5}$$

Dando como Resultado:

TIR= 84%



CONCLUSIÓN: Por lo tanto el proyecto puede aceptarse y se presenta un valor de Tasa Interna de retorno de 84%. Por lo que se tiene un valor de TIR mayor a la tasa de costo de capital (7.13%), por lo que se considera aceptable la inversión en el proyecto.

7.2.5 *Análisis de Sensibilidad*

El análisis de sensibilidad es un análisis de escenarios, en el cual se evalúa cuanto es la elasticidad de un proyecto es decir hasta que niveles es rentable el proyecto, pero dada la naturaleza del proyecto el cual es un modelo de gestión por proyectos cuya finalidad última es social, no podemos evaluar la rentabilidad.

Es por ello que para este análisis se establecerá un análisis de sensibilidad del punto de equilibrio, es decir cuánto sería el nivel de mejora en la capacidad de los servicios para que el centro “recupere su inversión”, en otros términos se expresara cuanto tendría que ser el ahorro proyectado por el centro para que este recupere la inversión inicial.

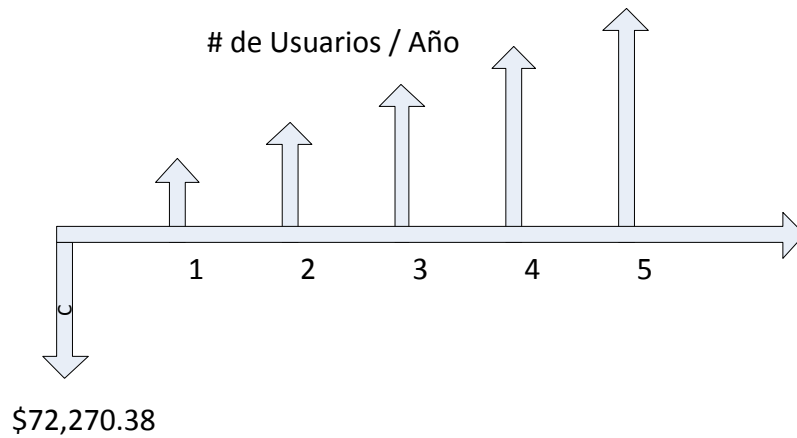
Para este análisis se utilizara la relación beneficio-costos, al contrario de la VAN que es un valor absoluto, es un indicador financiero que expresa la rentabilidad en términos de relación. La interpretación de los resultados es por unidad (dólar) invertido, es decir:

Relación B/C <1: indica que por cada dólar de costo se obtiene menos de un dólar de beneficio, y el proyecto no se recupera en el periodo establecido.

Relación B/C >1: Indica que por cada dólar invertido, se obtiene más de un dólar de beneficio, el consecuencia el índice tiene que ser positivo o cero para que el proyecto se acepte.

Para el cálculo se establece se utilizara la siguiente formula:

$$\frac{B}{C} = \frac{\text{Valor Presente Flujo de Ingreso}}{\text{Inversion Inicial}}$$



Sustituyendo los siguientes valores en la formula donde:

- Inversión Inicial: Costo de la inversión inicial del proyecto, la cual es de \$72,270.38
- Valor Presente de ingresos: Serán todos aquellos ingresos o ahorros generados en el horizonte de 5 años por la implementación del modelo.
- Se utilizara la tasa de interés: Se utilizara la tasa de interés o descuento TMAR la cual equivale a 7.13%.

Dado que los ahorros tendrán un incremento anual, se utilizara la fórmula de gradiente geométrico para hacer la conversión a valor presente de los flujos de ingreso, la cual se describe a continuación:

$$V_p = A_1 \left[\frac{1 - (1 + i)^{-n}}{i} \right] + \frac{K}{i} \left[\frac{1 - (1 + i)^{-n}}{i} - \frac{n}{(1 + i)^n} \right]$$

Donde:

- **Vp**: Valor de la inversión Inicial.
- **A1**: Valor del flujo de ingreso para el primer año, el cual será igual al valor del flujo para el año 0 más el incremento.
- **i**: Tasa de interés, en este caso se utilizara la TMAR equivalente a 7.13% (ver apartado Tasa Mínima de Rendimiento).
- **n**: Numero de periodos del gradiente, en este caso será 5.
- **K**: Valor incremental del gradiente, en este caso se traduce como el incremento en el ahorro generado por la implementación del modelo.



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

Este análisis comprenderá en encontrar el valor de “K”, el cual es un valor de efectivo producto del ahorro generado por la implementación del Modelo de Gestión por Procesos, este valor monetario se traducirá en una cantidad de atenciones, las cuales el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO) debe aumentar su capacidad como **mínimo**, para que recupere su inversión inicial en ahorros de costos.

Tabla 81 - Analisis de Sensibilidad

| Año | Cantidad de Atenciones | Aumento de Atenciones | Presupuesto asignado CRIO 2013 | Costo por Atención | Reducción de Costo | Beneficio Anual | Costos de Operación | Valor Futuro Flujo | Valor Presente |
|-------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------|--------------------|-----------------|---------------------|--------------------|----------------|
| 2013 | 100,526 | | \$786899.06 | \$7.83 | \$0.00 | 0.00 | \$0.00 | \$0.00 | \$0.00 |
| 1 | 102,356 | 1830 | \$786899.06 | \$7.69 | \$0.14 | \$14324.90 | \$23001.59 | \$-8676.69 | -\$8099.21 |
| 2 | 104,186 | 1830 | \$786899.06 | \$7.55 | \$0.27 | \$28649.81 | \$23169.50 | \$5480.31 | \$4775.10 |
| 3 | 106,016 | 1830 | \$786899.06 | \$7.42 | \$0.41 | \$42974.71 | \$23338.64 | \$19636.07 | \$15970.60 |
| 4 | 107,846 | 1830 | \$786899.06 | \$7.30 | \$0.53 | \$57299.62 | \$23509.01 | \$33790.60 | \$25653.79 |
| 5 | 109,676 | 1830 | \$786899.06 | \$7.17 | \$0.65 | \$71624.52 | \$23680.63 | \$47943.89 | \$33976.43 |
| TOTAL | | | | | | \$214873.56 | | \$98174.19 | \$72276.71 |

Sustituyendo los valores en la formula, y tal como se observa en el cuadro anterior, si el Centro tiene un ingreso mínimo anual de **1830** usuarios por el aumento de capacidad debido a las mejoras por la implementación del modelo de gestión por procesos y aumento en su eficiencia, generara un ahorro equivalente a un flujo de efectivo en valor presente con el cual podrá retornar los costos del modelo.

7.3 Evaluación Social

Llamada también Evaluación económica-social tendrá como finalidad la identificación, medición, y valorización de los beneficios y costos de la implementación del modelo de Gestión por Procesos para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, desde el punto de vista del Bienestar Social. Esta evaluación se hace indispensable ya que el agente económico dueño del proyecto está representada por las autoridades de Gobierno y sus organismos centrales e descentralizados.

La evaluación social pretende determinar la contribución a la sociedad mediante la implementación del Modelo de Gestión por procesos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente dependencia del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral ISRI. Los aspectos que pueden ser considerados como aportes o beneficios sociales como resultado de la aplicación de la propuesta se presentan a continuación enfocados en tres grandes apartados que son:

1. **Impacto en las atenciones a los usuarios del crio:** *Se enfocara en el impacto del modelo a beneficio del usuario en el aumento de capacidad del centro reflejado mayormente en el aumento las atenciones que proporciona.*
1. **Impacto económico-social:** *Medición de dicho aprovechamiento en valor monetario traducido en ahorros para el Estado, dirigido sobre todo en beneficio del usuario en el aumento en la capacidad del centro en las atenciones realizadas y el mejoramiento del servicio,*
2. **Aporte o beneficios sociales dentro de la organización:** *Se enfocara en el impacto que el modelo causara en la organización y como ellos beneficiaran a la razón de ser del centro que son sus usuarios.*

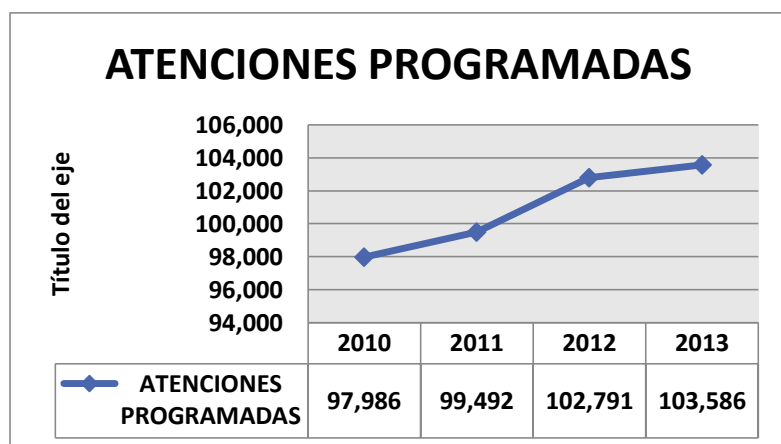
7.3.1 Impacto en las Atenciones a los Usuarios del CRIO.

Para remarcar la importancia de este beneficio con la implementación del modelo, se detalla a continuación el comportamiento de las atenciones realizadas vrs. Las atenciones programadas desde el año 2010 en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente según datos históricos y las respectivas conclusiones.

DATOS HISTORICOS

Tabla 82 - Datos históricos de impacto en las atenciones a los usuarios

| AÑO | ATENCIONES PROGRAMADAS | ATENCIONES REALIZADAS | EFICIENCIA |
|------|------------------------|-----------------------|---------------------------|
| 2010 | 97,986 | 84,178 | 86% |
| 2011 | 99,492 | 93,654 | 94% |
| 2012 | 102,791 | 91,845 | 89% |
| 2013 | 103,586 | 100,526 | 97% |
| | | | Eficiencia Promedio : 91% |

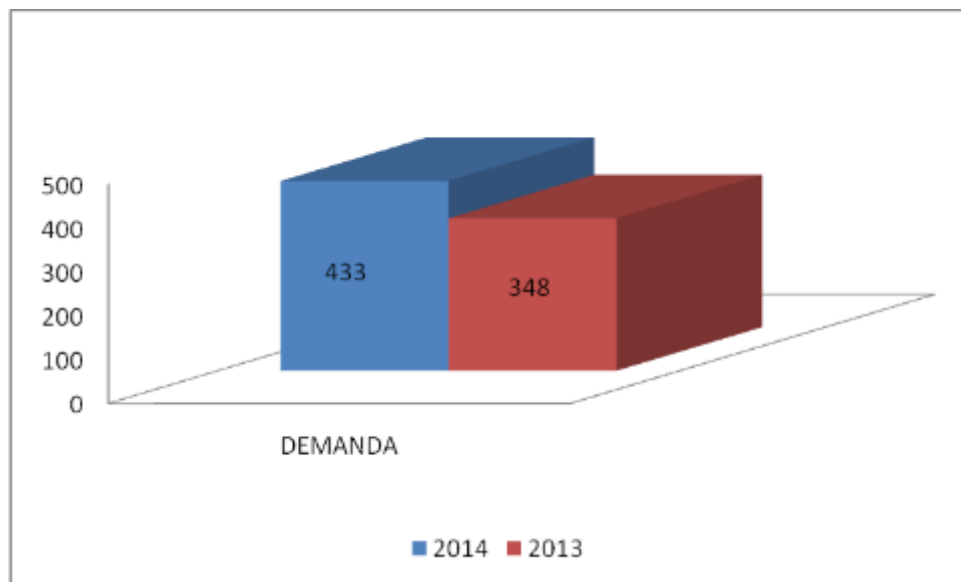


Donde se puede observar una tendencia creciente en las atenciones programadas debido al aumento de la demanda de usuarios para atención anualmente con una eficiencia promedio durante los últimos cuatro años de 91% en el cumplimiento de las metas, esto igual se ve reflejada en la demanda

comparativa del primer trimestre del 2013 ves el primer trimestre del 2014 en donde se ve reflejada aumento de demanda de usuarios de primera vez en los servicios del CRIO como lo muestra las siguientes estadísticas:

Demanda de Atención de Usuarios de Primera Vez.

Comparativo Primer trimestre 2014-2013



Donde se observa que la demanda de atención de nuevos usuarios en los servicios de rehabilitación del primer trimestre del 2013 fue de 348, y para el año 2014 incrementaron a 433 usuarios. Como se observa en el gráfico, 85 usuarios más.

En el primer trimestre 2014 se concentraron las demandas principalmente en los siguientes servicios Terapia Física 80.4%(3488) Trastornos del Habla y Voz 12.2% (53), el 6.5% restante solicitaron los servicios de Evaluación Audiológica



De la demanda de primera vez del primer trimestre del año 2014 el 87.07% (377/433) fue atendido en los diferentes servicios de rehabilitación, con relación al mismo período año 2013 fue de 79.06%, incrementando la atención a la demanda para este año,

En el 2013 La demanda insatisfecha anual fue del 10% lo que equivale a 9,580 usuarios y una lista de espera de 154 usuarios para atención médica especialista.

Es de considerar que no se ha incluido en esta información usuarios atendidos en evaluación de discapacidad y en evaluación audiológica. Incrementado la demanda anual en 1,884 usuarios en estos nuevos servicios médicos.

Ya comprobada la necesidad del centro en el aumento de las atenciones que brinda se visualizara a continuación el impacto que tendrá la implementación del Modelo de Gestión por Procesos en este aspecto:

7.3.1.1 Resultados Esperados en la Atención de Usuarios:

Tomando en cuenta las atenciones realizadas por el CRIO en el 2013 y el porcentaje existente de demanda insatisfecha, la dirección desea alcanzar una meta de 124,423 atenciones anuales, en el Año 2013 el CRIO logro 100,526 atenciones realizadas, la eficiencia determinada en base a la meta programada es del 80.80%, que surge de la relación de las atenciones realizadas entre las atenciones meta programada.

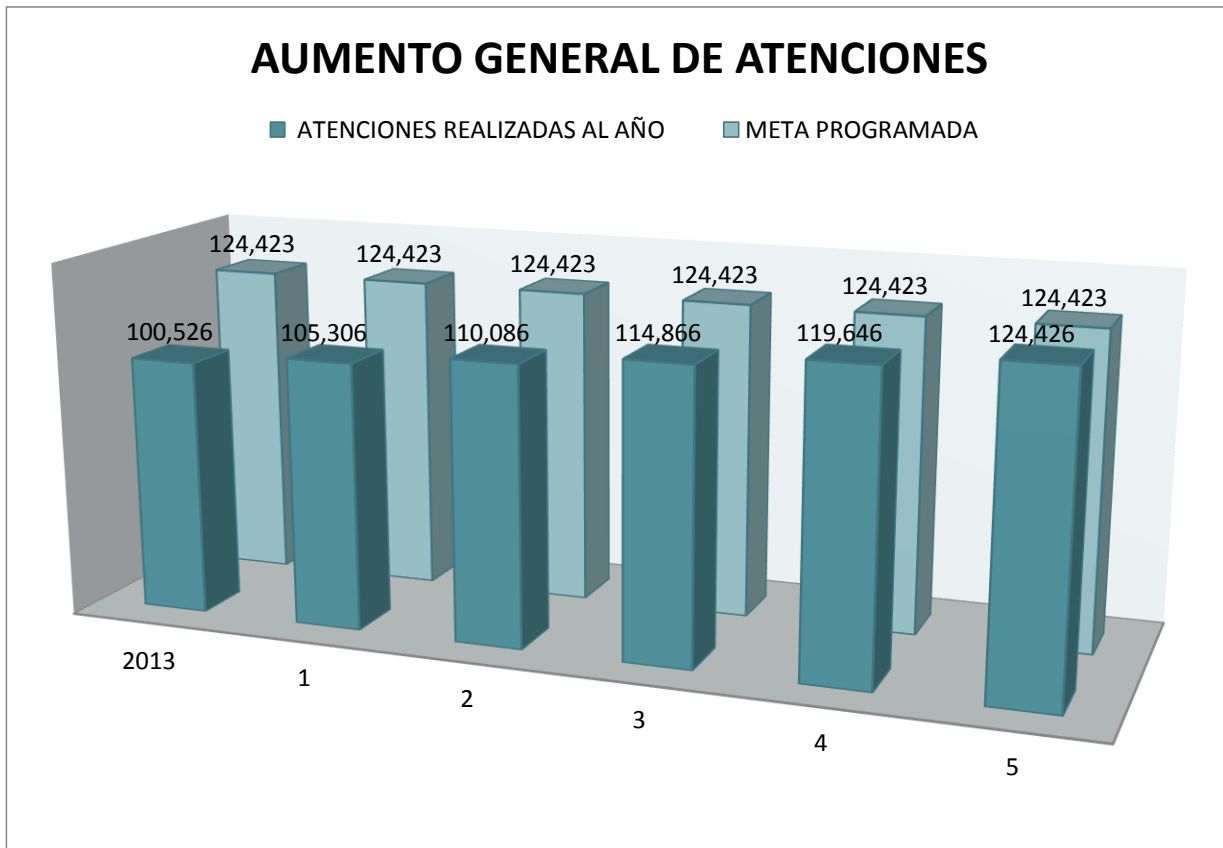
Con la implementación del modelo, se aspira a mejorar la eficiencia del CRIO de la siguiente forma: alcanzar un valor próximo al 100% al quinto año de haber implementado el modelo, lo cual se puede observar en la siguiente tabla, considerando un incremento porcentual uniforme del 3.84%, siendo la suma de estos porcentajes el 19.21% faltante para llegar a la meta del 100%.



7.3.1.1.1 *Aumento General de Atenciones:*

Tabla 83 - Aumento de atenciones anuales

| Año | Eficiencia | Atenciones Realizadas al Año | Meta de atención Anual. | Aumento de Atenciones Anuales. |
|-------------|-------------------|---|------------------------------------|---|
| 2013 | 80.80% | 100,526 | 124,423 | - |
| 1 | 84.64% | 105,306 | 124,423 | 4,780 |
| 2 | 88.48% | 110,086 | 124,423 | 9,560 |
| 3 | 92.32% | 114,866 | 124,423 | 14,340 |
| 4 | 96.16% | 119,646 | 124,423 | 19,120 |
| 5 | 100% | 124,426 | 124,423 | 23,900 |



Como se observa en la tabla y grafica anterior se aspira alcanzar el 100% de la eficiencia al quinto año de haber implementado el Modelo de Gestión Por Procesos, para el primer año de implementado el Modelo, las atenciones brindadas serán 105,306 obteniendo la eficiencia del 84.64% según la meta requerida y logrando un aumento de atenciones brindadas de 4,780 atenciones al año, y así sucesivamente se aspira para el Quinto año haber realizado 124,426 atenciones, obteniendo el 100% de eficiencia logrando un aumento del número de atenciones en 23,900, en comparación con la situación actual del CRIO sin haber implementado el Modelos de Gestión por Procesos.

Este aumento se espera ver reflejado detalladamente en las siguientes áreas:

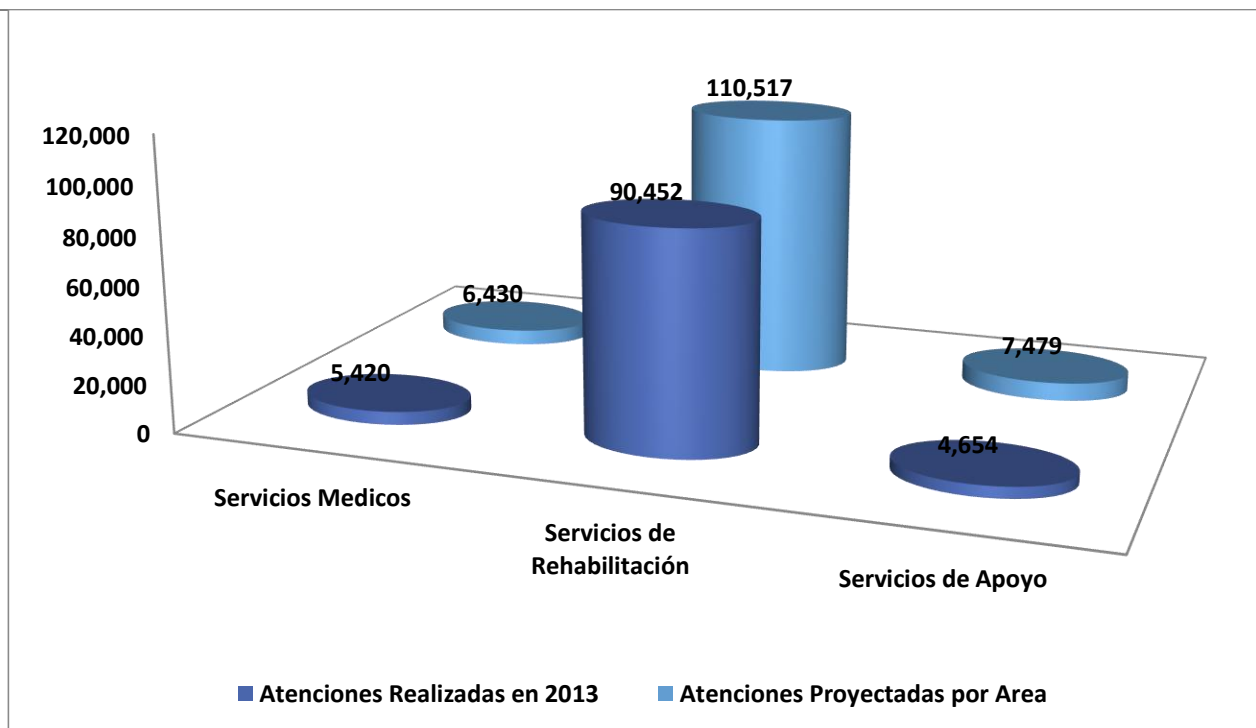
7.3.1.1.2 Aumento de Atenciones por Área



La Implementación del Modelo de Gestión por Procesos beneficiara a las principales áreas del CRIO de la siguiente manera:

Tabla 84 - Aumento de atenciones por área

| AREAS | ATENCIONES REALIAZADAS 2013 | TOTAL DE ATENCIONES PROYECTADAS A 5 AÑOS CON MODELO | AUMENTO TOTAL DE ATENCIONES PROYECTADAS A 5 AÑOS CON MODELO | PORCENTAJE DE AUMENTO DE ATENCIONES. |
|------------------------------------|-----------------------------|---|---|--------------------------------------|
| Servicios Médicos | 5,420 | 6,430 | 1,010 | 18.63% |
| Servicios de Rehabilitación | 90,452 | 110,517 | 20,065 | 22.18% |
| Servicios de Apoyo | 4,654 | 7,479 | 2,825 | 60.70% |
| Total: | 100,526 | 124,426 | 23,900 | - |





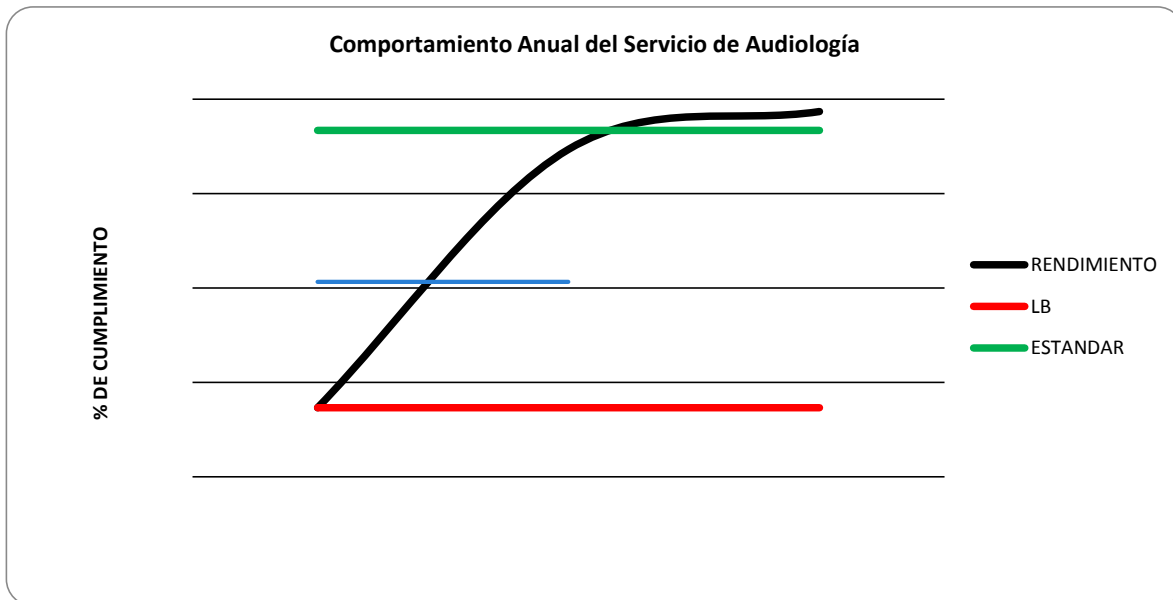
Como se observa en la tabla y grafica anterior, con la implementación del Modelo se proyecta un aumento de atenciones de 1,010 lo que representa una contribución de mejora en esta área de 18.63%, para el área médica un aumento de 20,065 que representa el 22.18% porcentaje de aumento y para el servicio de apoyo un aumento de 2,825 atenciones con un porcentaje de 59.10% de aumento respecto al año 2013.

Se puede analizar que el impacto de crecimiento mayor se obtiene en el área de servicios de apoyo esto es debido a la incorporación de nuevos servicios como es el servicio de audiología que inició como apoyo diagnóstico a los problemas auditivos, específicamente en la toma de audiometría a partir del año 2012. 1 hora diaria, llegando a un rendimiento del 46%,

Para el 2013 con el reto de fortalecer el servicio y brindar los servicios en coordinación del ministerio de Audiología educación y usuarios referidos, así como evaluación de usuarios que ingresan al área de Comunicación Humana, se ha llegado en el 2013 al 87% (rendimiento aceptable), durante el primer trimestre del 2014 se ha ido incrementando su producción llegando a un 93% de cumplimiento 47% arriba de su línea base (46%), es decir duplicándola, 30% arriba del promedio de los años 2012-2013 (66%). Como lo demuestran los siguientes gráficos:

| S.DE APOYO | I | II | III | IV | ACUM |
|------------|-----------|----------------|----------------|------------|------|
| 2014 | 93 | | | | 93 |
| 2013 | 34 | 102 | 112 | 94 | 87 |
| ESTANDAR | EXCELENTE | ACEPTABLE | REGULAR | DEFICIENTE | |
| | >90% | DE 80 A 90% | DE 75 A 80% | <75% | |

Figura 68 - Rendimiento en las atenciones



Es por ello que el aumento de las atenciones afectan ampliamente a estos nuevos servicios que el centro está incorporando y los cuales su rendimiento o producción se ha mantenido bajos, pero su demanda aumenta considerablemente.

A continuación se muestra un gráfico representativo de los porcentajes de contribución del modelo hacia las diferentes áreas con respecto al aumento de las atenciones proyectadas, la realización de las 23,900 atenciones más que se proyecta con la implementación del modelo se subdividen en las diferentes áreas de la siguiente manera:

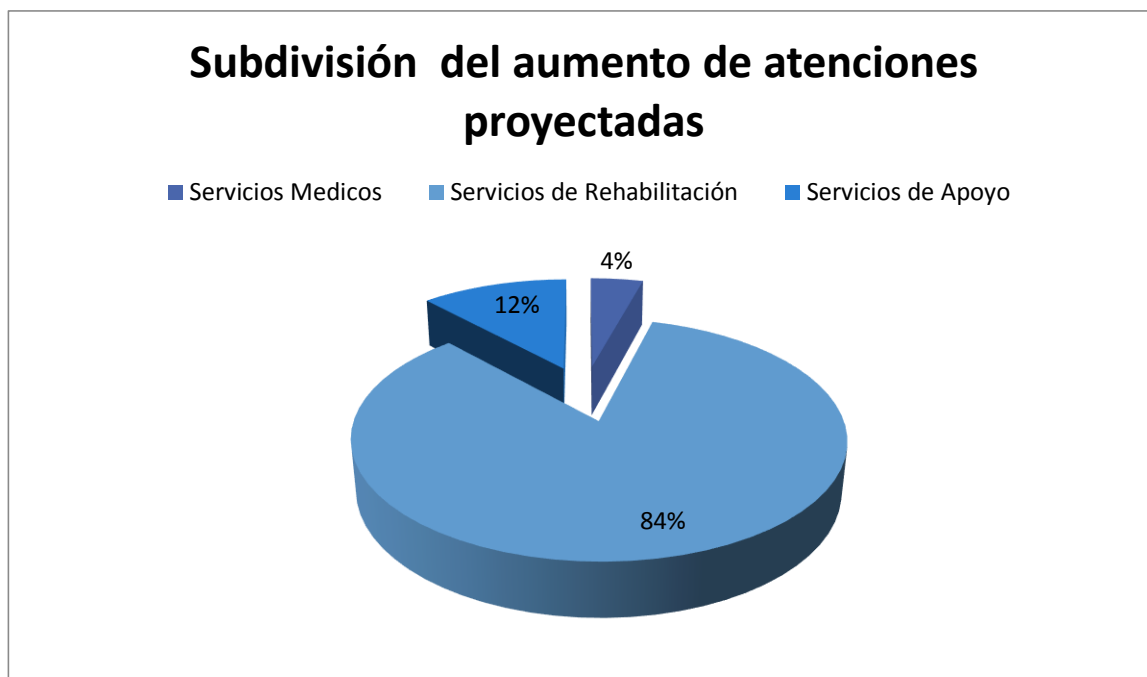


Figura 69 - Grafico subdivisión del aumento de atenciones proyectadas

En el Grafico Anterior se observa que el 84% del aumento de las atenciones beneficia a los servicios de rehabilitación lo que representa un aumento de 4,013 anuales haciendo un total de 20,065 atenciones en 5 años de implementación, un 12% a los servicios médicos , con un aumento anual de 202 con un total de 1,010 atenciones en 5 años y un 4% a los servicios de apoyo con un incremento anual de 565 con un total de 2,825, todos estos beneficios en las atenciones a los usuarios del centro quedan resumidas en la siguiente tabla:

RESUMEN:



Tabla 85 - Resumen evaluación social

| RESULTADO ESPERADO/ACCIÓN ESTRATEGICA | PROGRAMA/ACTIVIDAD/SERVICIO | INDICADOR | USUARIOS ATENDIDOS 2013 | AUMENTO DE ATENCIONES ANUALES ESPERADO | AUMENTO DE ATENCIONES EN 5 AÑOS DE IMPLEMENTACIÓN | USUARIOS ATENDIDOS EN 5 AÑOS DE IMPLEMENTACIÓN. | RESPONSABLE |
|---|-----------------------------|---|-------------------------|--|---|---|------------------------------------|
| PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL PARA LOS USUARIOS DEL INSTITUTO. | SERVICIOS MEDICOS | CONSULTAS REALIZADAS /CONSULTAS PROGRAMADAS | 5,420 | 202 | 1,010 | 6,430 | PERSONAL MEDICO |
| | SERVICIOS DE REHABILITACIÓN | ATENCIONES REALIZADAS /ATENCIONES PROGRAMADAS | 90,452 | 4,013 | 20,065 | 110,517 | PERSONAL TECNICO |
| | SERVICIOS DE APOYO | ATENCIONES REALIZADAS /ATENCIONES PROGRAMADAS | 4,654 | 565 | 2,825 | 7,479 | PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE APOYO |
| TOTALES | | | 100,526 | 4,780 | 23,900 | 124,426 | |

Los elementos anteriormente establecen en pocas palabras lo que se logra con la implementación del Modelo de Gestión por Procesos respecto al impacto o beneficio directo con respecto al aumento a las atenciones de los usuarios.



7.3.2 Impacto Económico-Social.

Con la implementación del Modelo de Gestión por Procesos, se estaría haciendo un mejor aprovechamiento de los recursos ya existentes; dicho aprovechamiento se traduce en ahorros para el Estado, dirigido sobre todo en beneficio del usuario en el aumento en la capacidad del centro en las atenciones realizadas y el mejoramiento del servicio, A continuación se muestra los Costos Totales del año 2013 en la prestación del servicio para realizar la comparación que se obtendría con la implementación del Modelo y determinar el ahorro a obtener:

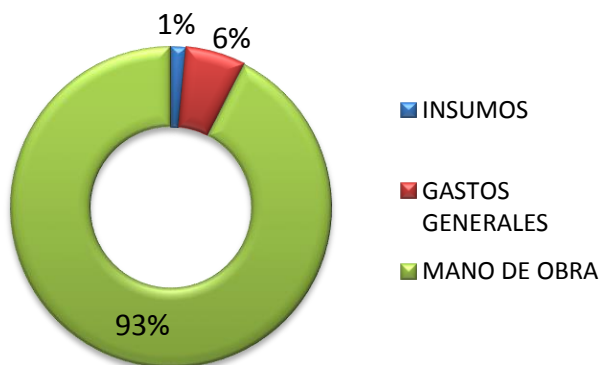
COSTOS TOTALES

Tabla: Distribución del Costo Total por Centro de Costos Enero a Diciembre 2013

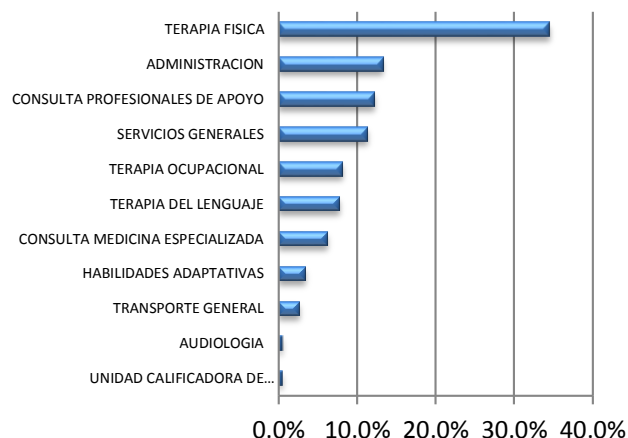
Tabla 86 - Costo total por área

| SERVICIO | CONSULTA PROFESIONALES DE APOYO | CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA | TERAPIA FISICA | TERAPIA DEL LENGUAJE | AUDILOGIA | TERAPIA OCUPACIONAL | HABILIDADES ADAPTATIVAS | UNIDAD CALIFICADORA DE DISCAPACIDAD | TOTAL |
|----------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------|---------------------|-------------------------|-------------------------------------|------------|
| | \$95,807.97 | \$48,732.93 | \$271,079.75 | \$60,220.48 | \$3087.12 | \$63,796.66 | \$26,549.80 | \$3,722.63 | |
| INSUMOS | TRANSPORTE GENERAL | SERVICIOS GENERALES | ADMINISTRACION | | | | | | 786,899.06 |
| | 20,696.24 | \$88,734.94 | \$104,470.54 | | | | | | |

Distribucion Porcentual de Costos Total



Distribucion Porcentual de Costo Total por Centro de Produccion



Como lo muestra la tabla anterior en el año 2013 el costo total fue de \$786,899.06 siendo el área de terapia física la que mayor impacto posee sobre ellos, además es importante recalcar que el 93% de los costos del centro proviene del pago de la mano de obra es decir que el mayor porcentaje de los costos están en función del salario del personal el cual independientemente de número de atenciones se les pagara su sueldo fijo es por ello que se hace indispensable mejorar la eficiencia y el aprovechamiento al máximo en beneficio de los usuarios de este recurso ya existente, a continuación se proyecta con la implementación del modelo de gestión por procesos una reducción de los costos en base al aumento de atenciones realizadas con un mismo piso presupuestario, calculado sobre la base del costo de atención, proporcionando el siguiente beneficio en concepto del ahorro anual para los primeros 5 años de implementación:

Tabla 87 - Proyección de costos anual

| Año | Cantidad de atenciones | Aumento de Atenciones | Presupuesto Asignado CRIO 2013 | Costo por Atención | Reducción del Costo | Beneficio en Concepto de Ahorro Anual |
|------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------------------------|
| 2013 | 100,526 | - | 786,899.06 | 7.83 | - | |
| 1 | 105,306 | 4,780 | 786,899.06 | 7.47 | 0.36 | \$ 37,416.96 |



| | | | | | | |
|--------------|---------|--------|------------|------|------|---------------|
| 2 | 110,086 | 9,560 | 786,899.06 | 7.15 | 0.68 | \$ 74,833.92 |
| 3 | 114,866 | 14,340 | 786,899.06 | 6.85 | 0.98 | \$ 112,250.89 |
| 4 | 119,646 | 19,120 | 786,899.06 | 6.58 | 1.25 | \$ 149,667.85 |
| 5 | 124,426 | 23,900 | 786,899.06 | 6.32 | 1.50 | \$ 187,084.81 |
| total | | | | | | \$ 561,254.43 |

Como se puede observar en la tabla anterior se calcula en el primer año de implementación con respecto al año 2013 una reducción de 0.36 centavos por cada atención realizada, de \$7.83 por atención a \$7.47, dando un ahorro anual de \$ 37,416.96 para el primer año, dando un total en 5 años de implementación en concepto de ahorro de \$561,254.43.

7.3.2.1 Análisis social Beneficio – Costo (B/C)

Como una parte importante de la evaluación económica / social, se tomó en cuenta el beneficio-costo, ya que en ella podemos calcular a manera de ahorro, la cantidad de dinero que se tendría por cada dólar, enfocándola en las atenciones extra que se podrían generar. Del cálculo anterior realizado en evaluaciones económicas se determinó que la relación Beneficio-Costo es de:

$$B/C = 4.06$$

Evaluando esta razón, se tiene un ahorro de \$3.06 por cada dólar invertido, lo que se puede proyectar en atenciones extra que se pueden brindar, como se muestra a continuación:

Costo de consulta = \$7.83

Si dividimos el ahorro entre el costo de consulta tenemos el siguiente resultado:

$$\text{Número de consultas extra} = \frac{3.06}{7.83} = 0.39 \text{ consultas}$$

Esto quiere decir que por cada 2.57 dólares que se invierta en este proyecto, se estará brindando una atención extra en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, ayudando a una familia más por cada vez que se haga esta inversión, a su vez solventara el déficit de atención que se tuvo en el año 2013 que fue de 9580 usuarios no atendidos.



7.3.3 *Aporte o Beneficios Sociales dentro de la Organización*

El modelo de gestión por procesos reenfoca a la organización para satisfacer las necesidades del cliente, quienes juegan un papel importante en el establecimiento de requisitos como elementos de entradas al modelo, al mismo tiempo resalta la importancia del seguimiento y la medición de los procesos claves que obtiene que los procesos obtengan cada vez un mayor grado de eficiencia.

Los aspectos que pueden ser considerados como aportes o beneficios sociales como resultado de la aplicación de la propuesta se presentan a continuación:

1. *Mejor Calidad en el Servicio Prestado*
2. *Máximo Aprovechamiento de los recursos disponibles*
3. *Sistema de Control y Evaluación de la Voz del Cliente*
4. *Control del Seguimiento de los procesos claves*
5. *Condiciones de Trabajo*

1. Mejor calidad en el Servicio Prestado:

Las mejoras que se realicen con la implementación del modelo serán basadas en los requisitos del usuario, por lo tanto el servicio que se le brindara a los usuarios de la zona occidental se adaptara a sus necesidades, generando mayor satisfacción de los usuarios en el servicio recibido y a su vez se formara cada vez más una mejor imagen en la gestión de la organización.



2. Máximo aprovechamiento de los recursos disponibles.

Se mejorará la eficiencia y eficacia de los empleados, logrando agilizar la prestación del servicio, esto conlleva a que los clientes externos sean atendidos en el menor tiempo posible y con la calidad que ellos esperan, generando así confianza en la Institución y la satisfacción del usuario al invertir menos tiempo para lograr su atención.

3. Sistema de Control y Evaluación de la Voz del Cliente:

La Institución contara con un sistema de evaluación tanto para el cliente interno e externo por medio del buzón de sugerencias y encuestas a través de los cuales se conocerán los requerimientos y necesidades que tienen los consumidores, así mismo se realizara un seguimiento de la percepción del cliente en relación al cumplimiento de sus requisitos por parte de la institución, y los usuarios percibirán que la Institución se preocupa sobre los temas que les afectan.

4. Control del Seguimiento de los procesos claves

El establecimiento de indicadores permitirá el seguimiento y control de los procesos con el objetivo de medir sus resultados en relación a los planes adoptados y diagnosticar si fuere el caso, las desviaciones a las referencias establecidas con el fin de señalar las debilidades y errores para rectificarlos e impedir que se produzcan nuevamente.



5. Condiciones de trabajo

Se contribuirá al fomentar la participación activa de los empleados en la mejora continua del Modelo y un fortalecimiento de la comunicación entre los empleados, así mismo se proporcionara un ambiente ordenado y limpio, lo cual contribuye a un mejor desempeño de los empleados que están directamente o indirectamente relacionados con la Unidad ya que al tener más orden en las labores y registros más controlados el trabajo de estas otras personas puede llegar a ser más fácil. También es de agregar que el personal se verá mejor preparado y con una mayor motivación ya que se les impartirá capacitaciones sobre el método de trabajo y se les impartirá una manual de procesos y procedimientos para que se auxilien de este documento cuando deseen y las actividades se desarrollaran bajo el enfoque de trabajo en equipo y tener un ambiente de armonía en la institución.

7.4 Evaluación del Proyecto con Perspectiva de Género

Una evaluación completa debe incluir el enfoque de género, ya que de otra manera no se trataría de un proceso de evaluación correcto, pues la perspectiva de género tiene que ver con cómo se interpreta la realidad, cómo se analiza y cómo se proyecta.

Se realizara una evaluación del proyecto con enfoque de género para comprobar que la perspectiva de género ha sido incluida en todas las acciones del proyecto y evaluar cómo, en qué medida y qué efectos ha tenido su incorporación. Se realizara una evaluación por fases que permitirá introducir modificaciones en las actuaciones previstas e incluso someter el proyecto a una re-orientación si los resultados alcanzados no fueran los inicialmente planteados.

En el proceso de evaluación del proyecto se realizara en cuatro fases claramente definidas:²⁵

- 1) Diagnostico
- 2) Diseño del proyecto
- 3) Ejecución del Proyecto
- 4) Impacto sobre la población beneficiaria

Estas fases siguen las etapas comunes del ciclo de un proyecto como lo muestra la siguiente figura:

Ciclo de un proyecto:



Figura 70 - Ciclo de un proyecto

²⁵ Tomada como base para la evaluación una " Guía para la planificación y elaboración de proyectos con perspectiva de género elaborada por la secretaria de la mujer Montevideo 2009"



La evaluación se realizara a través de la elaboración de un protocolo/cuestionario de 25 preguntas para evaluar la incorporación de la perspectiva de género en cada una de estas etapas o fases y si la perspectiva de género está presente en el proyecto,

Para evaluar se debe obtener el porcentaje de afirmaciones positivas y se emitirá un resultado en base al nivel de cumplimiento de las 25 preguntas con la cual cuenta el cuestionario distribuidas en las distintas fases anteriormente mencionadas, se utilizara la siguiente escala para evaluar con enfoque de género las diferentes fases de nuestro proyecto:

Tabla 88 - Escala evaluación de genero

| Nivel de cumplimiento | Resultado |
|------------------------------|------------------|
| 0-50% | No aceptable |
| 60%-70% | Necesita mejorar |
| 80%-100% | Aceptable |

Criterios para una Buena Evaluación:

Es necesario realizar la evaluación imparcialmente y en un entorno neutral. Para asegurar la credibilidad de la información de la evaluación es indispensable asegurar imparcialidad para brindar un análisis estandarizado de los resultados de la evaluación.

Los encargados de llevar a cabo la evaluación de género serán los encargados de la implementación y evaluación de los resultados del proyecto así como también todos los representantes de los departamentos que participan en la implementación del mismo, que en el caso particular del proyecto será la Dirección del CRIO y los jefes de cada área funcional del mismo.

A continuación se presenta cada una de las evaluaciones de cada etapa del proyecto desde la perspectiva del enfoque de género y el resultado general de la evaluación.



1) Análisis de la situación (Diagnostico)

Se realizara la evaluación del diagnóstico a través de dos enfoques:

El análisis de la situación: Contribuye a la identificación del problema que se abordara en el proyecto.

El análisis de beneficiarios: Analizar el conjunto de personas cuyas necesidades e intereses se busca satisfacer.

La finalidad de esta primera fase de evaluación será:

VALORAR SI LA PERSPECTIVA DE GÉNERO SE HA INCORPORADO DE FORMA TRANSVERSAL EN LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS UTILIZADOS COMO BASE PARA EL PLANTEAMIENTO

Tabla 89 - análisis de evaluación con perspectiva de género

| Análisis de la situación | | SI | NO |
|---------------------------|--|----|----|
| 1 | ¿Se garantizó la presencia del grupo beneficiario hombres y mujeres en la definición del problema central? | | |
| 2 | ¿Para la elaboración de todas las estadísticas que sustentan el diagnostico fueron consultados tanto hombre y mujeres? | | |
| 3 | ¿El marco Normativo legal relacionado con el proyecto Están las mujeres y hombres contempladas en los objetivos y plan estratégico del Proyecto sin ninguna disgregación alguna? | | |
| 4 | ¿Reflejan los objetivos estratégicos del CRIO la necesidad de atender a la persona sin discriminación o segregación alguna? | | |
| 5 | ¿Se ha tomado en cuenta en el diagnostico tanto los intereses estratégicos de las mujeres como de hombres sin discriminación alguna? | | |
| Análisis de beneficiarios | | | |
| 6 | ¿Se ha identificado como beneficiarios tanto a Hombres como mujeres entre la población beneficiaria del proyecto? | | |
| 7 | ¿El proyecta contempla las necesidades de los usuarios finales sin importar el sexo? | | |
| 8 | ¿Se han identificado los obstáculos y las potencialidades para lograr la participación equitativa de hombres y mujeres en el proyecto? | | |
| TOTAL | | 7 | 1 |

Diseño del proyecto

Esta fase se incorpora y organiza la información generada en la fase de diagnóstico, luego de haber identificado el problema a resolver, se desarrolla la manera de enfrentarse a él, haciendo visible la coherencia entre los objetivos, los resultados, las acciones, los recursos y el tiempo disponible. , objetivos,

La finalidad de esta segunda fase de evaluación será:

VALORAR SI LA PERSPECTIVA DE GÉNERO SE HA INCORPORADO EN LAS PROPUESTAS DE SOLUCIÓN Y SI ESTAS APUNTAN A MEJORAR LAS OCNDICIONES ACTUALES TANTO DE HOMBRES COMO MUJERES

Tabla 90 - Valoración de incorporación de perspectiva de género

| Diseño del Proyecto | | SI | NO |
|---------------------|--|----------|----------|
| 9 | ¿Los objetivos o soluciones responden a los intereses y necesidades de Hombres y mujeres sin ninguna discriminación? | | |
| 10 | ¿Contribuye a facilitar o incrementar el acceso a recursos y beneficios a hombres y mujeres? | | |
| 11 | ¿Se ha determinado la realización de actividades de solución sin disgregación por sexo? | | |
| 12 | ¿Se han establecido mecanismos para asegurar que exista balance de género en el equipo del proyecto? | | |
| 13 | ¿Apuntan a mejorar las condiciones actuales tanto de hombres como mujeres? | | |
| 14 | ¿La redacción del proyecto incluye con lenguaje no sexista? | | |
| 15 | ¿Los indicadores de resultados dan seguimiento de los resultados relativos a la equidad de género? | | |
| TOTAL | | 5 | 2 |

Ejecución del Proyecto

La fase de ejecución implica poner en marcha todas las actividades previstas en el diseño del proyecto, Se evaluara la incorporación de la perspectiva de género en la ejecución de las actividades proyectadas,



La finalidad de esta tercera fase de evaluación será:

VALORAR SI LA PERSPECTIVA DE GÉNERO ESTA, EFECTIVAMENTE, SIENDO INCORPORADA A LAS ACCIONES DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL PROYECTO

Tabla 91 - Valoración de género sobre si se incorpora a la ejecución del proyecto

| Ejecución del Proyecto | | SI | NO |
|------------------------|---|----|----|
| 16 | ¿Permiten los indicadores medir el impacto y los resultados del proyecto tanto en relación a las mujeres como a los hombres? | | |
| 17 | ¿Se dará seguimiento a las oportunidades que propiciara el proyecto tanto para los hombres como para las mujeres? | | |
| 18 | ¿Queda suficientemente claro que la evaluación debe tener en cuenta el impacto del proyecto tanto sobre los hombres como sobre las mujeres? | | |
| 19 | ¿Se han desarrollado indicadores para medir los cambios que se busca producir en las condiciones de género? | | |
| 20 | ¿En el proceso de evaluación están involucradas todas las partes interesadas (hombres y mujeres)? | | |
| TOTAL | | 4 | 1 |

Impacto sobre la población beneficiaria

Al concluir la ejecución de todas las actividades previstas, es importante realizar una evaluación final de proyecto, esta etapa implica evaluar los resultados alcanzados y el impacto generado sobre los grupos beneficiarios (directos e indirectos).



La finalidad de la última fase de evaluación desde la perspectiva de género será:

VALORAR LOS RESULTADOS DEL PROYECTO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO, EVALUAR COMO LA ADOPCIÓN DE ESTE ENFOQUE HA PODIDO INFLUIR A LO LARGO DEL MISMO Y, FINALMENTE, SI LAS ACTUACIONES PROMOVIDAS HAN TENIDO REPERCUSIONES EN MATERIA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES

Tabla 92 - Valoración de resultados del proyecto desde perspectiva de género

| Impacto sobre la población beneficiaria | | SI | NO |
|---|--|----|----|
| 21 | ¿Incluyen los productos del proyecto beneficios tanto para las mujeres como para los hombres? | | |
| 22 | ¿Hombres y mujeres pueden acceder a los recursos que el proyecto ha generado? | | |
| 23 | ¿Se analizaron los efectos/ resultados del proyecto en términos de las diferencias en las necesidades y prioridad de los usuarios sin importar el sexo? | | |
| 24 | ¿Podrán mujer y hombres hacer uso de esos beneficios independientes de sus recursos? | | |
| 25 | ¿Se analizado quién entre la población beneficiaria tendrá acceso y quién tendrá control sobre los recursos que ofrece el proyecto o los beneficios que traerá el mismo? | | |
| TOTAL | | 5 | 0 |

RESULTADOS FINALES DE LA EVALUACIÓN DEL PROYECTO CON ENFOQUE DE GÉNERO

Tabla 93 - Resumen evaluación perspectiva de genero

| EVALUACIÓN TOTAL | |
|---|------------|
| PREGUNTAS CON RESPUESTAS AFIRMATIVAS | 21 |
| PREGUNTAS CON RESPUESTAS NEGATIVAS | 4 |
| TOTAL DE PREGUNTAS | 25 |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | 84% |

El porcentaje de cumplimiento obtenido en el proyecto es de **84%** considerado aceptable; es por ello que nuestro proyecto contempló el enfoque del género de manera satisfactoria; desde la fase de diagnóstico, diseño, implementación y resultados esperados, y no se identificó ninguna desigualdad o diferenciación debido al género al abordar las personas de interés del proyecto en la fase de



diagnóstico y así mismo para el diseño de la solución procurando siempre el beneficio general de la población objetivo del Centro de Rehabilitación Integral de occidente, sin ninguna desigualdad o preferencia por su género.



CAPITULO VIII: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

El plan de implementación es el resultado de planificar todas las actividades para la oportuna realización del proyecto, desde su inicio hasta el fin en los plazos establecidos y a un costo dado para poder alcanzar de mejor manera los objetivos propuestos con la implementación del Modelo.

El desarrollo contemplará 3 etapas que son: Planeación, Organización y Control de la ejecución del proyecto “Modelo de Gestión por Procesos para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente”, en un periodo de 5 meses y medio.

En la fase de implementación se define el objetivo primordial del proyecto, describiendo los diferentes subsistemas que forman parte de este objetivo, descendiendo jerárquicamente hasta llegar al detalle de las actividades a realizar con sus respectivos tiempos de ejecución. Así mismo se elaborará el diagrama de red obteniendo la ruta crítica del proyecto.

La fase de organización, define los diferentes actores que intervienen en la implementación del proyecto, estableciendo la estructura organizativa que será la encargada de llevar a cabo la planificación acorde a las necesidades, se desarrollará también un manual de organización para describir las actividades a realizar.

En el control, el comité de calidad evaluará constantemente la ejecución del proyecto.

8.1 Objetivo.

Desarrollar la implementación del sistema de Gestión por procesos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente en el departamento de Santa Ana, en un periodo de 147 días

8.1.1 Descripción del Objetivo

El propósito del proyecto es la implementación de un Modelo de Gestión por Procesos, aplicado a los procesos claves que se ejecutan en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, el cual se desarrollara en un tiempo de 147 días.

La metodología a seguir es la del desglose analítico en el cual se presentan los subsistemas del proyecto a través de diferentes módulos que deberán desarrollarse para llevar a buen término la implementación del proyecto como tal, permitiendo desarrollar en el periodo especificado y en buenos términos el modelo.

Desglose analítico: A través de esta técnica se define el objetivo general del proyecto, así como los subsistemas necesarios, paquetes de trabajo y estrategias que conducen al logro del objetivo propuesto.

Este se divide con la estructura siguiente:

- *Se define el objetivo del proyecto.*
- *Se establecen los subsistemas que son objetivos específicos a desarrollar.*
- *Se establecen los paquetes de trabajo para cada subsistema.*
- *Se definen las actividades para cada paquete de trabajo.*

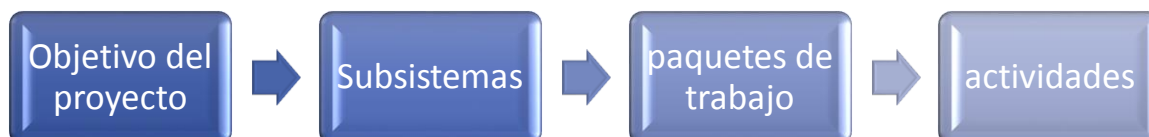


Figura 71 - Desglose analítico

8.2 Estructura del desglose de trabajo

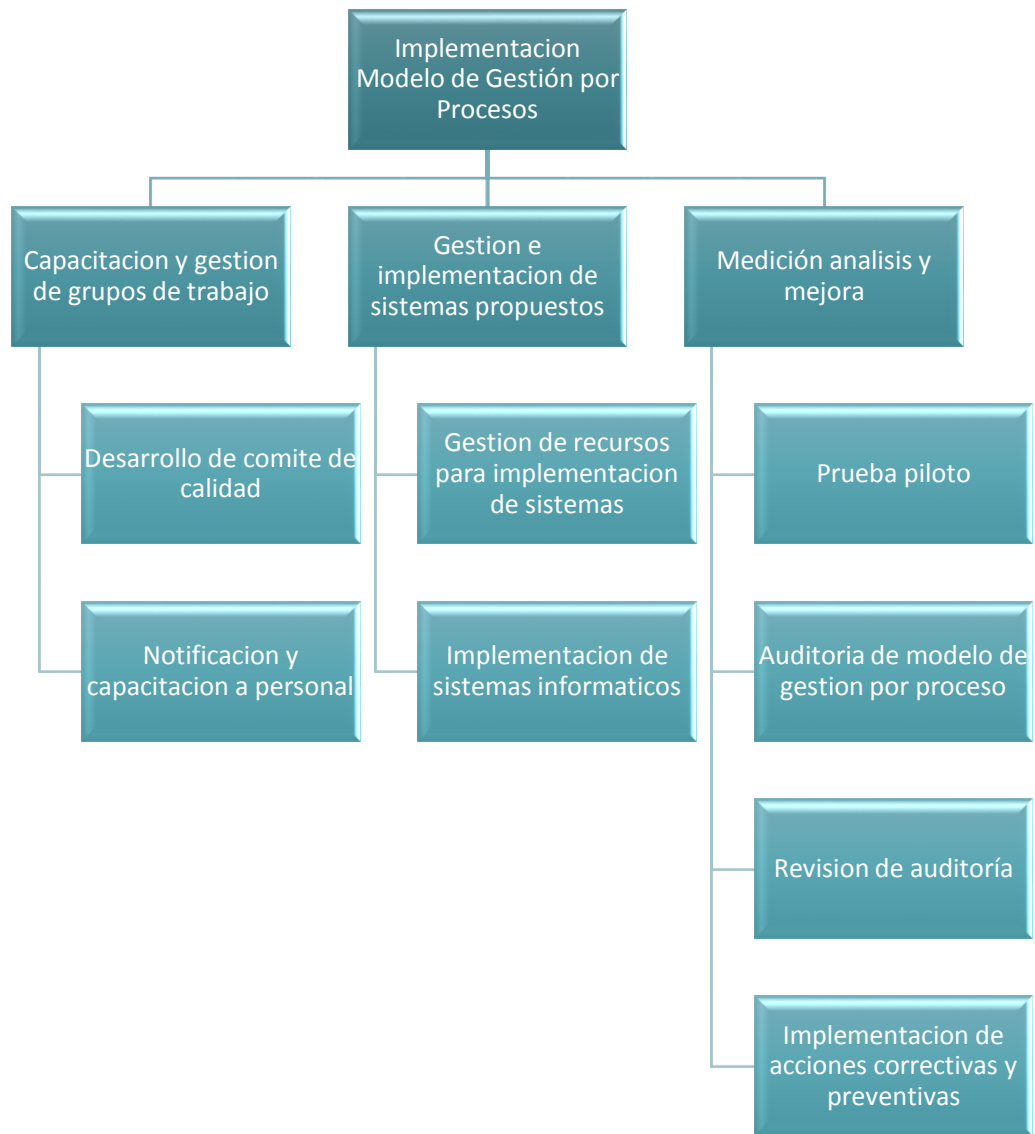


Figura 72 - Estructura del desglose de trabajo

8.3 Descripción de paquetes de trabajo

8.3.1 Subsistema: Capacitación y gestión de grupos de trabajo

El desarrollo de este subsistema es con el objetivo de informar a la gente al respecto de los cambios que se realizarán en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, a su vez crear el comité de calidad que será el encargado de implementar y desarrollar el modelo de gestión por procesos. Se divide con los siguientes paquetes de trabajo:

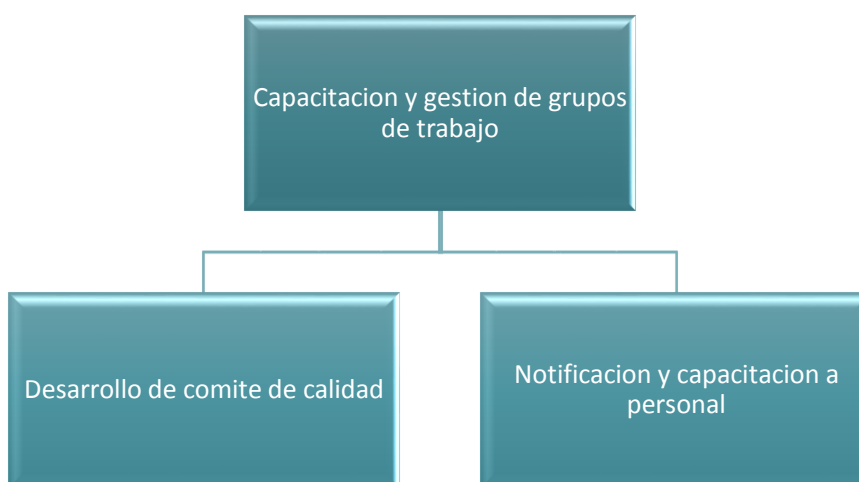


Figura 73 - Subsistema capacitación y gestión de grupos de trabajo

8.3.1.1 Desarrollo de comité de calidad:

La Dirección debe convocar al personal que se escogerá para formar parte del comité de calidad en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, el cual tienen como fin manejar, monitorear y la puesta en marcha del Modelo de Gestión por Procesos propuesto, capacitarlos y empoderarlos con las actividades a realizar.

Actividades del paquete Desarrollo de comité de calidad:

Tabla 94 - Actividades paquete desarrollo de comité de calidad

| Nombre de tarea | Duración |
|--|----------------|
| Identificar miembros de comité de calidad | 1 día |
| convocar a reunión de miembros seleccionados | 7 días |
| delegar funciones a miembros de comité | 2 días |
| firmar acta de conformación de comité de calidad | 1 día |
| Total | 11 días |



8.3.1.2 Notificación y capacitación al personal

Se debe informar al personal acerca de las acciones y medidas que se tomarán para la implementación del Modelo de Gestión por Procesos, hacer participar a los colaboradores de las decisiones que se tomen, valorar sus opiniones. A su vez debe capacitarse al personal que utilizará los diferentes sistemas propuestos en el modelo, técnicamente y haciéndoles ver las mejoras que esto provocará en el proceso de atención.

Actividades de Notificación y Capacitación al personal

Tabla 95 - Actividades notificación y capacitación al personal

| Nombre de tarea | Duración |
|---|----------|
| Notificación de reunión informativa a personal | 1 día |
| Realizar reunión informativa a personal | 10 días |
| Notificación de realización de capacitación | 1 día |
| Elaborar y enviar requisición de material didáctico | 4 días |
| Recepción de material didáctico | 7 días |
| Impartir capacitación al personal | 7 días |
| Total | 30 días |

Dentro de las acciones a tomar para la puesta en marcha de este entregable se establecerán estrategias para informar y lograr concientizar al personal acerca de los beneficios a obtener con el presente proyecto, tomando en cuenta sus opiniones, esto durará un aproximado de 11 días. Se deben efectuar reuniones durante este tiempo dependiendo del alcance que se desea tener o de los distintos grupos de colaboradores que laboran en la organización.

Luego se desarrollarán capacitaciones específicas, sobre las competencias que se deben reforzar o explicar a profundidad a los colaboradores, las cuales se explican su contenido, el día propuesto y el tema a desarrollar.

8.3.1.2.1 Plan de concientización al personal.

Se realizarán sesiones informativas y de concientización al personal en los 10 días que dura la actividad “reunión informativa al personal”, estableciendo puntos a tratar para hacerle ver al personal las



bondades de los cambios a implementar, y así superar el rechazo al cambio que suele encontrarse en este tipo de proyectos.

A continuación se presentan estrategias a implementar en las charlas con el personal, que nos ayudaran a concientizar sobre las mejoras que se proponen:

- 1. Cuando apartas a las personas de su nivel de confort en un proceso, experimenta un sentimiento de pérdida de control, a raíz de esto se debe dejar al personal tomar decisiones al respecto de los cambios a realizar, explicar detalladamente los beneficios del cambio tanto sociales, estructurales y económicos., ayudando a tomar conciencia de la necesidad de adoptar el proyecto.*
- 2. Además de explicar los beneficios, es importante explicar las implicaciones que conlleva al cambio con este proyecto, tanto a nivel organizacional como personal, debemos de ser lo mas honestos y francos con el personal, explicarle tal y como serán las cosas en realidad, evitar cualquier tipo de incertidumbre.*
- 3. Debemos evitar sorpresas en el desarrollo del proyecto, evitando introducir nuevas ideas o modificar aspectos una vez ya explicada al personal, ya que sorpresas no explicadas y no tomadas en cuenta a la hora de la puesta en marcha crearan escepticismo en los miembros del equipo.*
- 4. Se debe procurar ocupar al personal con respecto a sus competencias, a las personas no les gusta sentirse incomodas con el trabajo que realizan, se debe dejar participar activamente en el proceso de cambio a todas las personas involucradas, como por ejemplo definiendo en forma conjunta con el personal sus objetivos personales, cosa que generara en ellos compromiso en el proceso de transición al cambio.*
- 5. Una forma eficaz de adaptar a las personas a cambios, en especial como los que se implementan en este proyecto de tipo tecnológicos, es proporcionarles toda la información necesaria, permitiéndole hacer ensayos antes de que el cambio se lleve a cabo, deben probarse a sí mismos su propia capacidad, creando niveles de confianza.*
- 6. Se debe animar a los miembros del equipo a pensar de forma amplia y divergente, no solo centrarse en su puesto de trabajo sino pensar en forma global, se debe pensar en cómo los cambios que tenga en mi puesto de trabajo afectaran de forma indirecta en la cadena de valor del proceso, minimizando el efecto onda en la organización.*



7. *A veces las personas piensan que con los cambios se recarga de trabajo una unidad en específica, o pensar que tendrá mucha más carga de trabajo, si esto resultase ser cierto es importante darle un reconocimiento público, y si es posible, recompensarlo. Cuando nos vemos obligados a hacer un esfuerzo extra a todos nos gusta que nos premien, aunque sea con un golpe en la espalda, no hay nada peor que esforzarse al máximo.*
8. *Debe de haber mucha comunicación, si hay personas que sabemos pueden resistirse al cambio, que son conflictivas y en su caso tienen resentimientos con la organización, debe de tratarse personalización, hablar con ellas y escucharlas en lo que piensan acerca de los cambios que se realizaran.*

Las estrategias antes mencionadas, deben dar la pauta para el trato al personal, la forma de organizar estas reuniones, y el alcance que se espera tener.

8.3.1.2.2 Capacitaciones propuestas:

Como se menciona anteriormente, se desarrollaran 3 sesiones de capacitación en la semana propuesta, en las cuales se espera cubrir los puntos necesarios para brindar el conocimiento necesario para el manejo de las nuevas tecnologías que se implementaran.

| Capacitación | Contenido | Fecha propuesta |
|---|---|-----------------|
| Utilización de software de automatización | Generalidades de Bonita soft. Utilización por puesto | Lunes |
| Utilización agenda medica | Entorno de software. Utilización de módulos. | Miércoles |
| Utilización de Dashboard | Como alimentar dashboard. Generación de informes. | viernes |

8.3.2 Subsistema: Gestión e implementación de programas propuestos:

Gestionar la puesta en marcha y la capacitación del personal en los diferentes sistemas que se diseñaron, buscando satisfacer las necesidades de estos con los mínimos recursos disponibles.

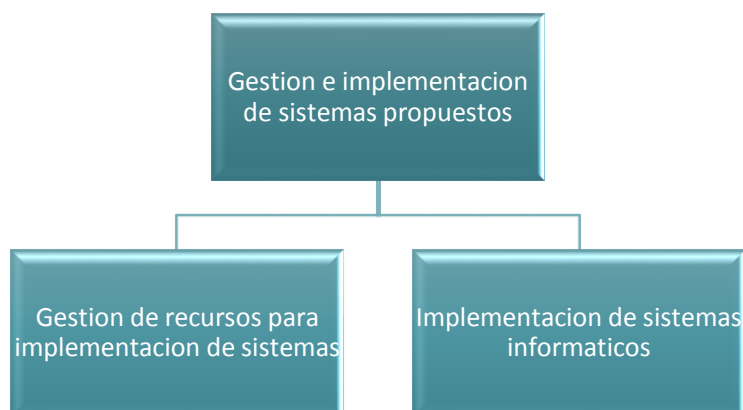


Figura 74 - Subsistema Gestión e implementación de programas propuestos

8.3.2.1 Gestión de recursos para implementación de sistemas

Gestionar los fondos para la realización de los cambios tecnológicos realizados en el CRIO, como compra de mobiliario y equipo para la utilización interna, y todo lo necesario para el funcionamiento del modelo de gestión por procesos.

Actividades de Gestión de recursos para implementación de sistemas

Tabla 96 - Actividades de Gestión de recursos para implementación de sistemas

| Nombre de tarea | Duración |
|--|----------------|
| Elaborar requisición y enviar para su aprobación | 1 día |
| Adquisición de equipo | 10 días |
| Recibir equipo y material | 1 día |
| Entrega de equipo y materiales a colaboradores | 1 día |
| Total | 13 días |

8.3.2.2 Implementación de sistemas informáticos

Implementar el software propuestos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente luego de su adquisición, a su vez convocar a capacitación a todos los usuarios involucrados en los cambios que se realizaran, instruyendo en la forma de uso, las responsabilidades de cada colaborador y todo lo que va mejorar con la utilización de estas nuevas herramientas.

Actividades de implementación de sistemas informáticos

Tabla 97 - actividades implementación de sistemas informáticos

| Nombre de tarea | Duración |
|---|----------------|
| Instalación de diferentes sistemas propuestos en equipo | 7 días |
| convocar a capacitación especializada a usuarios | 7 días |
| Elaborar y enviar requisición de material didáctico | 5 días |
| Recepción de material didáctico | 5 días |
| Impartir capacitación al personal | 7 días |
| Total | 31 días |

8.3.3 Subsistema: Medición, análisis y mejora:

Primero se desarrolla una prueba piloto del modelo, identificando como se ejecuta el funcionamiento en general, posteriormente realizar una auditoria interna para verificar este funcionamiento identificando oportunidades de mejora. La mejora por medio del modelo de gestión por procesos pretende reducir el número de no conformidades detectadas en los servicios, lo que ocasiona insatisfacción en los usuarios.

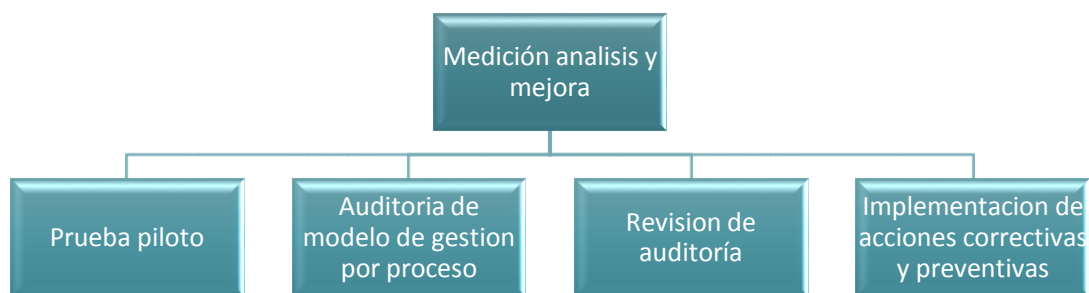


Figura 75- Subsistema medición, análisis y mejora

8.3.3.1 Prueba piloto

Consiste en realizar una prueba piloto del Modelo de Gestión por Procesos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, en esta prueba se trabajara en base a las capacitaciones recibidas,



y todos los documentos elaborados (manuales, guías, etc.), poniendo en práctica los procesos y procedimientos que abarca el modelo.

Actividades de prueba piloto

Tabla 98 - Actividades de prueba piloto

| Nombre de tarea | Duración |
|--|----------|
| Desarrollo de prueba piloto en el CRIO | 20 días |
| Total | 20 días |

8.3.3.2 Auditoría de modelo de gestión por procesos

Se lleva a cabo esta actividad una vez el modelo se ha implementado, desarrollando checklist que permiten identificar las no conformidades encontradas en el desarrollo de este.

Actividades de auditoría de modelo de gestión por proceso

Tabla 99 - Actividades auditoría de modelo de gestión por procesos

| Nombre de tarea | Duración |
|---|----------|
| Planificación de auditoría | 3 días |
| Determinar alcance y objetivos de auditoría | 2 días |
| Preparar lista de verificación de auditoría | 2 días |
| Realizar auditoría | 10 días |
| Preparación y elaboración de informe de auditoría de calidad | 7 días |
| Presentar informe de resultados de auditoría a Dirección ISRI | 2 días |
| Total | 26 días |

8.3.3.3 Revisión por la Dirección

Consiste en realizar una revisión de la auditoría realizada por parte de la Dirección, mandos altos y el comité de calidad del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, con el objeto de verificar el grado de implementación del modelo.



Actividades de Revisión por la dirección

Tabla 100 - Actividades de revisión por la dirección

| Nombre de tarea | Duración |
|---|----------|
| Revisión de resultados de auditoria con comité de calidad y jefaturas | 5 días |
| Total | 5 días |

8.3.3.4 Implementación de acciones correctivas y preventivas

En esta actividad se evaluarán las no conformidades encontradas y problemas en la implementación del modelo, orientando a la ejecución de medidas que logren corregir o prevenir estas, por medio del comité de calidad quien desarrollara cada una de las propuestas.

Actividades de Implementación de acciones correctivas y preventivas

Tabla 101 - Actividades de implementación de acciones correctivas y preventivas

| Nombre de tarea | Duración |
|---|----------|
| Reunión de comité de calidad para implementar medidas correctivas y preventivas | 5 días |
| Ejecutar acciones correctivas y preventivas | 15 días |
| Evaluar efectividad de acciones a tomar | 2 días |
| Total | 22 días |

8.4 Estrategias para implementación del Modelo de Gestión por Procesos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente

La implementación del Modelo de Gestión por Procesos en el CRIO, supone trabajar en equipo entre los diferentes colaboradores en las diferentes áreas, con el fin de proporcionar un servicio de mayor calidad con los requerimientos mínimos que exigen los usuarios.

Para poder gestionar de manera más eficaz el proyecto es necesario plantear algunas estrategias para lograr este fin. A continuación se muestran algunas de estas:

- *Incluir a todo el personal en general que labora en la institución, con el fin de hacerlos participe para conocer las ventajas y problemas que puedan surgir en el camino, para luego trabajar en equipo para superarlos.*
- *Compromiso por parte de la Dirección del CRIO y de los altos mandos del ISRI en proporcionar los recursos necesarios para lograr la implementación satisfactoriamente.*
- *Compromiso de la Dirección del CRIO, liderando el proyecto.*
- *Retroalimentar al personal acerca de la Misión, Visión y valores, así como de los objetivos que se quieren lograr conseguir con la implementación de este Modelo de Gestión por Procesos.*
- *Crear una cultura de mejora continua en la organización, con el fin de ir mejorando cada vez más la calidad mediante las herramientas que se brindan en el Modelo de Gestión por Procesos.*
- *Motivar a todo el personal en el cual estará involucrado en todos los cambios a implementar.*
- *Definir una estructura organizativa a fin a los cambios a realizar, para poder lograr una implementación óptima del Modelo.*
- *Desarrollar un cronograma acorde a las actividades a realizar para la implementación del modelo.*
- *Realizar indicadores para medir el cumplimiento programado del plan de implementación.*
- *Verificar que el recurso utilizado sea acorde a las especificaciones y necesidades.*
- *Utilizar los manuales de procesos, en el cual se establecen la forma en la que se desarrollan cada una de las actividades a realizar, quien los ejecuta y formatos a utilizar.*
- *Antes de la puesta en marcha, deberá verificarse la correcta instalación y funcionamiento de los sistemas propuestos.*

8.5 Duración del proyecto

La duración del proyecto en la etapa de implementación, es el tiempo estimado que se llevara a cabo la implementación del Modelo de Gestión por Procesos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.

Luego de haber descrito cada uno de los paquetes de trabajo que conforman el desglose analítico se enumeran también las actividades más importantes y el tiempo que toma llevar a cabo cada una de ellas, definiendo también la secuencia y relación que tienen cada una para la efectiva implementación. A continuación se enumeran estas actividades:

Tabla 102 - Duración del proyecto

| Nombre de tarea | Duración |
|---|----------|
| Capacitación y gestión de grupos de trabajo | |
| Identificar miembros de comité de calidad | 1 día |
| convocar a reunión de miembros seleccionados | 7 días |
| delegar funciones a miembros de comité | 2 días |
| firmar acta de conformación de comité de calidad | 1 día |
| Notificación de reunión informativa a personal | 1 día |
| Realizar reunión informativa a personal | 10 días |
| Notificación de realización de capacitación | 1 día |
| Elaborar y enviar requisición de material didáctico | 4 días |
| Recepción de material didáctico | 7 días |
| Impartir capacitación al personal | 7 días |
| Gestión e implementación de sistemas propuestos | |
| Elaborar requisición y enviar para su aprobación | 1 día |
| Adquisición de equipo | 10 días |
| Recibir equipo y material | 1 día |
| Entrega de equipo y materiales a colaboradores | 1 día |
| Instalación de diferentes sistemas propuestos en equipo | 7 días |
| convocar a capacitación especializada a usuarios | 7 días |
| Elaborar y enviar requisición de material didáctico | 5 días |
| Recepción de material didáctico | 5 días |
| Impartir capacitación al personal | 7 días |
| Medición análisis y mejora | |
| Desarrollo de prueba piloto en el CRIO | 20 días |
| Planificación de auditoria | 3 días |
| Determinar alcance y objetivos de auditoria | 2 días |
| preparar lista de verificación de auditoria | 2 días |



| | |
|---|---------|
| realizar auditoria | 10 días |
| Preparación y elaboración de informe de auditoría de calidad | 7 días |
| Presentar informe de resultados de auditoria a Dirección ISRI | 2 días |
| Revisión de resultados de auditoria con comité de calidad y jefaturas | 5 días |
| Reunión de comité de calidad para implementar medidas correctivas y preventivas | 5 días |
| Ejecutar acciones correctivas y preventivas | 15 días |
| Evaluar efectividad de acciones a tomar | 2 días |
| fin de proyecto | 0 días |

A continuación se presenta una tabla de relación de las actividades, la cual sirve para tener una mayor visualización de las actividades que conforman la implementación del Modelo de Gestión por Procesos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.

Tabla 103 - Relación de actividades

| COD | Nombre | Duración | DEPENDENCIA |
|-----|---|----------|-------------|
| | Capacitación y gestión de grupos de trabajo | 41 días | |
| A | Identificar miembros de comité de calidad | 1 día | - |
| B | convocar a reunión de miembros seleccionados | 7 días | A |
| C | delegar funciones a miembros de comité | 2 días | B |
| D | firmar acta de conformación de comité de calidad | 1 día | C |
| E | Notificación de reunión informativa a personal | 1 día | - |
| F | Realizar reunión informativa a personal | 10 días | E |
| G | Notificación de realización de capacitación | 1 día | F |
| H | Elaborar y enviar requisición de material didáctico | 4 días | G |
| I | Recepción de material didáctico | 7 días | H |
| J | Impartir capacitación al personal | 7 días | I |
| | Gestión e implementación de sistemas propuestos | | |
| K | Elaborar requisición y enviar para su aprobación | 1 día | J,D |
| L | Adquisición de equipo | 10 días | K |
| M | Recibir equipo y material | 1 día | L |
| N | Entrega de equipo y materiales a colaboradores | 1 día | M |
| O | Instalación de diferentes sistemas propuestos en equipo | 7 días | N |
| P | convocar a capacitación especializada a usuarios | 7 días | O |
| Q | Elaborar y enviar requisición de material didáctico | 5 días | P |
| R | Recepción de material didáctico | 5 días | Q |
| S | Impartir capacitación al personal | 7 días | R |
| | Medición análisis y mejora | | |
| T | Desarrollo de prueba piloto en el CRIO | 20 días | J,S |



Modelo de Gestión por Procesos Para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)

| | | | |
|-----------|---|---------|----|
| U | Planificación de auditoria | 3 días | T |
| V | Determinar alcance y objetivos de auditoria | 2 días | U |
| W | preparar lista de verificación de auditoria | 2 días | V |
| X | realizar auditoria | 10 días | W |
| Y | Preparación y elaboración de informe de auditoría de calidad | 7 días | X |
| Z | Presentar informe de resultados de auditoria a Dirección ISRI | 2 días | Y |
| AA | Revisión de resultados de auditoria con comité de calidad y jefaturas | 5 días | Z |
| AB | Reunión de comité de calidad para implementar medidas correctivas y preventivas | 5 días | AA |
| AC | Ejecutar acciones correctivas y preventivas | 15 días | AB |
| AD | Evaluar efectividad de acciones a tomar | 2 días | AC |
| AE | fin de proyecto | 0 días | AD |



8.5.1 Diagrama CPM-PERT

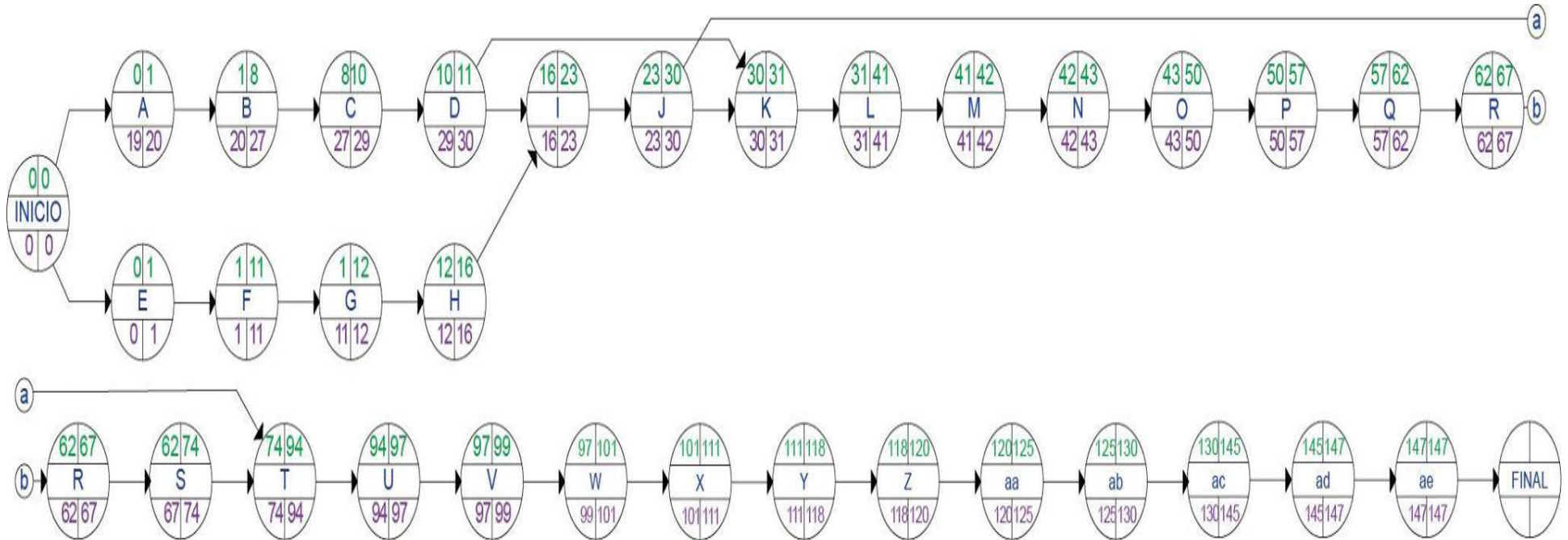


Figura 76 - CPM-PERT

Ruta crítica: e-f-g-h-i-j-k-l-m-n-o-p-q-r-s-t-u-v-w-x-y-z-aa-ab-ac-ad-ae

Duración: 147 días



8.5.2 Diagrama de Gantt

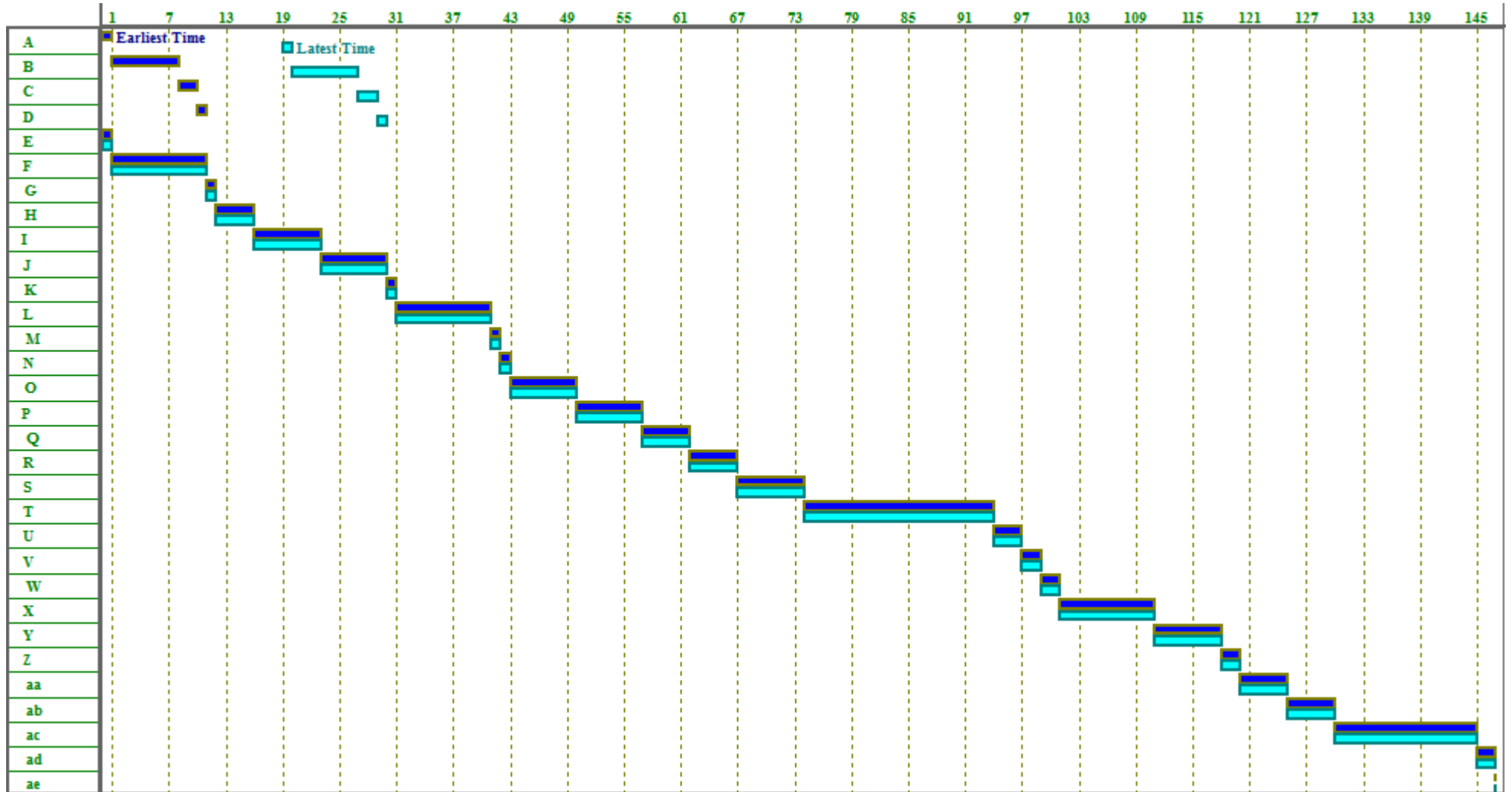


Figura 77 - Diagrama de Gantt

8.6 Estructura Organizativa propuesta para la Implementación del Modelo de Gestión por Procesos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.

8.6.1 Tipo de Organización:

Para poder determinar qué tipo de organización será la utilizada en la administración de implementación del Modelo de Gestión por Procesos, se ha tomado a bien utilizar la técnica de evaluación por puntos, de la siguiente manera:

Se evaluará con respecto a los siguientes criterios:

1. **Tecnología:** se refiere los instrumentos y procedimientos necesarios para la realización del proyecto; si se encuentran al alcance tanto físico como económico.
2. **Complejidad:** está enmarcada en el grado de dificultad que el proyecto presenta es decir, que tan difícil es llevarlo a cabo con los recursos disponibles.
3. **Duración:** se refiere al tiempo con que se requiere antes de entregar el proyecto finalizado.
4. **Dimensión:** se refiere al tamaño del proyecto, los recursos en general necesarios para realizarlo.
5. **Cliente:** Se refiere tanto a clientes internos como externos, que son los usuarios.
6. **Interdependencia:** son las relaciones del proyecto estableciéndose como las interrelaciones de cada subsistema con el objetivo general.
7. **Carácter crítico de los recursos:** es la forma en que son dispuestos los recursos.

Mediante la evaluación por puntos se establecerá las características de la organización de acuerdo a cada criterio planteado; la puntuación, de acuerdo a las necesidades de la implantación del modelo, para la ponderación de los criterios será:

| PUNTUACIÓN | |
|------------|------|
| Bajo | 1-3 |
| Medio | 4-6 |
| Alto | 7-10 |

Figura 78 - puntuación para selección de estructura propuesta

- Criterios de calificación:

- **Bajo:** si el tipo de organización tiene un nivel poco adaptable al tipo de administración necesaria en la implantación.
 - **Medio:** si el tipo de organización no influye si se adapta o no al tipo de administración necesaria en la implantación.
 - **Alto:** si el tipo de organización se adecua al tipo de administración necesaria en la implantación.
- *Tipos de Organización propuestas:*
 - **Matricial:** Es la organización donde el administrador de proyectos comparte funciones y compromisos con otros administradores para la asignación de obligaciones y prioridades.
 - **Funcional:** La organización funcional determina la existencia de diversos supervisores, cada cual especializado en determinadas áreas. Esto determina que la organización funcional no cumple con el principio de unidad de mando.
 - **Exclusiva:** permite desarrollarse al gerente del proyecto, para que pueda desenvolverse libremente y poder tomar sus propias decisiones.

Tabla 104 – Criterios de selección de estructura organizativa

| No. | Criterios | Funcional | Matricial | Exclusiva |
|--------------|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| 1 | Tecnología | 5 | 5 | 5 |
| 2 | Complejidad | 3 | 7 | 7 |
| 3 | Duración | 4 | 7 | 9 |
| 4 | Dimensión | 4 | 7 | 5 |
| 5 | Cliente | 2 | 7 | 8 |
| 6 | Interdependencia | 3 | 6 | 9 |
| 7 | Carácter crítico de los recursos | 5 | 7 | 9 |
| Total | | 26 | 46 | 52 |



De acuerdo a la priorización de criterios, la organización que más se adapta de acuerdo a las necesidades de implantación del Modelo de Gestión por Procesos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente es la Exclusiva del proyecto, dicha organización será temporal y culminara sus funciones cuando el modelo esté listo para utilizarse.



8.7 *Manual de Organización del Proyecto*

MANUAL DE ORGANIZACIÓN



8.7.1 *Introducción*

El presente manual es elaborado con el fin que sirva como una guía para desarrollar las actividades que se realicen en cada una de los entregables que conforman este proyecto llamado “Modelo de Gestión por procesos para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente”

Tiene como objetivo, mostrar la manera en que se encuentra estructurada la administración del proyecto para la puesta en marcha de la aplicación del Modelo de Gestión por Procesos, en el cual se definen las funciones de cada uno de los miembros de la estructura organizativa.



8.7.2 *Objetivos*

Objetivo General:

Elaborar una herramienta básica que contribuya a la asignación y desarrollo correcto de las actividades del proyecto por medio del establecimiento de las tareas de cada puesto de trabajo en la implementación.

Objetivos específicos:

- *Definir de una forma clara los requerimientos de cada uno de los puestos en la implementación.*
- *Proporcionar una guía efectiva que oriente a cada empleado sobre los objetivos del puesto de trabajo que ocupara en esta organización para el proyecto.*
- *Crear un instrumento que proporcione una ayuda para el control de los puestos que se encuentran en la organización del proyecto, para poder supervisarlos más de cerca.*

8.7.3 Estructura organizativa del proyecto

A continuación se define la estructura diseñada para llevar a cabo la implementación del modelo de Gestión por Procesos, la cual está conformada por tres puestos con diferentes funciones. A continuación se muestra el organigrama propuesto:

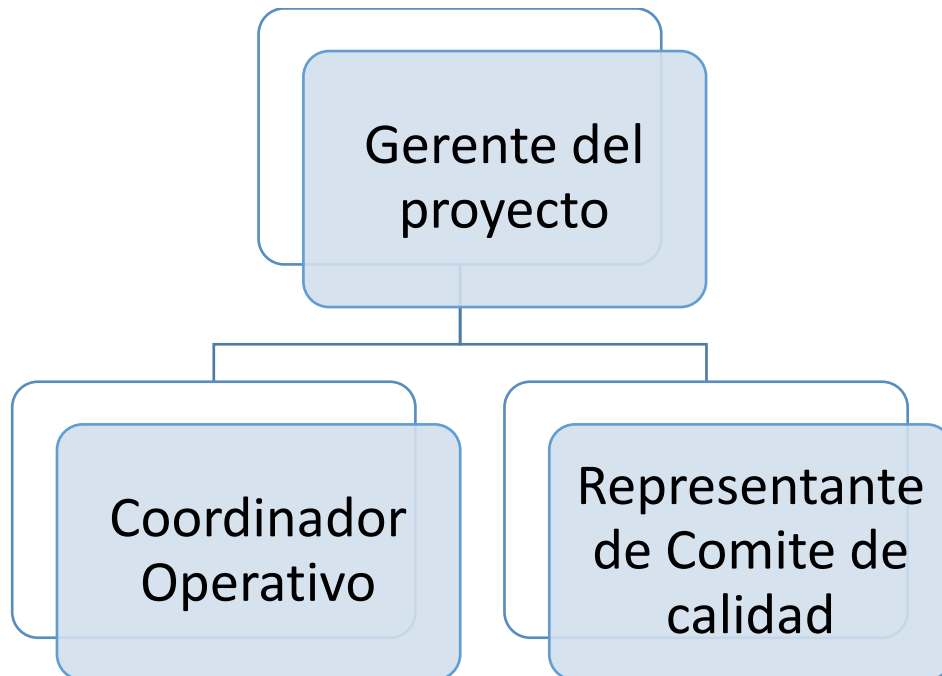


Figura 79 - Esquema estructura organizativa

A continuación se describe a detalle las funciones de cada uno:

Gerente del proyecto: esta persona es la que velará por que se cumplan los plazos propuestos para la implementación del Modelo de Gestión por Procesos, por ende es el de mayor jerarquía en la organización, teniendo la mayor parte de obligación en desarrollar la planificación, coordinar, dirigir y evaluar las mismas.

Coordinador Operativo: Es el responsable de coordinar, ejecutar, dirigir y supervisar todas las actividades relativas a aspectos técnicos. Sobre él recaerá la mayoría de actividades que tengan que ver con la parte de recursos tecnológicos necesarios para la implementación, la adquisición de estos y el funcionamiento en general, así como de la prueba piloto.



Representante del comité de calidad: Es el encargado de verificar que se cumplan la mayoría de plazos especificados, de la forma correcta y con la calidad esperada, auditando constantemente cada uno de los paquetes de trabajo.

| | | |
|---|---------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE DE LA UNIDAD: | Gerente del Proyecto | |
| DEPENDENCIA JERARQUICA | Dirección CRIO | |
| UNIDADES SUBORDINADAS | Todas las unidades | |
| OBJETIVO: | | |
| Dar seguimiento a cada uno de los paquetes para lograr cumplir los objetivos de las tareas establecidos. Además coordina, dirige, ejecuta y controla actividades administrativas del proyecto. | | |
| PERFIL: | | |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Carrera: Graduado de Lic. En Administración de empresas o Ingeniería Industrial.</i>• <i>Experiencia previa en administración de proyectos (no indispensable).</i>• <i>Liderazgo e iniciativa para la toma de decisiones.</i>• <i>Conocimiento de manejo de paquetes de office (Excel avanzado), Bonita Soft.</i>• <i>Sexo: indiferente.</i>• <i>Buenas relaciones interpersonales.</i> | | |
| FUNCIONES: | | |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Reproducir y entregar los informes al Gerente.</i>• <i>Dirigir el avance en la implementación.</i>• <i>Seleccionar personal a contratar (si es necesario).</i>• <i>Planificar y coordinar la instalación de maquinaria, equipo y mobiliario.</i> | | |
| Fecha de Elaboración: julio de 2014 | Fecha de Revisión: | Fecha de aprobación: |
| Elaborado por: | Revisado por: | Aprobado por: |



| | | |
|--|---------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE DE LA UNIDAD: | Coordinador Operativo. | |
| DEPENDENCIA JERARQUICA | Gerente de Proyecto. | |
| UNIDADES SUBORDINADAS | Ninguna | |
| OBJETIVO: | | |
| Es el responsable de coordinar, ejecutar, dirigir y supervisar todas las actividades relativas a la implementación de software como parte del modelo. Sobre este recaerá la responsabilidad de la mayoría de las actividades que se encuentran en el plan de implementación incluyendo la instalación y adecuación de los insumos informáticos. | | |
| PERFIL: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Trabajar en la organización.</i> • <i>Experiencia previa en administración de proyectos (no indispensable).</i> • <i>Liderazgo e iniciativa para la toma de decisiones.</i> • <i>Conocimiento avanzado de paquetes de Office, bonita soft, mantenimiento e instalación de computadoras y redes.</i> • <i>Sexo: Indiferente.</i> | | |
| FUNCIONES: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Planificar, organizar y administrar todas las actividades del plan de implementación.</i> • <i>Elaborar la programación y llevar controles financieros.</i> • <i>Distribuir recursos a los paquetes de trabajo según requerimiento.</i> • <i>Verificar que al finalizar todo funcione, y que sistemas se encuentren corriendo según requerimientos.</i> • <i>Tomar las decisiones y responsabilidad en cuanto a cambios relevantes en el proyecto, los cuales pueden surgir en el camino.</i> • <i>Realizar compras de los insumos necesarios para la implementación, según requerimientos.</i> • <i>Elaborar informes de avance sobre la implementación mensualmente, y cada vez que haya un cambio significativo.</i> | | |
| Fecha de Elaboración: julio de 2014 | Fecha de Revisión: | Fecha de aprobación: |
| Elaborado por: | Revisado por: | Aprobado por: |



| | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE DE LA UNIDAD: | Representante de comité de calidad | |
| DEPENDENCIA JERARQUICA | Gerente del proyecto | |
| UNIDADES SUBORDINADAS | Ninguna | |
| OBJETIVO: | | |
| Dar seguimiento del proyecto, brindando información oportuna al comité de calidad, quien verificara como parte interna el avance de la implementación, a su vez será encargado de la implementación de todas las actividades que no conlleven uso de tecnología. | | |
| PERFIL: | | |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Que trabaje en la organización y pertenezca al comité de calidad.</i>• <i>Liderazgo e iniciativa para la toma de decisiones.</i>• <i>Sexo: indiferente.</i>• <i>Conocimientos básicos de Microsoft office.</i>• <i>Buenas relaciones interpersonales.</i> | | |
| FUNCIONES: | | |
| <ul style="list-style-type: none">• <i>Reproducir y entregar informes al Gerente de proyecto.</i>• <i>Trabajar conjuntamente con coordinador operativo.</i>• <i>Planificar y coordinar la implementación de tareas encomendadas.</i>• <i>Presentar informes de avance al gerente del proyecto.</i> | | |
| Fecha de Elaboración: julio de 2014 | Fecha de Revisión: | Fecha de aprobación: |
| Elaborado por: | Revisado por: | Aprobado por: |

CAPITULO IX: RESULTADOS ESPERADOS DE LA IMPLEMENTACION DEL MODELO

9.1 Identificación y Levantamiento de Procesos

Una de las brechas que se encontraron en la etapa de diagnóstico mediante la evaluación con la carta iberoamericana de la calidad en la gestión pública en el apartado 45b, refiere a que el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente no cuenta con una estructura de procesos que facilite la prestación del servicio; para solventar esta brecha se identificaron a partir de la Ley Orgánica del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, el objetivo misional de la institución, estableciendo los macro procesos y clasificándolos en misionales, estratégicos y de apoyo, quedando esto registrado mediante el MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE.

Las ventajas de tener un manual de procesos son las siguientes:

- a. Auxilian en el adiestramiento y capacitación del personal.*
- b. Auxilian en la inducción al puesto.*
- c. Describen en forma detallada las actividades de cada puesto.*
- d. Facilitan la interacción de las distintas áreas de la empresa.*
- e. Indican las interrelaciones con otras áreas de trabajo.*
- f. Permiten que el personal operativo conozca los diversos pasos que se siguen para el desarrollo de las actividades de rutina.*
- g. Permiten una adecuada coordinación de actividades a través de un flujo eficiente de la información.*
- h. Proporcionan la descripción de cada una de sus funciones al personal.*
- i. Proporcionan una visión integral de la empresa al personal.*
- j. Se establecen como referencia documental para precisar las fallas, omisiones y desempeños de los empleados involucrados en un determinado procedimiento.*
- k. Son guías del trabajo a ejecutar.*

Cambios a obtener:

Tabla 105 - Cambios a obtener

| N° de Procesos Documentados. | Actual | Propuesto |
|------------------------------|--------|-----------|
| | 0 | 54 |

9.2 Diseño de la Gestión de la Agenda Médica

La Gestión de la Agenda Médica contribuirá en los siguientes aspectos:

Mejor control de los cupos de la agenda médica.

Al tener un control más eficiente de los cupos de la agenda médica se podrá reducir los tiempos de espera de los usuarios en la programación de su cita, reduciendo de manera paulatina los porcentajes de insatisfacción de los usuarios obtenidos en la encuesta de satisfacción al cliente externo en los cuales el 40% de los usuarios encuestados calificó como inaceptable el tiempo de espera así como se determinó que el 66% de los usuarios recibió su cita con el especialista con un periodo posterior de tres meses de espera.

Disminución de la inactividad del personal Médico

Según el muestreo del trabajo realizado al personal médico se determinó un porcentaje de inactividad por ausencia del usuario del personal médico de 33.33%, así mismo en la encuesta realizada al usuario el 7% de los usuarios afirma que una de las principales causas de inasistencia fue por olvido y un factor en esto; son los largos periodos de espera de los usuarios, es por eso que una gestión eficiente del proceso de programación de cita y el control de los estándares del tiempo de espera, impactará en este porcentaje de inactividad obteniendo un mejor aprovechamiento del personal médico.

Disminución de los usuarios atendidos fuera del tiempo estándar del centro según su prioridad.

Del análisis de la agenda médica, se identificó que la probabilidad de que un usuario de cualquier prioridad sea atendido fuera del estándar del centro es de 35%, al obtener un mejor control de los cupos disponibles de la agenda médica, reducir la inactividad de los médicos por la ausencia de usuario, y llevar un control de los indicadores de la gestión que permita la mejora continua del proceso, se aumentará el nivel de cumplimiento de los estándares de tiempo requeridos.

Obtención de informes y reportes de forma inmediata

Los procesos se podrán controlar más eficientemente con el diseño de los de indicadores de la gestión de la agenda médica y podrán ser monitoreados de manera inmediata a través del software de apoyo y control lo que será una herramienta indispensable en la mejora continua y el cumplimiento de los estándares del centro al tomar medidas inmediatas a la situación real y medir el impacto en su aplicación.

Mejor Gestión.

Procesos más eficientes

Tomando en cuenta que no existían en la institución procesos documentados que sirvan como una guía y presenten de una manera ordenada y estandarizado los pasos que se realizan y se ejecutan en el centro, se diseñaron para la gestión de la agenda medica los procesos para la programación y control igual que la creación de los procesos para la evaluación de la percepción del cliente externo y mejora continua lo que permitirá el análisis y la optimización del mismo.

Tabla 106 - procesos documentados para apoyo a agenda medica

| N° de Proceso documentados para apoyo de la Agenda Medica. | Actual | Propuesto |
|--|--------|-----------|
| | 0 | 4 |

Indicadores

Para medir y controlar la calidad del proceso, se diseñaron indicadores con los cuales se podrán medir del proceso de programación de agenda médica:

Tabla 107 - Indicadores diseñados

| N° de Indicadores diseñados | Actual | Propuesto |
|-----------------------------|--------|-----------|
| | 0 | 5 |

Con la implementación de los Mecanismos diseñados para la programación y control de la agenda Médica se espera reducir inicialmente un 10% en los indicadores de insatisfacción del usuario, con respecto a los tiempos de espera para consulta especialista, así también disminuir en un 10% los usuarios con citas especialistas mayor de 3 meses, la inactividad de los médicos y la disminución del porcentaje de usuarios atendidos fuera del estándar por prioridad.

9.3 Diseño de Mecanismos para la Evaluación del Cliente Interno y Externo

Mediante la evaluación 2013 de la carta iberoamericana de la calidad en la gestión pública realiza en el CRIO, se identifica la brecha en la cual se establece que el Centro carece de un mecanismo, proceso o instrumento mediante el cual pueda identificar los requerimientos, necesidades y expectativas de los destinatarios del servicio o grupos de interés.

Es por ello que se diseña un mecanismo de recolección de información o evaluación tanto para el usuario interno que son los empleados o servidores del CRIO, como de los usuarios externos que son todas aquellas personas que hacen uso del servicio. Esto con el fin de poder determinar un nivel de satisfacción del servicio que se presta.

Mediante el diseño de estos instrumentos, que consiste en el diseño de una encuesta, y un buzón de sugerencias se espera obtener datos veraces y actualizados con respecto a quejas, sugerencias y el sentir de los usuarios que reciben un determinado servicio o que participan en él, con el fin de alcanzar un nivel de calidad que satisfaga las necesidades de todas las partes involucradas.

Con la implantación de encuestas periódicamente, se evaluará en qué medida se cumplen los lineamientos de servicio especificados, dando pautas para evaluarlos y plantear mejoras con respecto a evidencias veraces, y de esa manera reducir la brecha del 95% de usuarios que aseguran no se evalúa mediante esta forma sus inquietudes.

Con la implementación del buzón de sugerencias, se espera asegurarse que un 100% de los usuarios conozca y tenga la oportunidad de hacer saber su opinión o, brindar sugerencias y de qué forma hacerlo. Esta información es muy importante para la toma de decisiones, tanto con el personal como con los

usuarios del CRIO, manteniendo un clima organizacional adecuado para brindar la calidad que el usuario espera, y conociendo las necesidades de estos para mejorar los procesos y procedimientos existentes.

Cambios a obtener

Tabla 108 - Mecanismos para la evaluación al cliente diseñados

| N° Mecanismos para la evaluación del cliente | Actual | Propuesto |
|---|--------|-----------|
| | 0 | 3 |

9.4 Mejora y Estandarización de procesos mediante la Automatización

La automatización de los procesos consiste en una metodología de homologar los diferentes procesos del Centro, y gestionarlos mediante una aplicación informática de BPM (business Process Management), esto permitirá lo siguiente:

Establecimiento del flujo de trabajo

La automatización permitirá garantizar que el flujo del trabajo o de los diferentes procesos se cumpla.

Definición de los objetivos y aporte de los procesos

Mediante la automatización cada uno de los responsables del proceso, tendrá definida cada uno de sus actos y su participación en los procesos, evitando sobrecargas de trabajo, o mala asignación del trabajo.

Control y Monitoreo

Automatizando los procesos, se podrá monitorear y controlar la productividad, eficiencia, solicitud, rotación de los procesos y procedimientos efectuados, así también analizar las demandas de los diferentes servicios, y una gestión eficiente de los recursos asignados a los procesos.

Resultados Obtenidos

Tabla 109 - Numero de procesos automatizados

| N° de Procesos Automatizados | Actual | Propuesto |
|------------------------------|--------|-----------|
| | 0 | 9 |

Con la automatización de los procesos se espera eliminar el 5.35%, de inactividad del personal por ausentismo debido al manejo de información en el lugar de trabajo obtenido del muestreo realizado, así como también una reducción del 10% del tiempo que el personal ocupa en la elaboración de informes (25.93%) obteniendo una mejora global en la eficiencia del procesos de ingreso de un 10%, impactando mayormente en la disminución del tiempo de espera del usuario para su atención.

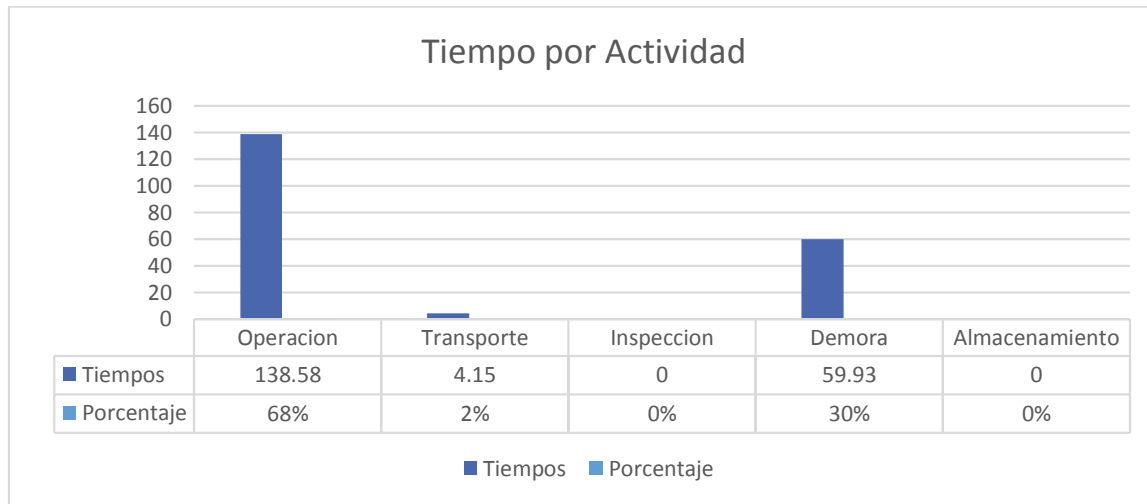
Con la automatización de los procesos se espera eliminar el 5.35%, de inactividad del personal por ausentismo debido al manejo de información en el lugar de trabajo obtenido del muestreo realizado, así como también una reducción del 10% del tiempo que el personal ocupa en la elaboración de informes (25.93%) obteniendo una mejora global en la eficiencia del procesos de atención de un 10%, logrando incrementarla al 78% impactando mayormente en la disminución del tiempo de espera del usuario para su atención, este resultado se detalla de la siguiente manera

El proceso de atención consta de un tiempo total aprox de 202.70 minutos corridos, cabe destacar que el proceso no es de tipo lineal por lo cual el usuario tiene que recurrir hasta 3 veces para poner completarlo.

Tramo 1: Contacto Inicial – Programar cita médico especialista

Tramo 2: Realizar evaluación médico especialista – Programar cita para evaluación en terapia.

Tramo 3: Realizar evaluación inicial en terapia.



Como se muestra en el grafico anterior se observa que la eficiencia del proceso es del 68%, esto refleja que el usuario solamente es atendido 138.58 minutos de manera operativa y eficiente, el resto 59.93 minutos, este lo emplea esperando a que sea atendido en las diferentes áreas de consulta, siendo este el 30% del tiempo total, y el 2% lo emplea trasladándose entre las diferentes áreas.

La automatización impactara principalmente en los tiempos utilizados en transporte y las demoras por tiempo de espera, logrando un aumento del 10% de la eficiencia global significando una disminución del tiempo de atención en 19.52 minutos, y una eficiencia del 78%.

9.5 Establecimiento de Indicadores de Gestión

Tomando en cuenta que una de las problemáticas encontradas en la organización es que “el centro no cuenta con un sistema de indicadores de gestión para la toma de decisiones” esto se ve reflejado en el literal 45F, en el cual se evalúa la manera en que el Centro emplea los indicadores para la medición y control de la ejecución de los procesos, teniendo como resultado la mínima evaluación; es por ello que en este apartado se procedió con el diseño de una metodología mediante la cual la alta dirección del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, puede diseñar, evaluar y validar los diferentes indicadores de gestión existentes o agregar nuevos. Así también se procedió al diseño de 12 indicadores de Gestión, los cuales permitirán el monitoreo y evaluación de los diferentes procesos claves.



Entre los indicadores destacados tenemos:

Indicadores del Proceso

- *Rendimiento del Proceso*
- *Demanda de usuarios por tipo de servicio*
- *Rotación de Cupos*
- *Tiempos totales del proceso*

Indicadores Epidemiológicos

- *Demanda de servicios por locación*
- *Demanda por diagnostico*
- *Demanda de servicios por sexo*
- *Demanda de servicios por edad.*

Indicadores del Proceso de gestión de la Agenda Médica

- *Tiempo promedio de espera de consulta médica por Prioridad:*
- *Nivel de cumplimiento de estándares de espera por prioridad*
- *Actividad e Inactividad del Personal Médico*
- *Porcentaje de Inasistencia del Usuario.*
- *Porcentaje de usuarios por especialidad médica.*

Indicadores de satisfacción del cliente:

- *Nivel de Resolución de Quejas.*
- *Nivel de calidad del servicio.*
- *Nivel de satisfacción del cliente externo.*
- *Nivel de satisfacción del cliente interno.*

Resultados Obtenidos

Tabla 110 - Resultados obtenidos

| N° de Indicadores para la Gestión de los Procesos | Actual | Propuesto |
|---|--------|-----------|
| | 0 | 17 |
| N° de Mecanismos para el Control y Monitoreo de Indicadores | Actual | Propuesto |
| | 1 | 4 |
| N° de Procesos documentados para el Control y Monitoreo de Indicadores. | Actual | Propuesto |
| | 0 | 1 |

9.6 *Diseño de Metodología para la gestión de procesos*

Una de las problemáticas encontradas en la etapa de diagnóstico según la evaluación 2013 de la carta iberoamericana de la calidad en la gestión pública en su literal 45G, evalúa la manera en que el centro define y desarrolla un sistema de gestión que permite el seguimiento, evaluación y mejora de la calidad, en el cual se obtuvo la mínima implementación; a partir de esto se diseña una metodología de gestión por procesos, la cual tiene como objetivo establecer los principios y las directrices que permiten a la organización adoptar un modelo basado en procesos para la gestión de sus actividades y recursos.

Resultados Obtenidos

Tabla 111 - Mecanismos para la implementación de gestión por procesos

| N° Mecanismos para la implementación de la gestión por procesos | Actual | Propuesto |
|---|--------|-----------|
| | 0 | 1 |

9.7 Diseño de Metodología para la Mejora Continua

Una de las características de las organizaciones que ofrecen servicios de calidad, es el nivel de aprovechamiento, mejora e innovación continua en sus procesos, ya que esto las vuelve más competitivas (cuando esa es su finalidad) y a la vez genera un mejor nivel de satisfacción de los usuarios.

La mejora es una técnica, metodología que inicia desde la detección de puntos de mejora o debilidades con el fin de afianzar fortalezas. A través de la mejora continua se logra ser más eficientes y productivos en la gestión de los procesos y recursos, ya que permite establecer estrategias de mejora y darle seguimiento para analizar los resultados.

El CRIO como organización, no cuenta con una estructura o proceso que garantice una planificación de proyectos de mejora a corto, mediano o largo plazo; es por ello que se ha diseñado un *Manual de Mejora Continua*, el cual tiene como finalidad proveer la información para el diseño de planes de mejora continua en todos los procesos y actividades que estén involucrados en la prestación del servicio del CRIO.

Este se basara en los siguientes ejes:

- *Monitorizar y analizar los parámetros de seguimiento de los niveles de servicio y compararlos con los objetivos planificados.*
- *Brindar soporte al diseño de estrategias para la adición de nuevos servicios o mejorar los servicios ya brindados.*

Resultados Obtenidos

Tabla 112 - Mecanismos que garanticen la mejora continua

| N° Mecanismos que garanticen la mejora continua | Actual | Propuesto |
|---|--------|-----------|
| | 0 | 1 |

9.8 Evaluación de Carta Iberoamericana de la Calidad

La **Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública**, es un convenio aprobado en la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado. En esta se promueve el establecimiento de un enfoque común acerca de las nociones de calidad y de excelencia en la gestión pública, sirve de referencia a las diferentes administraciones públicas iberoamericanas en la formulación de sus políticas, planes, modelos y mecanismos para mejorar la calidad de su gestión pública.

Constituyendo un marco de referencia que posibilita el desarrollo de procesos de reforma en la administración pública, mediante el uso de técnicas y herramientas de la gestión de la calidad en el sector público, las cuales se pueden adecuar a la realidad de cada país del región ibérica.

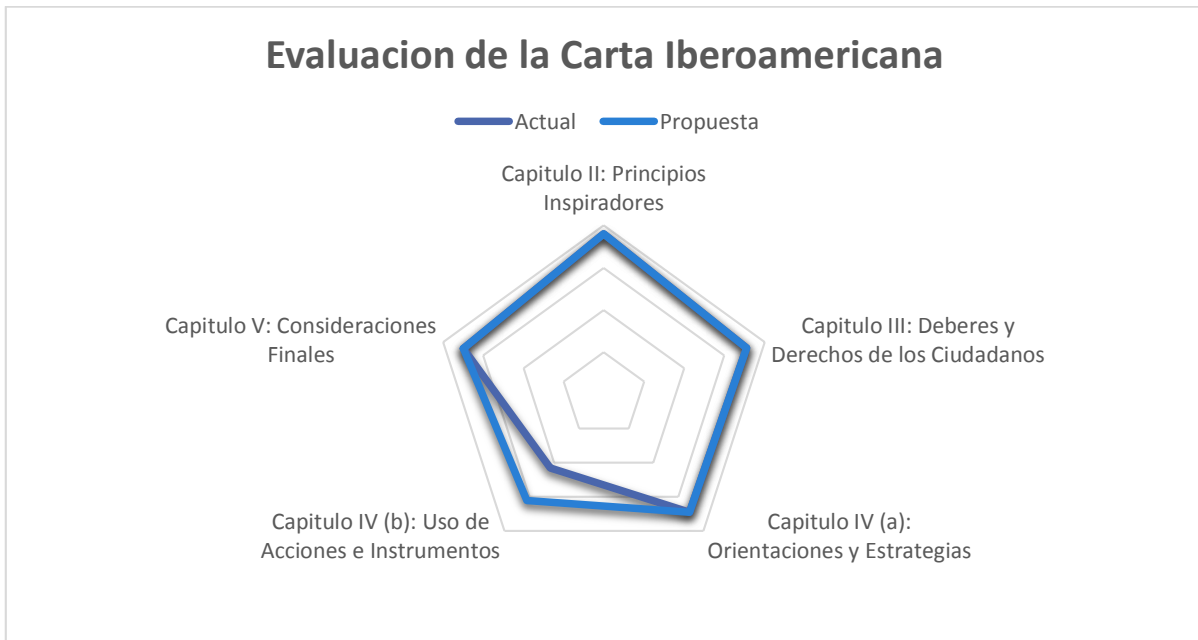
El CRIO como dependencia del ISRI, se autoevalúa con la carta iberoamericana, según el mandato del Decreto 134, y sus artículos Art.6 y Art.7:

Art6. Las instituciones del Órgano Ejecutivo procuraran la implementación de modelos de gestión de calidad, así como la adopción de un enfoque basado en procesos, de acuerdo a los lineamientos emitidos por la Presidencia de la Republica.

Art7. Las instituciones del Órgano Ejecutivo procuraran autoevaluarse anualmente, independientemente de su postulación al Premio Salvadoreño de la Calidad y al Reconocimiento a las Mejores Prácticas, con el fin de proporcionar sostenibilidad a las actividades encaminadas a una gestión de excelencia.

En la etapa de diagnóstico se identificó que el centro posee una calificación global del 59%, teniendo la mayor brecha u oportunidad de mejora en el capítulo II (b): Uso de Acciones e Instrumentos, el cual tiene una calificación de 43%, mediante las mejoras propuestas en este estudio se reduciría la brecha a un 77%, mejorando la nota global hasta obtener un 84%.

A continuación se presenta el nivel que alcanza la evaluación de la carta iberoamericana, mediante la implementación del Modelo de gestión por Procesos:



| | Actual | Propuesta |
|---|---------------|------------------|
| Capítulo II: Principios Inspiradores | 76% | 96% |
| Capítulo III: Deberes y Derechos de los Ciudadanos | 71% | 89% |
| Capítulo IV (a): Orientaciones y Estrategias | 69% | 86% |
| Capítulo IV (b): Uso de Acciones e Instrumentos | 43% | 77% |
| Capítulo V: Consideraciones Finales | 70% | 83% |

El puntaje máximo a alcanzar es de 820 puntos:

| | Actual | Propuesto |
|---|------------|------------|
| Puntaje alcanzado | 487 | 691 |
| Grado de Avance en la Implementación de la CICGP | 59% | 84% |

Este impacto se proyecta paulatinamente y se prevé que se logre en el 3° año de implementación del modelo de gestión por procesos, los resultados se proyectaron para el primer año y el tercer año de implementación, dando como resultado los siguientes aumentos paulatinamente en cada uno de los capítulos evaluados por la carta:

CUADRO RESUMEN GLOBAL DE LOS CUMPLIMIENTOS DE LA CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD ²⁶

Tabla 113 - Proyecciones cumplimiento carta iberoamericana

| CAPITULO | ACTUAL | 1° Año de implementación MGP | 3° Año de implementación MGP |
|--|------------|------------------------------|------------------------------|
| II – PRINCIPIOS INSPIRADORES | 76% | 84% | 96% |
| III – DEBERES Y DERECHOS DE LOS CIUDADANOS | 71% | 78% | 89% |
| IV. 1 – ORIENTACIONES Y ESTRATEGIAS | 69% | 78% | 86% |
| IV.2 – USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS | 43% | 65% | 77% |
| V – CONSIDERACIONES FINALES | 70% | 77% | 83% |
| GRADO DE AVANCE | 59% | 74% | 84% |

El puntaje máximo a alcanzar es de 820 puntos:

| | Actual | 1° Año de implementación MGP | 3° Año de implementación MGP |
|--|------------|------------------------------|------------------------------|
| Puntaje máximo de Implementación de la CICGP | 487 | 604 | 691 |
| Grado de Avance de Implementación de la CICGP | 59% | 74% | 84% |

A continuación se presenta el resumen del impacto previsto con la implementación del Modelo de Gestión por procesos en cada uno de los criterios evaluados para capítulo de la carta Iberoamericana, igualmente para el primer año y tercer año de implementación:

²⁶ Ver en Anexos la evaluación la justificación del impacto del modelo en la evaluación de la carta iberoamericana

CAPITULO II:

PRINCIPIOS INSPIRADORES (RESUMEN CAPITULO SEGUNDO)

Tabla 114 - Resumen Principios inspiradores

| CRITERIO | Puntaje Promedio | | |
|---|------------------|------------------------------|------------------------------|
| | 2013 | 1° Año de implementación MGP | 3° Año de implementación MGP |
| Servicio publico | 6.5 | 8 | 10 |
| Legitimidad democrática | 7.5 | 8.5 | 10 |
| Transparencia y participación ciudadana | 7 | 8 | 10 |
| Legalidad | 9 | 9 | 10 |
| Coordinación y cooperación | 7 | 8 | 10 |
| Ética publica | 8 | 9 | 10 |
| Acceso universal | 8 | 8 | 9 |
| Continuidad en la prestación de servicios | 6 | 7 | 8 |
| Imparcialidad | 9 | 10 | 10 |
| Eficacia | 6 | 7 | 9 |
| Eficiencia | 7 | 8 | 9 |
| Economía | 10 | 10 | 10 |
| Responsabilidad | 10 | 10 | 10 |
| Evaluación permanente y mejora continua | 7 | 8 | 9 |
| NOTA PROMEDIO GLOBAL | 7.7 | 8.5 | 9.6 |

Puntaje global alcanzado:

| | 2013 | 1° Año de implementación MGP | 3° Año de implementación MGP | Puntaje máximo Capítulo Segundo de la CICGP: |
|--|------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Puntaje alcanzado Capítulo Segundo de la CICGP | 122 | 135 | 154 | 160 |
| Grado de Avance Capítulo Segundo de la CICGP | 76% | 84% | 96% | 100% |

CAPITULO III:

DEBERES Y DERECHOS DE LOS CIUDADANOS (RESUMEN CAPITULO TERCERO)

Tabla 115 - Resumen deberes y derechos de los ciudadanos

| CRITERIO | Puntaje Promedio | | |
|-------------------------------|------------------|------------------------------|------------------------------|
| | 2013 | 1° Año de implementación MGP | 3° Año de implementación MGP |
| Deberes y derechos ciudadanos | 7.1 | 7.8 | 8.9 |

Puntaje global alcanzado:

| | 2013 | 1° Año de implementación MGP | 3° Año de implementación MGP | Puntaje máximo Capítulo Tercero de la CICGP: |
|--|------|------------------------------|------------------------------|--|
| Puntaje alcanzado Capítulo Tercero de la CICGP | 71 | 78 | 89 | 100 |
| Grado de Avance Capítulo Tercero de la CICGP | 71% | 78% | 89% | 100% |

CAPITULO IV: SECCIÓN I

ORIENTACIONES Y ESTRATEGIAS (RESUMEN CAPITULO IV) SECCION I

Sección I - Orientaciones para formular políticas y estrategias de calidad en la gestión pública

Tabla 116 - Resumen orientación y estrategias

| CRITERIO | Puntaje Promedio | | |
|--|------------------|------------------------------|------------------------------|
| | 2013 | 1° Año de implementación MGP | 3° Año de implementación MGP |
| Decisión política y perspectiva sistémica | 7 | 8 | 9 |
| Calidad institucional | 7 | 8 | 9 |
| Gestión pública al servicio de la ciudadanía | 7 | 7.5 | 9 |
| Hacia una gestión pública para resultados | 8 | 9 | 9 |
| Compromiso social y ambiental | 4 | 4 | 4 |
| Responsabilidad directiva, liderazgo y constancia de objetivos | 7 | 8 | 9.5 |
| Gestión por procesos | 6 | 8 | 9 |
| Desarrollo de capacidades de funcionarios públicos | 7.7 | 8 | 8.8 |
| Participación de los empleados públicos | 8 | 9 | 10 |
| Aprendizaje, innovación y mejora de la calidad | 8 | 9 | 9 |
| Colaboración y cooperación | 7 | 7 | 7 |
| NOTA PROMEDIO GLOBAL | 6.9 | 7.8 | 8.6 |

Puntaje global alcanzado:

| | 2013 | 1° Año de implementación MGP | 3° Año de implementación MGP | Puntaje máximo Capítulo Cuarto Sec. I de la CICGP: |
|--|------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Puntaje alcanzado Capítulo Cuarto Sección I de la CICGP | 118 | 133 | 147 | 170 |
| Grado de Avance Capítulo Cuarto Sección I de la CICGP | 69% | 78% | 86% | 100% |



CAPITULO IV: SECCIÓN II

ORIENTACIONES Y ESTRATEGIAS (RESUMEN CAPITULO IV) SECCION II

Sección II - Uso de acciones e instrumentos para la calidad en la gestión pública

Tabla 117 - Resumen uso de acciones e instrumentos

| CRITERIO | Puntaje Promedio | | |
|---|------------------|------------------------------|------------------------------|
| | 2013 | 1° Año de implementación MGP | 3° Año de implementación MGP |
| La dirección estratégica y el ciclo de mejora | 6.7 | 7.3 | 8 |
| Prospectiva y análisis de la opinión ciudadana | 3 | 6.5 | 8.5 |
| Participación ciudadana para la mejora de la calidad | 4 | 7 | 9 |
| Adopción de modelos de excelencia | 6 | 7 | 8 |
| Premios a la calidad o excelencia | 4 | 5 | 7 |
| Aplicación de la gestión por procesos | 0.5 | 6.8 | 8.9 |
| Equipos y proyectos de mejora | 6 | 7 | 8 |
| Cartas de compromiso o servicio al ciudadano | 1 | 1 | 1 |
| Mecanismos de difusión de información relevante para el ciudadano | 7 | 7 | 7 |
| La mejora de la normatividad | 6 | 6 | 6 |
| Gobierno electrónico | 7 | 7 | 7 |
| Medición y evaluación | 5.5 | 7.8 | 8.8 |
| Sugerencias quejas y reclamos de los ciudadanos | 7 | 8 | 9 |
| Sistemas de gestión normalizados | 7 | 7 | 7 |
| Gestión del conocimiento | 5.8 | 6.5 | 7.5 |
| Comparación e intercambio de mejores practicas | 5 | 5 | 5 |
| Aportaciones y sugerencias de funcionarios públicos | 7 | 8 | 9 |
| NOTA PROMEDIO GLOBAL | 4.3 | 6.5 | 7.7 |
| | | | |



Puntaje global alcanzado:

| | 2013 | 1° Año de implementación MGP | 3° Año de implementación MGP | Puntaje máximo Capítulo Cuarto Sec. II de la CICGP: |
|--|------------|------------------------------|------------------------------|---|
| Puntaje alcanzado Capítulo Cuarto Sección II de la CICGP | 155 | 235 | 276 | 360 |
| Grado de Avance Capítulo Cuarto Sección II de la CICGP | 43% | 65% | 77% | 100% |

CAPITULO V:

CONSIDERACIONES FINALES (RESUMEN CAPITULO QUINTO)

Tabla 118 - Resumen consideraciones finales

| CRITERIO | Puntaje Promedio | | |
|-------------------------|------------------|------------------------------|------------------------------|
| | 2013 | 1° Año de implementación MGP | 3° Año de implementación MGP |
| Consideraciones finales | 7 | 7.7 | 8.3 |

Puntaje global alcanzado:

| | 2013 | 1° Año de implementación MGP | 3° Año de implementación MGP | Puntaje máximo Capítulo Quinto de la CICGP: |
|---|------------|------------------------------|------------------------------|---|
| Puntaje alcanzado Capítulo Quinto de la CICGP | 21 | 23 | 25 | 30 |
| Grado de Avance Capítulo Quinto de la CICGP | 70% | 77% | 83% | 100% |



CONCLUSIONES

- Se logra reducir la brecha existente del 41% a un 16% con el Modelo de Gestión por Procesos, siendo más impactado el capítulo cuarto sección dos, con una mejora del 34% ya que paso de 43% a 77%, ya que este capítulo cubre aspectos referentes a la gestión por procesos de la carta, que incluye requisitos como mapas de procesos, fichas de procesos, manuales de procedimientos, indicadores, grupos de calidad, planeación estratégica, análisis de resultados y mejora continua, etc.
- Con el diseño del Modelo de Gestión de Procesos para el CRIO, se pretende disminuir la brecha un 41% logrando dejar la brecha en un 16%.
- Con lo cual se concluye que es conveniente desde el punto de vista de la Evaluación de Calidad realizar la implementación del Modelo de Gestión de por Procesos, ya que con su implementación, se obtiene un porcentaje de cumplimiento de los requisitos que exige la Carta Iberoamericana de la Calidad del 84%.



9.9 Resumen de Resultados Propuestos

A continuación se presenta un cuadro resumen de los resultados esperados mediante la aplicación de las metodologías y mecanismos diseñados en esta investigación.

Tabla 119 - Resumen de resultados propuestos

| Mejora | Sit. Actual | Sit. Propuesta |
|--|----------------|-------------------|
| N° de Procesos Documentados. | 0 | 54 |
| N° de Procesos documentados para apoyo de la Agenda Medica | 0 | 4 |
| N° de Indicadores diseñados para apoyo de la Agenda Medica | 0 | 5 |
| N° Mecanismos para la evaluación del cliente | 0 | 3 |
| N° de Procesos Automatizados | 0 | 9 |
| N° de Indicadores para la Gestión del Proceso | 0 | 17 |
| N° de Mecanismos para el Control y Monitoreo de Indicadores | 1 | 4 |
| N° de Procesos documentados para el Control y Monitoreo de Indicadores | 0 | 1 |
| N° Mecanismos para la implementación de la gestión por procesos | 0 | 1 |
| N° Mecanismos que garanticen la mejora continua | 0 | 1 |
| Grado de Avance de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Publica | 59% | 84% |



9.10 Indicadores de Evaluación del Proyecto

Aparte de evaluar el proyecto por las propuestas de mejora establecidas, así también se deberá evaluar en el impacto sobre las problemáticas diagnosticadas en un primer momento en el planteamiento del problema.

Este se planteó en que las problemáticas estaban clasificadas en seis diferentes ejes de acción, y para efectos de evaluación se identificara un indicador clave para cada problemática en el cual se identificara una mejora sustancial por la aplicación del modelo de gestión por procesos.

| Eje | Indicador | Valor | Descripción |
|---|---|--------|--|
| Usuarios | Insatisfacción por tiempo de espera para evaluaciones | 40.33% | Mediante la encuesta del usuario interno se identificó que existe un 40.33% de insatisfacción por parte de los usuarios en el tiempo que se espera para ser evaluados en las áreas de terapia. |
| Aseguramiento de la Calidad | Usuarios encuestados para medir la calidad del servicio | 5% | Mediante la encuesta del usuario interno se identificó que solamente el 5% de los usuarios ha sido sujeto de encuesta para la medición de satisfacción. |
| Direccionamiento de la Institución | Numero de Evaluación de Procesos | 0% | Mediante la evaluación del usuario interno se identificó que la dirección del centro pocas veces evalúa los diferentes procesos del Centro, con la finalidad de brindar un mejor servicio. |
| Administración de Personal | Nivel de Actividad | 72.61% | Con el muestreo del trabajo se identificó que el personal del centro tiene un nivel de actividad del 72.61%. |



| | | | |
|-----------------------------|--|-----|--|
| Agenda Medica | Nivel de cumplimiento de prioridades agentadas | 35% | Solamente el 35% de los usuarios son agentados cumpliendo el periodo según su prioridad. |
| Gestión por Procesos | Procesos Documentados | 0 % | El centro no tenía sus procesos y procedimientos documentados |

Los ejes e indicadores presentados anteriormente son parte de la situación diagnosticada en este estudio, y se presentara a continuación la mejora proyectada con la cual se desea evaluar el impacto del modelo de gestión por procesos:

| Eje | Indicador | Valor Actual | Valor Proyectado |
|---|---|--------------|------------------|
| Usuarios | Insatisfacción por tiempo de espera para evaluaciones | 40.33% | 25 % |
| Aseguramiento de la Calidad | Usuarios encuestados para medir la calidad del servicio | 5% | 100 % |
| Direccionamiento de la Institución | Numero de Evaluación de Procesos | 0% | 100 % |
| Administración de Personal | Nivel de Actividad | 72.61% | 78 % |
| Agenda Medica | Nivel de cumplimiento de prioridades agentadas | 35% | 80 % |
| Gestión por Procesos | Procesos Documentados | 0 % | 100 % |

- **Usuarios:** Se prevé disminuir en un 15 % la insatisfacción por el tiempo de espera para la evaluaciones del usuario en los servicios de terapia, debido a un aumento en la eficiencia de un 8%, producto de la disminución de las actividades ociosas de traslado de expedientes, las cuales se eliminaran por la implementación de la automatización de procesos BPM.



- **Aseguramiento de la Calidad:** *Mediante la aplicación del mecanismo de evaluación del cliente externo se prevé que mediante el el muestreo estadístico se logre una cobertura del 100% de usuarios encuestados acerca de su satisfacción.*
- **Direccionamiento de la institución:** *Mediante el proceso de evaluación de procesos se proyecta que la dirección en conjunto con el comité de calidad, proceda a la evaluación y depuración del 100% de procesos documentados en el centro.*
- **Administración de Calidad:** *Se espera que mediante la automatización de procesos la eficiencia del proceso aumente en un 8%, debido a la eliminación de actividades improductivas como la ausencia de personal por el traslado de expedientes, así también se tendrá un mayor control de la actividad o eficiencia del personal por medio del monitoreo del dashboard de indicadores.*
- **Agenda Médica:** *Se espera que el porcentaje de citas agendadas aumente en un 85%, debido a la implementación del software de apoyo a la agenda médica, en el cual se podrá realizar el análisis por prioridad, y la inasistencia de los usuarios por especialidad médica.*
- **Gestión por Procesos:** *Con el manual de procesos y procedimientos se logró identificar, describir y documentar el 100% de los procesos actuales del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.*



CONCLUSIONES

Diagnostico

En la etapa de Diagnostico se identificó que los usuarios no asisten a consulta médica con el especialista en un 25%, siendo esto uno de los principales problemas, que generan que la evolución de los usuarios no sea satisfactoria, genera el alto índice de usuarios que pasan en condición diariamente, lo que a su vez abona a que la agenda medica se sature mucho más. También se identificó que un 63% de los usuarios que no asisten a su consulta médica con el especialista lo hace por enfermedad, que es una variable que no se puede controlar directamente, pero si indirectamente teniendo mayor comunicación y control interno.

Se encontró que el nivel de actividad de todo el personal en el CRIO es de 72.61%, teniendo un nivel de ociosidad de 27.39 descartando que el problema en la atención tardía a los usuarios sea por falta de personal. En el área de piscina la actividad es apenas de 40% y en el área de electroterapia es de 42.11% es, lo que evidencia que las distribuciones de carga en estos puestos no son las adecuadas. También se comprobó que el 33.33% de las veces el personal médico estaba ocioso por la falta de usuarios.

Se identificó también que el nivel de incumplimiento en las prioridades de los usuarios es de 35%, evidenciando el grave problema de agenda médica que existe en la institución, ya que solo el 65% recibe la atención médica necesaria en el momento que la necesita. Esto genera elevados usuarios crónicos y usuarios que necesitan más tiempo de rehabilitación. El nivel de eficiencia en el proceso de ingreso de los usuarios es de 68% demostrando la ineficiencia en esta parte del proceso, con tiempos de espera prolongados y actividades que no generan valor agregado al proceso.

Con el análisis realizado se determinó que no se cuenta con un sistema de indicadores que permita medir la calidad en el proceso, tampoco existen medios por los cuales los usuarios puedan expresar sus inquietudes y sugerencias. No se tienen procesos documentados, evidenciando la necesidad de recolectar esta información y analizarla a fin de identificar oportunidades de mejora, a su vez genera que no haya inconsistencia ni confusión en los colaboradores en cuanto a las obligaciones y deberes que son responsabilidad de cada puesto.



Se evidencia que un 43% del personal piensa que la dirección no propone sugerencias o estrategias para mejorar el servicio, un 18% dice que no se le toma en cuenta para participar de reuniones para tratar mejora en procesos y servicios. El nivel de cumplimiento de la carta iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública en el capítulo 4.2 “acciones e instrumentos que garantizan calidad en el servicio” es de un 43% evidenciando la necesidad de establecer Gestión por Procesos para dar cumplimiento, y a su vez brindar la calidad que el usuario demanda, eliminando todos las actividades y procedimientos que no generen valor agregado o que produzcan insatisfacción.

Diseño

Para la realización del diseño se plantearon propuestas de mejora con respecto a todos los problemas principales encontrados en la etapa de diagnóstico, desarrollando diferentes propuestas para poder dar una solución a estas. Se automatizaron los procesos claves por medio del programa Bonita Soft. Se diseñó el proceso de agenda médica el cual pretende dar solución al problema que se tiene, elaborando un programa para la gestión de este, también los procesos de evaluación de cliente externo e interno, los cuales nos proporcionan información veraz y eficaz para poder dar solución a las exigencias de calidad que presentan los usuarios.

También se diseñó el manual de procesos y procedimientos en el cual se realizó un inventario detallado de todos los procesos y procedimientos existentes en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, lo cual sirve para estandarizar y dar cumplimiento a las exigencias de la carta iberoamericana, también se diseñó un manual de mejora continua el cual nos brinda una metodología a seguir para mantener el círculo de calidad en las actividades realizadas, finalmente una guía para la realización de la Gestión por Procesos, la cual detalla la metodología usada de una manera que quien la lea pueda aplicarla ya sea en una institución como el CRIO o cualquier otra. También como última parte se diseñó una guía de indicadores de procesos clave que sirven para la medición, análisis y mejora del sistema.

Evaluaciones

Evaluando económicamente la implementación del Modelo de Gestión por Procesos para el CRIO es factible realizarla debido a las siguientes razones: El Valor Actual Neto (VAN) es de \$ 270,074.75 conviene debido a que es mayor que cero y el proyecto se acepta, el valor obtenido de la tasa



interna de retorno (TIR) es de 69%, conviene por ser mayor a la tasa de costo de capital (7.13%), además se obtuvo en la razón beneficio/costo de 4.73 lo que significa que por cada dólar invertido se obtendrá una ganancia de 3.73.

Respecto al financiamiento del proyecto con fondos propios manejando la implementación como un proyecto de los que el ISRI ejecuta anualmente en el CRIO.

Conviene la implementación del Modelo de Gestión por Procesos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, debido a los beneficios que obtendrá de esto organizacionalmente, los beneficios que tendrán los usuarios haciendo más eficaz la atención y por ende aumentando la capacidad de atención, siendo favorable la evaluación económica, financiera y social.

Conclusiones del Proyecto

La implementación del Modelo de Gestión por Procesos para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, permitió establecer un inventario de procesos y procedimientos y clasificarlos según el aporte o valor que genera a la cadena mediante el mapa de procesos. Así también permitió identificar y diagnosticar diferentes problemáticas y diseñar soluciones basadas en procesos, tal como la agenda médica y la automatización de procesos BPM.

Así también la gestión de procesos permitirá un monitoreo constante sobre las actividades del centro, por lo cual se procedió al diseño de una Sistema de Indicadores o Dashboard de Indicadores, mediante el cual se le dará seguimiento a los indicadores de gestión claves del Centro, y para garantizar que el funcionamiento o los procesos del centro estén funcionando correctamente se procedió a evaluar los procesos del Centro desde la perspectiva del cliente, por lo que se diseñaron Mecanismos para la Evaluación del Cliente Interno y Externo, cuyo análisis será analizado por el Comité de Calidad propuesto.

La implementación del Modelo de Gestión por Procesos para el Centro de Rehabilitación de Occidente (CRIO), permitirá ser una pauta para que el Centro implemente el esquema de la organización por procesos para estandarizar y diseñar propuestas de mejora para los servicios que el Centro ofrece, o en los cuales se obtengan brechas con el servicio propuesto con el prestado hacia el cliente.



RECOMENDACIONES

Se recomienda al Centro de Rehabilitación Integral de Occidente la implementación del Modelo de Gestión por procesos sobre todo por los beneficios que traería a los usuarios de los servicios de rehabilitación, contribuyendo al aumento progresivo de las atenciones y al nivel de satisfacción de los usuarios a través del cumplimiento de sus requisitos, estableciéndose el CRIO como el referente a nivel Nacional que brinda servicios de rehabilitación con calidad y calidez a personas con discapacidad.

Se recomienda que la Gestión por procesos se desarrolle en las diferentes dependencias del ISRI y se convierta en una necesidad su adopción para las mismas a fin de aumentar el nivel de satisfacción de sus usuarios junto con el cumplimiento de las exigencias del Gobierno actual, sirviéndoles como referente el presente modelo para su adecuación.

Se recomienda al CRIO tomar como base el modelo de gestión por procesos realizados para sus procesos claves para la inclusión de todos sus procesos identificados a fin de abarcar toda su gestión de una manera integral, así mismo revisar que todos estos entren en congruencia con la razón de ser de la Institución, al igual se recomienda la revisión anual de todos los procesos del modelo por parte del Comité de Calidad siguiendo una mecánica de mejora continua.



GLOSARIO TECNICO

A

Acción Correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acción Preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de no conformidad potencial u otra situación potencialmente deseable.

Alta Dirección: persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una organización. Presidencia y Gerencias del ISRI.

Ambiente de Trabajo: conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.

C

Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Capacidad: facultad de una organización, sistema o proceso para obtener un producto que cumplirá los requisitos para ese producto.

Carta iberoamericana:

Cliente: organización o persona que recibe un producto.

Cliente interno: Colaboradores de la institución, son las personas que reciben los productos internamente.

Cliente Externo: usuarios que utilizan los servicios que brinda el CRIO.

Competencia: Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

CRIO: Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.



D

Dependencia: Unidad administrativa o Departamento de la Administración Superior y/o los Centros de Atención del ISRI.

Diagnóstico: arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante observación de sus síntomas y signos, o clasificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte.

Diseño y Desarrollo: Conjunto de procesos que transforma los requisitos en características especificadas o en la especificación de un producto, servicio, proceso o sistema.

Documentación: Conjunto de documentos de una organización

Documento: una carta, diploma o escrito que ilustra acerca de un hecho, situación o circunstancia. También se trata del escrito que presenta datos susceptibles de ser utilizados para comprobar algo.

E

Efectividad: Es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado. Logro de los resultados propuestos en forma oportuna. Es el óptimo empleo y uso racional de los recursos disponibles (materiales, dinero, personas), en la consecución de los resultados esperados.

Eficacia: Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados. Es el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible. Se refiere a los resultados en relación con las metas y cumplimiento de los objetivos organizacionales. Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzarlos de mejor manera y más.

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados. Es la capacidad de lograr el efecto en cuestión con el mínimo de recursos. /Empleo de los medios de tal forma que satisfagan un máximo cuantitativo o cualitativo de fines o necesidades humanas. Consiste en un buen uso de los recursos, en lograr lo mayor posible con aquello que contamos.

Egreso: proceso en el cual el usuario es dado de alta por abandono injustificado de la institución, finalización de su tratamiento o cuando él lo solicita por motivos personales.



Equipo interdisciplinario: se considera a un grupo de profesionales que poseen formación académica, habilidades diferentes y complementarias con objetivos y metas comunes para la atención de la persona con discapacidad que estén comprometidos con el propósito de lograr el máximo nivel de rehabilitación. El equipo es conducido y liderado por uno de sus miembro/integrantes asignado con dicha función.

Expediente clínico: al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagen lógicos o de cualquier índole, en los cuales el profesional de salud deberá de hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Expectativas: Las expectativas son las "esperanzas" que los clientes tienen por conseguir algo. Las expectativas de los clientes se producen por el efecto de una o más de estas cuatro situaciones:

- Promesas que hace la misma empresa acerca de los beneficios que brinda el producto o servicio.
- Experiencias de compras anteriores.
- Opiniones de amistades, familiares, conocidos y líderes de opinión (p.ej.: artistas).
- Promesas que ofrecen los competidores.

G

Gestión: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

Gestión de la calidad: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.

ISRI: Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.

Infraestructura: Sistema de instalaciones, equipo y servicios necesarios para el funcionamiento de una organización.

Insumo: Materiales o elementos de entrada que inician la ejecución de un proceso.

Inspección: Evaluación de la conformidad por medio de la observación y dictamen, acompañada cuando sea apropiado por medición, ensayo, prueba o comparación con patrones.



Ingreso: proceso de evaluación, indicación y cumplimiento de los requisitos Institucionales normados, que se concretizan con la adaptación del usuario dentro de la Unidad.

Inter consulta: procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud, a fin de proporcionar atención integral al usuario, a solicitud del médico tratante.

M

Mejora continua: una herramienta de mejora para cualquier proceso o servicio, la cual permite un crecimiento y optimización de factores importantes de la empresa que mejoran el rendimiento de esta en forma significativa.

Meta: objetivo a alcanzar que se traza la Unidad respecto al proceso de rehabilitación funcional del usuario, dependiendo de múltiples factores evaluados a su ingreso.

MISPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

N

Normas: reglamento que se aplicara a usuarios internos de la Unidad.

No Conformidades. Cualquier desviación de las normas de trabajo, prácticas, procedimientos, regulaciones, desempeño del sistema de gestión, etc. Que pueda llevar, directamente o indirectamente, a una lesión o enfermedad, a un daño de propiedad, un daño al ambiente del lugar de trabajo, o a una combinación de éstos.

Objetivo de Calidad: metas, retos que se definen a partir de la planificación estratégica de la empresa y de su política de calidad. Se deben escoger aquellos **objetivos de calidad** que van más en el avance de la política de calidad. Deben ser establecidos por la alta dirección de la organización y tienen que ser coherentes con la política de calidad y perseguir la mejora continua.

Organización: Toda compañía, negocio, firma, establecimiento, empresa, institución o asociación, o parte de los mismos, independientemente de que tenga carácter de sociedad anónima, o de que sea público o privado, con funciones y administración propias. En las organizaciones que cuenten con más de una unidad operativa, podrá definirse como organización cada una de ellas.



Procedimiento: Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Proceso: conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entradas en salidas.

Procesos clave: procesos que son la razón de ser de la organización.

Procesos misionales: procesos estratégicos, tiene que ver con la alta gerencia.

Procesos de apoyo: procesos no ligados directamente a la razón de ser de la organización, pero que deben existir para su óptimo funcionamiento.

Producto: es el resultado de un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman entradas en salidas.

Proceso de medición: Conjunto de operaciones que permiten determinar el valor de una magnitud.

Proveedor: organización o persona que proporciona un producto.

Proyecto: único consistente en un conjunto de actividades coordinadas y controladas con fechas de inicio y de finalización, llevadas a cabo para lograr un objetivo conforme con requisitos específicos.

R

Revisión: Actividad comprendida para asegurar la conveniencia, adecuación y eficacia.

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas

Requisito: necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

Rehabilitación integral: es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida, puede comprender medidas



encaminadas a compensar la pérdida de una función o limitación funcional y otras medidas encaminadas a facilitar los ajustes o reajustes sociales.

S

Satisfacción del Cliente: percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

Servicio: resultado generado por actividades en la interfaz entre el proveedor y el cliente y por actividades internas del proveedor, con el fin de responder a las necesidades del cliente.

Sillas de ruedas: es una ayuda técnica que consiste en una silla adaptada con al menos tres ruedas, aunque lo normal es que disponga de cuatro. Estas sillas están diseñadas para permitir el desplazamiento de aquellas personas con problemas de locomoción o movilidad reducida, debido a una lesión, enfermedad física etc.

Sistema: conjunto de elementos mutuamente relacionados o que actúan entre sí.

Sistema de gestión: sistema para establecer la política y los objetivos y para la consecución de dichos objetivos.

Sistema de gestión de la calidad: sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

T

Terapeuta: profesional con habilidades especiales, obtenidas a través de estudios y con la experiencia en una o más áreas de la asistencia sanitaria que en su labor ofrece apoyo.

U

Usuario: persona, proceso organización que reciben o hacen usos del producto o servicio.



BIBLIOGRAFIA

A. Documentos:

- ❖ *Carta Iberoamericana de la Calidad de la Gestión Pública, 2008.*
- ❖ *Plan Quinquenal de desarrollo 2010-2014, Gobierno de El Salvador.*
- ❖ *Programa de Fortalecimiento Institucional y Gestión de la Calidad, Secretaria para asuntos estratégicos, Subsecretaria de gobernabilidad y modernización del estado.*
- ❖ *Política nacional de gobernabilidad y modernización del estado, Gobierno de El Salvador.*
- ❖ *Lineamientos de atención para la rehabilitación de personas con discapacidad del ISRI.*
- ❖ *Memoria de labores CRIO-ISRI, junio 2013– mayo 2014.*
- ❖ *Plan estratégico ISRI, 2010-2014.*

B. Referencias Personales

- ❖ *Ing. Luis Alonso Navarrete, Jefe de la Unidad de Planificación Estratégica y Desarrollo Institucional del ISRI.*
- ❖ *Dra. Elba Marjorie Fortín, Directora del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente*
- ❖ *Lic. Julio Iván García Flores, Administrador del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.*

C. Referencias Web

- ❖ www.abansa.org.sv – Asociación Bancaria Salvadoreña ABANSA
- ❖ www.bcr.gob.sv – Banco Central de Reserva de El Salvador
- ❖ www.funter.org.sv –Fundación Teletón Pro Rehabilitación
- ❖ www.isri.gob.sv – Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral
- ❖ www.tecnoavance.com – Tecno Avance Distribuidor Mayorista en Computación
- ❖ <http://www.digestyc.gob.sv>- Dirección General de Estadísticas y Censos

APENDICES

| | | |
|-------------|---|------|
| APENDICE A. | MUESTREO DEL TRABAJO..... | 970 |
| APENDICE B. | INVESTIGACIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEL CRIO | 976 |
| APENDICE C. | DISEÑO DE MECANISMOS PARA LA EVALUACIÓN DEL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO | 1011 |
| APENDICE D. | MANUAL DE USUARIO DE SOFTWARE PARA SOPORTE DE AGENDA MEDICA | 1026 |
| APENDICE E. | MANUAL DE USUARIO - DASHBOARD CRIO | 1051 |
| APENDICE F. | OFERTA TÉCNICA Y ECONÓMICA PARA CONSULTORÍA: “DISEÑO DE SISTEMA DE GESTIÓN POR PROCESOS PARA EL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE” | 1061 |
| APENDICE G. | COTIZACIÓN: “SISTEMAS DE GESTIÓN Y MODELAMIENTO DE PROCESOS” | 1067 |
| APENDICE H. | EVALUACIÓN DE LA CARTA IBEROAMERICANA CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO | 1070 |
| APENDICE I. | POBLACIÓN QUE PADECE DE ALGUNA LIMITACIÓN PERMANENTE SEGÚN DEPARTAMENTO Y SEXO. CENSO 2007 | 1108 |

APENDICE A. *Muestreo del Trabajo*

1. Itinerario Muestreo Preliminar

A continuación se presenta el itinerario para la realización del muestreo preliminar de las cargas de trabajo en el CRIO:

| # | Aleatorio | Hora | Piso | Área | Técnico | Observador |
|-----|-----------|------------|----------|----------------|---------------------------|--------------|
| 61 | 33608573 | 08:57 a.m. | Mezenine | Administrativo | Administrador | Observador 3 |
| 146 | 1310903 | 09:00 a.m. | Adultos | Piscina | Alejandro Hernández | Observador 3 |
| 111 | 1420913 | 09:01 a.m. | Adultos | T. Ocupacional | Inmel Escobar | Observador 3 |
| 128 | 3110922 | 09:02 a.m. | Mezenine | Medico | Evaluador | Observador 2 |
| 27 | 3330943 | 09:04 a.m. | Mezenine | Administrativo | Ventanilla | Observador 3 |
| 32 | 2310943 | 09:04 a.m. | Niños | T. Lenguaje | Carmen María de Quinteros | Observador 3 |
| 89 | 1520973 | 09:07 a.m. | Adultos | T. Física | Eva Lilian González | Observador 3 |
| 120 | 3240983 | 09:08 a.m. | Mezenine | Apoyo | Lucía Peñate | Observador 3 |
| 88 | 21109112 | 09:11 a.m. | Niños | T. Educativa | Ana Lunes Funes de Funes | Observador 2 |
| 97 | 15109173 | 09:17 a.m. | Adultos | T. Física | Daysi García | Observador 3 |
| 134 | 24409183 | 09:18 a.m. | Niños | T. Física | Rosa Evila Turcios | Observador 3 |
| 135 | 15309183 | 09:18 a.m. | Adultos | T. Física | Patricia de Hernández | Observador 3 |
| 1 | 33109213 | 09:21 a.m. | Mezenine | Administrativo | Secretaria Director | Observador 3 |
| 113 | 25109212 | 09:21 a.m. | Niños | Gimnasio | Marvin Magaña | Observador 2 |
| 119 | 21109233 | 09:23 a.m. | Niños | T. Educativa | Ana Lunes Funes de Funes | Observador 3 |
| 39 | 24409252 | 09:25 a.m. | Niños | T. Física | Rosa Evila Turcios | Observador 2 |
| 41 | 24109253 | 09:25 a.m. | Niños | T. Física | Blanca de Monterrosa | Observador 3 |
| 16 | 15509282 | 09:28 a.m. | Adultos | T. Física | Cecilia de Rodríguez | Observador 2 |
| 26 | 11109282 | 09:28 a.m. | Adultos | Gimnasio | Iris Martínez | Observador 2 |
| 29 | 24109312 | 09:31 a.m. | Niños | T. Física | Blanca de Monterrosa | Observador 2 |
| 118 | 21109332 | 09:33 a.m. | Niños | T. Educativa | Ana Lunes Funes de Funes | Observador 2 |
| 28 | 14209342 | 09:34 a.m. | Adultos | T. Ocupacional | Inmel Escobar | Observador 2 |
| 21 | 17209383 | 09:38 a.m. | Adultos | Electroterapia | Leonor Corado de Alvarado | Observador 3 |
| 5 | 12109412 | 09:41 a.m. | Adultos | Hidroterapia | Emelina de Zaldaña | Observador 2 |
| 75 | 24209432 | 09:43 a.m. | Niños | T. Física | Mercedes de García | Observador 2 |

| | | | | | | |
|------------|----------|------------|----------|----------------|---------------------------|--------------|
| 63 | 15609472 | 09:47 a.m. | Adultos | T. Física | Sandra Villeda | Observador 2 |
| 13 | 23409483 | 09:48 a.m. | Niños | T. Lenguaje | Maricela de Morales | Observador 3 |
| 43 | 14209502 | 09:50 a.m. | Adultos | T. Ocupacional | Inmel Escobar | Observador 2 |
| 93 | 15209502 | 09:50 a.m. | Adultos | T. Física | Eva Lilian González | Observador 2 |
| 149 | 21109512 | 09:51 a.m. | Niños | T. Educativa | Ana Lunes Funes de Funes | Observador 2 |
| 68 | 22109532 | 09:53 a.m. | Niños | T. Ocupacional | Jaqueline de Córdoba | Observador 2 |
| 47 | 33409543 | 09:54 a.m. | Mezenine | Administrativo | Archivo | Observador 3 |
| 80 | 1711043 | 10:04 a.m. | Adultos | Electroterapia | Isabel Canizalez | Observador 3 |
| 102 | 3111042 | 10:04 a.m. | Mezenine | Medico | Evaluador | Observador 2 |
| 121 | 3311062 | 10:06 a.m. | Mezenine | Administrativo | Secretaria Director | Observador 2 |
| 145 | 1551062 | 10:06 a.m. | Adultos | T. Física | Cecilia de Rodríguez | Observador 2 |
| 46 | 2211073 | 10:07 a.m. | Niños | T. Ocupacional | Jaqueline de Córdoba | Observador 3 |
| 62 | 1111093 | 10:09 a.m. | Adultos | Gimnasio | Iris Martínez | Observador 3 |
| 103 | 3211093 | 10:09 a.m. | Mezenine | Apoyo | Bessy de Molina | Observador 3 |
| 4 | 13110133 | 10:13 a.m. | Adultos | Piscina | Alejandro Hernández | Observador 3 |
| 106 | 23110132 | 10:13 a.m. | Niños | T. Lenguaje | Carmen María de Quinteros | Observador 2 |
| 87 | 16110232 | 10:23 a.m. | Adultos | T. Lenguaje | Carmen de Quinteros | Observador 2 |
| 125 | 14110233 | 10:23 a.m. | Adultos | T. Ocupacional | Emma Peraza de Bonilla | Observador 3 |
| 126 | 24410232 | 10:23 a.m. | Niños | T. Física | Rosa Evila Turcios | Observador 2 |
| 25 | 33410243 | 10:24 a.m. | Mezenine | Administrativo | Archivo | Observador 3 |
| 107 | 32410262 | 10:26 a.m. | Mezenine | Apoyo | Lucia Peñate | Observador 2 |
| 100 | 15610303 | 10:30 a.m. | Adultos | T. Física | Sandra Villeda | Observador 3 |
| 14 | 15110363 | 10:36 a.m. | Adultos | T. Física | Daysi García | Observador 3 |
| 24 | 25210372 | 10:37 a.m. | Niños | Gimnasio | Mirna Polanco | Observador 2 |
| 101 | 33710373 | 10:37 a.m. | Mezenine | Administrativo | Director | Observador 3 |
| 133 | 32210373 | 10:37 a.m. | Mezenine | Apoyo | Patricia Castro | Observador 3 |
| 86 | 14210402 | 10:40 a.m. | Adultos | T. Ocupacional | Inmel Escobar | Observador 2 |
| 105 | 33510402 | 10:40 a.m. | Mezenine | Administrativo | Expediente | Observador 2 |
| 109 | 13110422 | 10:42 a.m. | Adultos | Piscina | Alejandro Hernández | Observador 2 |
| 55 | 15310433 | 10:43 a.m. | Adultos | T. Física | Patricia de Hernández | Observador 3 |

| | | | | | | |
|------------|----------|------------|----------|----------------|---------------------------|--------------|
| 6 | 17110483 | 10:48 a.m. | Adultos | Electroterapia | Isabel Canizalez | Observador 3 |
| 20 | 33110482 | 10:48 a.m. | Mezenine | Administrativo | Secretaria Director | Observador 2 |
| 49 | 33410562 | 10:56 a.m. | Mezenine | Administrativo | Archivo | Observador 2 |
| 85 | 14110563 | 10:56 a.m. | Adultos | T. Ocupacional | Emma Peraza de Bonilla | Observador 3 |
| 38 | 32710582 | 10:58 a.m. | Mezenine | Apoyo | Enfermera 2 | Observador 2 |
| 73 | 17110582 | 10:58 a.m. | Adultos | Electroterapia | Isabel Canizalez | Observador 2 |
| 141 | 32710583 | 10:58 a.m. | Mezenine | Apoyo | Enfermera 2 | Observador 3 |
| 143 | 15110583 | 10:58 a.m. | Adultos | T. Física | Daysi García | Observador 3 |
| 76 | 32310593 | 10:59 a.m. | Mezenine | Apoyo | Ana Leonor Acevedo | Observador 3 |
| 110 | 2411123 | 11:02 a.m. | Niños | T. Física | Blanca de Monterrosa | Observador 3 |
| 137 | 1541122 | 11:02 a.m. | Adultos | T. Física | Rina de Segura | Observador 2 |
| 148 | 1111132 | 11:03 a.m. | Adultos | Gimnasio | Iris Martínez | Observador 2 |
| 77 | 2211152 | 11:05 a.m. | Niños | T. Ocupacional | Jaqueline de Córdova | Observador 2 |
| 2 | 3251163 | 11:06 a.m. | Mezenine | Apoyo | José Omar Peñate | Observador 3 |
| 70 | 3341183 | 11:08 a.m. | Mezenine | Administrativo | Archivo | Observador 3 |
| 127 | 3221183 | 11:08 a.m. | Mezenine | Apoyo | Patricia Castro | Observador 3 |
| 83 | 25211113 | 11:11 a.m. | Niños | Gimnasio | Mirna Polanco | Observador 3 |
| 151 | 17211113 | 11:11 a.m. | Adultos | Electroterapia | Leonor Corado de Alvarado | Observador 3 |
| 74 | 22111133 | 11:13 a.m. | Niños | T. Ocupacional | Jaqueline de Córdova | Observador 3 |
| 144 | 26111132 | 11:13 a.m. | Niños | T. Lúdica | Mileni Liset Delgado | Observador 2 |
| 139 | 23211152 | 11:15 a.m. | Niños | T. Lenguaje | Ivi de Morataya | Observador 2 |
| 54 | 32511192 | 11:19 a.m. | Mezenine | Apoyo | José Omar Peñate | Observador 2 |
| 37 | 17111222 | 11:22 a.m. | Adultos | Electroterapia | Isabel Canizalez | Observador 2 |
| 96 | 15511223 | 11:22 a.m. | Adultos | T. Física | Cecilia de Rodríguez | Observador 3 |
| 99 | 26111243 | 11:24 a.m. | Niños | T. Lúdica | Mileni Liset Delgado | Observador 3 |
| 129 | 23411243 | 11:24 a.m. | Niños | T. Lenguaje | Maricela de Morales | Observador 3 |
| 117 | 32411313 | 11:31 a.m. | Mezenine | Apoyo | Lucia Peñate | Observador 3 |
| 23 | 26111323 | 11:32 a.m. | Niños | T. Lúdica | Mileni Liset Delgado | Observador 3 |
| 123 | 25111383 | 11:38 a.m. | Niños | Gimnasio | Marvín Magaña | Observador 3 |
| 90 | 14211393 | 11:39 a.m. | Adultos | T. Ocupacional | Inmel Escobar | Observador 3 |
| 140 | 14311392 | 11:39 a.m. | Adultos | T. Ocupacional | Judit de Guerra | Observador 2 |
| 82 | 24211412 | 11:41 a.m. | Niños | T. Física | Mercedes de García | Observador 2 |

| | | | | | | |
|------------|----------|------------|----------|----------------|---------------------------|--------------|
| 138 | 15411423 | 11:42 a.m. | Adultos | T. Física | Rina de Segura | Observador 3 |
| 50 | 14211442 | 11:44 a.m. | Adultos | T. Ocupacional | Inmel Escobar | Observador 2 |
| 65 | 17211443 | 11:44 a.m. | Adultos | Electroterapia | Leonor Corado de Alvarado | Observador 3 |
| 142 | 23111453 | 11:45 a.m. | Niños | T. Lenguaje | Carmen María de Quinteros | Observador 3 |
| 3 | 23111483 | 11:48 a.m. | Niños | T. Lenguaje | Carmen María de Quinteros | Observador 3 |
| 108 | 33411522 | 11:52 a.m. | Mezenine | Administrativo | Archivo | Observador 2 |
| 30 | 32211543 | 11:54 a.m. | Mezenine | Apoyo | Patricia Castro | Observador 3 |
| 34 | 22111543 | 11:54 a.m. | Niños | T. Ocupacional | Jaqueline de Córdova | Observador 3 |
| 98 | 12111542 | 11:54 a.m. | Adultos | Hidroterapia | Emelina de Zaldaña | Observador 2 |
| 48 | 31411552 | 11:55 a.m. | Mezenine | Medico | Pediatra Neurólogo | Observador 2 |
| 10 | 1511202 | 12:00 p.m. | Adultos | T. Física | Daysi García | Observador 2 |
| 136 | 3311203 | 12:00 p.m. | Mezenine | Administrativo | Secretaria Director | Observador 3 |
| 22 | 1721212 | 12:01 p.m. | Adultos | Electroterapia | Leonor Corado de Alvarado | Observador 2 |
| 45 | 1721223 | 12:02 p.m. | Adultos | Electroterapia | Leonor Corado de Alvarado | Observador 3 |
| 67 | 2331242 | 12:04 p.m. | Niños | T. Lenguaje | Carla de Márquez | Observador 2 |
| 81 | 3371242 | 12:04 p.m. | Mezenine | Administrativo | Director | Observador 2 |
| 132 | 1121243 | 12:04 p.m. | Adultos | Gimnasio | María Elena Alvarenga | Observador 3 |
| 115 | 2421252 | 12:05 p.m. | Niños | T. Física | Mercedes de García | Observador 2 |
| 17 | 2111273 | 12:07 p.m. | Niños | T. Educativa | Ana Lunes Funes de Funes | Observador 3 |
| 104 | 3211272 | 12:07 p.m. | Mezenine | Apoyo | Bessy de Molina | Observador 2 |
| 33 | 2611282 | 12:08 p.m. | Niños | T. Lúdica | Mileni Liset Delgado | Observador 2 |
| 122 | 33112102 | 12:10 p.m. | Mezenine | Administrativo | Secretaria Director | Observador 2 |
| 150 | 16112112 | 12:11 p.m. | Adultos | T. Lenguaje | Carmen de Quinteros | Observador 2 |
| 8 | 15412142 | 12:14 p.m. | Adultos | T. Física | Rina de Segura | Observador 2 |
| 95 | 25112143 | 12:14 p.m. | Niños | Gimnasio | Marvin Magaña | Observador 3 |
| 15 | 31512153 | 12:15 p.m. | Mezenine | Medico | Pediatra | Observador 3 |
| 64 | 15312172 | 12:17 p.m. | Adultos | T. Física | Patricia de Hernández | Observador 2 |
| 72 | 15212182 | 12:18 p.m. | Adultos | T. Física | Eva Lilian González | Observador 2 |

| | | | | | | |
|------------|----------|------------|----------|----------------|---------------------------|--------------|
| 130 | 14312183 | 12:18 p.m. | Adultos | T. Ocupacional | Judit de Guerra | Observador 3 |
| 19 | 11212202 | 12:20 p.m. | Adultos | Gimnasio | María Elena Alvarenga | Observador 2 |
| 40 | 31312202 | 12:20 p.m. | Mezenine | Medico | Fisiatra | Observador 2 |
| 44 | 22112202 | 12:20 p.m. | Niños | T. Ocupacional | Jaqueline de Córdova | Observador 2 |
| 18 | 26112212 | 12:21 p.m. | Niños | T. Lúdica | Mileni Liset Delgado | Observador 2 |
| 31 | 33312212 | 12:21 p.m. | Mezenine | Administrativo | Ventanilla | Observador 2 |
| 36 | 33712212 | 12:21 p.m. | Mezenine | Administrativo | Director | Observador 2 |
| 79 | 15212212 | 12:21 p.m. | Adultos | T. Física | Eva Lilian González | Observador 2 |
| 66 | 17112242 | 12:24 p.m. | Adultos | Electroterapia | Isabel Canizalez | Observador 2 |
| 11 | 31512253 | 12:25 p.m. | Mezenine | Medico | Pediatra | Observador 3 |
| 42 | 31312273 | 12:27 p.m. | Mezenine | Medico | Fisiatra | Observador 3 |
| 51 | 31512282 | 12:28 p.m. | Mezenine | Medico | Pediatra | Observador 2 |
| 53 | 24312283 | 12:28 p.m. | Niños | T. Física | Evelyn de Monzón | Observador 3 |
| 112 | 17112303 | 12:30 p.m. | Adultos | Electroterapia | Isabel Canizalez | Observador 3 |
| 7 | 31412363 | 12:36 p.m. | Mezenine | Medico | Pediatra Neurólogo | Observador 3 |
| 52 | 15112382 | 12:38 p.m. | Adultos | T. Física | Daysi García | Observador 2 |
| 131 | 33312382 | 12:38 p.m. | Mezenine | Administrativo | Ventanilla | Observador 2 |
| 35 | 33512412 | 12:41 p.m. | Mezenine | Administrativo | Expediente | Observador 2 |
| 69 | 15212412 | 12:41 p.m. | Adultos | T. Física | Eva Lilian González | Observador 2 |
| 84 | 23112413 | 12:41 p.m. | Niños | T. Lenguaje | Carmen María de Quinteros | Observador 3 |
| 94 | 23312433 | 12:43 p.m. | Niños | T. Lenguaje | Carla de Márquez | Observador 3 |
| 71 | 32112462 | 12:46 p.m. | Mezenine | Apoyo | Bessy de Molina | Observador 2 |
| 91 | 31512462 | 12:46 p.m. | Mezenine | Medico | Pediatra | Observador 2 |
| 12 | 23212482 | 12:48 p.m. | Niños | T. Lenguaje | Ivi de Morataya | Observador 2 |
| 92 | 15512483 | 12:48 p.m. | Adultos | T. Física | Cecilia de Rodríguez | Observador 3 |
| 58 | 11212502 | 12:50 p.m. | Adultos | Gimnasio | María Elena Alvarenga | Observador 2 |
| 116 | 14212532 | 12:53 p.m. | Adultos | T. Ocupacional | Inmel Escobar | Observador 2 |
| 124 | 11212542 | 12:54 p.m. | Adultos | Gimnasio | María Elena Alvarenga | Observador 2 |
| 9 | 15312563 | 12:56 p.m. | Adultos | T. Física | Patricia de Hernández | Observador 3 |
| 56 | 31312562 | 12:56 p.m. | Mezenine | Medico | Fisiatra | Observador 2 |
| 59 | 15412573 | 12:57 p.m. | Adultos | T. Física | Rina de Segura | Observador 3 |

| | | | | | | |
|------------|----------|------------|----------|----------------|------------------|--------------|
| 60 | 33412592 | 12:59 p.m. | Mezenine | Administrativo | Archivo | Observador 2 |
| 147 | 15112593 | 12:59 p.m. | Adultos | T. Física | Daysi García | Observador 3 |
| 114 | 32513233 | 01:23 p.m. | Mezenine | Apoyo | José Omar Peñate | Observador 3 |
| 78 | 31313363 | 01:36 p.m. | Mezenine | Medico | Fisiatra | Observador 3 |
| 57 | 31313423 | 01:42 p.m. | Mezenine | Medico | Fisiatra | Observador 3 |

1. *Modelo de encuesta de satisfacción del usuario externo*



CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CRIO

OBJETIVOS:

Identificar el nivel de satisfacción que los usuarios del CRIO, perciben en las diferentes áreas del CRIO basado en tres dimensiones: profesionalidad del personal, comunicación/amabilidad y entrega efectiva de atención, para detectar aspectos de mejora y control.

A continuación tiene un cuestionario para medir la satisfacción del usuario, en todos los servicios de atención prestados en el CRIO, Con relación a las siguientes preguntas, Por Favor marque con (X) o responda en la opción que conteste de mejor manera a las interrogantes que se formulan:

P.1. **¿Es Usted Usuario Activo del Centro?** SI NO

Seleccione sólo una opción

☞ Si su Respuesta es **NO** Fin de la Encuesta.

P.2. **¿Cuánto tiempo tiene de recibir atención en el Centro?**

❖ INGRESO:

P.3. **¿El personal de Enfermería lo ha atendido con Respeto y Amabilidad?**

Seleccione sólo una opción

SI NO No Recuerda

P.4. **¿Se le brindo información adecuada acerca de los lugares a los que necesitaba asistir?**

Seleccione sólo una opción

SI NO No Recuerda

❖ EVALUACIÓN MÉDICA

P.5. **¿Ha recibido atención con algún médico Especialista?**

Seleccione sólo una opción

SI NO **¿Porque?**

☞ Si su Respuesta es **NO** y la razón fue inasistencia por favor pasar {Ir P.15} si no {Ir

P.17}, luego terminar encuesta

P.6. **¿Qué médico le brinda atención actualmente?**

Ortopeda Fisiatra Pediatra Neurólogo pediatra

P.7. **Le ha explicado el medico:**

| | Si | No |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diagnostico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pronostico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

P.8. **¿Le parece importante la consulta médica para su rehabilitación integral?**

Seleccione sólo una opción

SI NO

- P.9. **¿El médico que le ha atendido lo ha hecho con amabilidad y profesionalismo?**
 Seleccione sólo una opción **SI** **NO**
- P.10. **¿Alguna vez se presentó a su cita y no se le brindó la atención?**
 Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **No sabe**
- P.11. **¿Ha recibido consulta médica en condición?**
 Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **Es Indiferente**
- P.12. **¿Considera que los horarios de la consulta especialista son adecuados a sus necesidades?**
 Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **Es Indiferente**
- P.13. **¿Al momento de programar su cita médica, la persona que lo atendió lo hizo de manera amable y respetuosa?**
 Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **Es Indiferente**
- P.14. **¿Alguna vez ha faltado a su consulta médica especialista?**
 Seleccione sólo una opción **SI** **NO**
 ☞ Si su Respuesta es **NO** por favor pasar {Ir P.17}
- P.15. **¿Cuántas veces ha faltado a su cita con el especialista?**
 Por favor escriba un número: # _____
- P.16. **¿Cuál fue la causa de su inasistencia?**
 ✎ _____
-
- P.17. **Para cuanto tiempo le dejaron la cita con el especialista** ✎ _____
- P.18. **¿Considera ese periodo de tiempo aceptable?**
 Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **Es Indiferente**

❖ **EVALUACIÓN TERAPIA**

P.19.

| Tipo de terapia | A qué tipo de terapia lo han referido | Ha recibido su evaluación de terapia | Cuanto tiempo espero para ser evaluado | Le pareció adecuado el tiempo que espero para recibir evaluación |
|---------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| Terapia Ocupacional | | | | |
| Terapia de Lenguaje | | | | |
| Educación Física Adaptada | | | | |
| Terapia Educativa | | | | |
| Electroterapia | | | | |
| Hidroterapia | | | | |
| Gimnasio | | | | |
| Terapia Física | | | | |

☞ Si **NO** ha sido evaluado {Ir P.30}

- P.20. **¿Está Usted recibiendo Terapia Actualmente?**
 Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **Está encargado de otra Persona**
 ☞ Si su Respuesta es **NO** {Ir P.30}
- P.21.

| Tipo de terapia | ¿Qué tipo de terapia está recibiendo? | ¿Cuánto tiempo espero para su primera terapia? | ¿Le pareció adecuado el tiempo que espero para recibir terapia? |
|-----------------|---------------------------------------|--|---|
| | | | |

| | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| Terapia Ocupacional | | | |
| Terapia de Lenguaje | | | |
| Educación Física Adaptada | | | |
| Terapia Educativa | | | |
| Electroterapia | | | |
| Hidroterapia | | | |
| Gimnasio | | | |
| Terapia Física | | | |

P22. Le ha explicado el Terapeuta:

| | Si | No |
|-----------------------------------|----|----|
| Diagnostico | | |
| Proceso de alta | | |
| Su evolución | | |
| Plan de tratamiento | | |
| Pronostico | | |
| Los ejercicios para hacer en casa | | |
| Si es si, los practica en casa | | |

P.23. ¿Ha notado avances o mejoría en la rehabilitación?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO**

P.24. ¿Los horarios de las terapias se adaptan a sus necesidades?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO**

P.25. ¿Considera usted que el/la terapeuta es amable y cordial en su trato?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO**

P.26. ¿Ha sido usted alguna vez víctima de maltrato o discriminación por parte del personal del centro?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **No Recuerda**

P.27. ¿Se le ha indicado que hacer en caso de insatisfacción en el servicio?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **No Recuerda**

P.28. ¿Le han pasado alguna encuesta o instrumento de satisfacción?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **No Recuerda**

P.29. ¿Al momento de programar su cita de terapia, la persona que lo atendió lo hizo de manera amable y respetuosa?

Seleccione sólo una opción **SI** **NO** **Es Indiferente**

P.30. De los siguientes aspectos de calidad en el servicio elija dos que considere más importantes

Amabilidad del personal *Equipamiento moderno e instalaciones atractivas*

Implementación de un sistema de opinión ciudadana *Entrega efectiva de atención*

Otro; especifique: _____

P.31 Mencione algunos aspectos que se deberían mejorar para brindarle un mejor servicio

✂ _____

P.32. En la escala del 1 al 10, siendo 10 la más alta, cuál es la calificación general que usted daría al proceso de atención recibida hasta el momento en el CRIO?

|

❖ DATOS GENERALES:

EDAD DEL USUARIO QUE RECIBE LA ATENCIÓN: _____ SEXO: *M*

F LUGAR DE DONDE VIENE: _____

GRACIAS POR SU COLABORACION

2. *Modelo de encuesta satisfacción del usuario interno*

CENTRO DE REHABILITACIÓN DE OCCIDENTE

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL



OBJETIVO:

Evaluar el potencial del personal del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente para identificar las condiciones que permitirán mejorar el servicio a los usuarios.

Instrucciones Generales

Esta encuesta de opinión sobre la organización es absolutamente anónima, no escriba su nombre, código o cualquier otro tipo de identificación ya que se busca que usted responda con la más amplia libertad y veracidad posible. La encuesta está dividida en 3 partes:

- **Parte I:** Está dedicada a la información de carácter general acerca de su situación actual como trabajador del CRIO (Preguntas 1 a la 4).
- **Parte II:** Está dedicada a medir la apreciación que tiene Ud. como trabajador acerca de su organización y el servicio prestado. (Preguntas 1 a la 15).
- **Parte III:** Tiene por finalidad recoger sugerencias, que usted considere necesarias precisar por escrito.

Parte I

1. **¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su puesto de trabajo dentro de la organización?**

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Personal de Jefaturas | <input type="checkbox"/> | Personal técnico | <input type="checkbox"/> |
| Personal Administrativo | <input type="checkbox"/> | Personal médico | <input type="checkbox"/> |
| Personal de servicios generales | <input type="checkbox"/> | Personal de apoyo | <input type="checkbox"/> |

Otros (especifique) _____

2. **¿A qué grupo ocupacional pertenece?**

| | | | |
|---------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Medico | <input type="checkbox"/> | Psicólogos | <input type="checkbox"/> |
| Trabajador/a social | <input type="checkbox"/> | Administrativo | <input type="checkbox"/> |
| Enfermera | <input type="checkbox"/> | Terapista | <input type="checkbox"/> |

Otros (especifique) _____

3. **¿Cuál es su tiempo de servicios en el CRIO?**

| | | | |
|--------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| De 1-5 años | <input type="checkbox"/> | Más de 10 años | <input type="checkbox"/> |
| De 5-10 años | <input type="checkbox"/> | | |

4. **¿Cuál es su tiempo de servicios en el actual puesto de trabajo?** _____

Parte II

A continuación tiene usted una lista de afirmaciones o puntos de vista relacionados con el trabajo, Sírvase calificar cada una de las frases usando una escala de puntuación del 1 al 4, de tal manera que el puntaje que asigne denote su conformidad con lo que ha declarado.

El puntaje y la clave de respuesta a cada afirmación se asignarán de acuerdo a la siguiente tabla:

| Código: | Estoy: |
|---------|---------------|
| 4 | Siempre |
| 3 | Algunas veces |
| 2 | Pocas veces |
| 1 | Nunca |

| Corre. | Pregunta | Puntaje | | | |
|---|---|---------|---|---|---|
| Evaluación del desempeño en el trabajo | | | | | |
| 1 | Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2 | La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3 | En términos Generales me siento satisfecho con el servicio que brindo a los usuarios. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4 | Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | El nombre y prestigio del CRIO es gratificante para mí. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6 | Conozco bien los servicios y productos que ofrece el CRIO | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Evaluación de percepción acerca de satisfacción de usuarios | | | | | |
| 7 | Me preocupo por solucionar los problemas que afectan el servicio a los usuarios que se presentan en mi área | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8 | Tengo autonomía para resolver los problemas que afectan el servicio a los usuarios se presentan en mi área. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9 | Tomo en cuenta las sugerencias de los usuarios para la mejorar la calidad en el servicio que brindo. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10 | La dirección me propone sugerencias o estrategias para mejora en la prestación de servicios | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11 | Participo en reuniones para tratar temas de mejora en los servicios a los usuarios. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12 | Estoy comprometido con la satisfacción del cliente | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13 | Periódicamente evaluamos los procesos conforme a las exigencias de los usuarios. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14 | La dirección me brinda los mecanismos y recursos necesarios para resolver los problemas en la prestación de los servicios de mi área. | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15 | Estoy dispuesto a efectuar cambios para mejorar los servicios que brindo. | 4 | 3 | 2 | 1 |

+Parte III

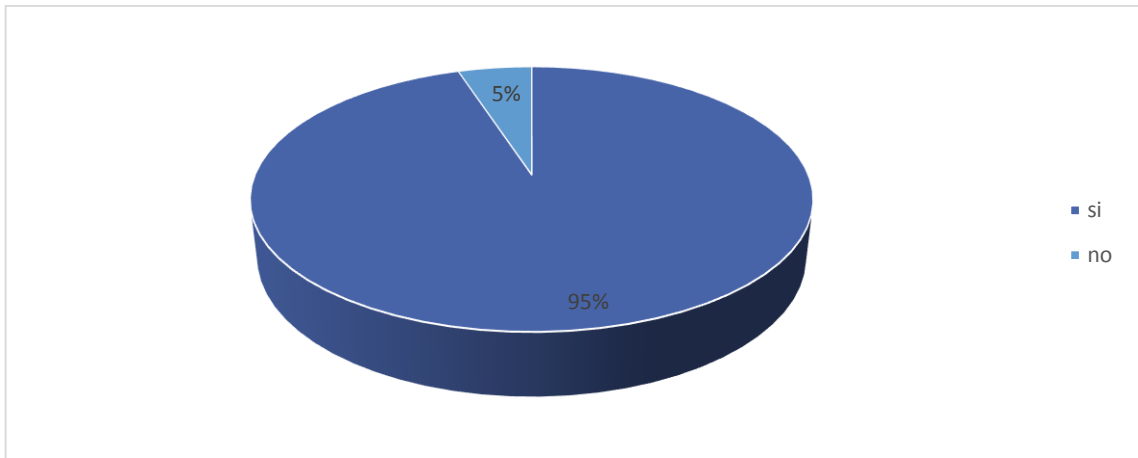
¿Cuáles son las principales situaciones problemáticas que detecta en su área?

¿Qué sugeriría para mejorar los problemas que presenta el CRIO en la prestación de su servicio?

3. Resultados de la Encuesta de Opinión de los usuarios Externos e Internos del CRIO.

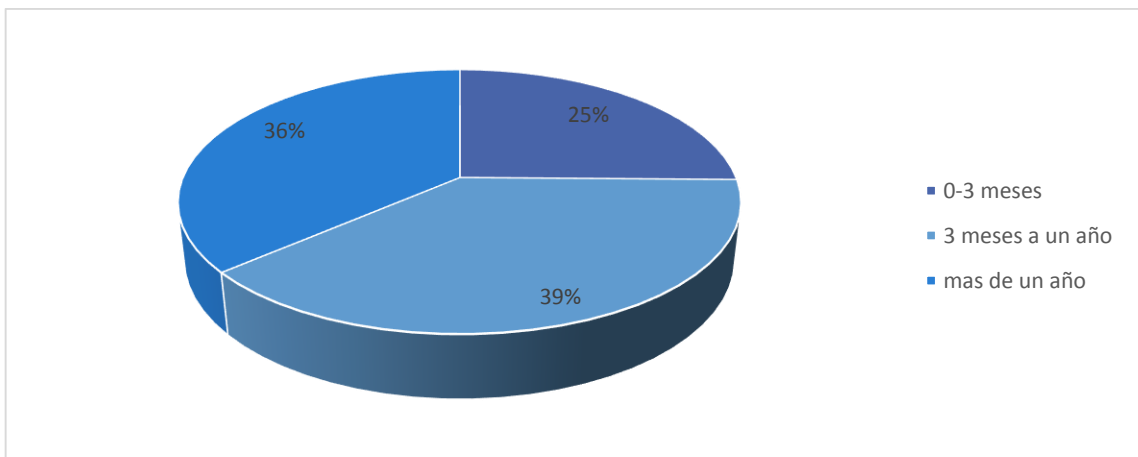
a) Resultados de la Encuesta del Usuario Externo

1 - ¿Es Usted Usuario Activo del Centro?



Del total de encuestas que se hicieron en el centro, se obtuvo que de los encuestados 94 pertenecían al centro y 5 no, esto sirve para determinar un estimado del error muestral.

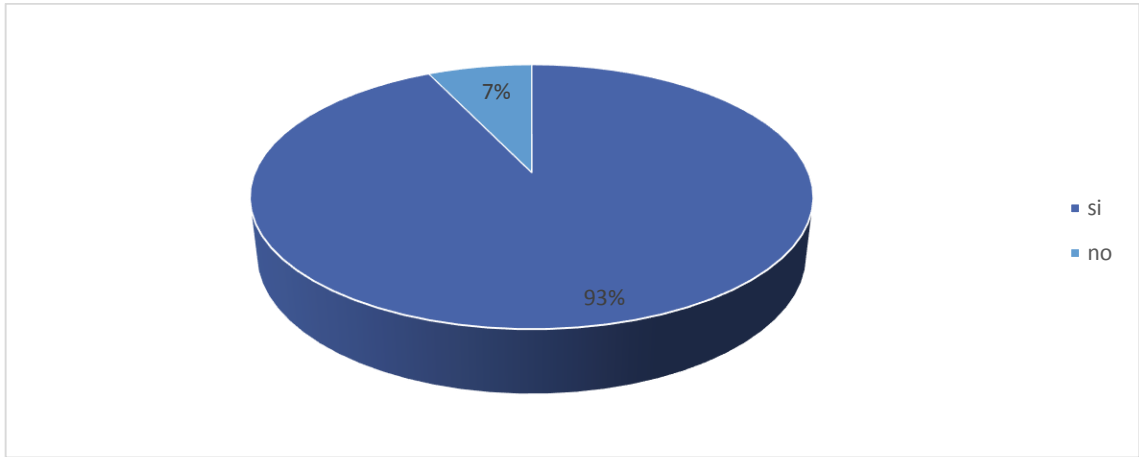
2 - ¿Cuánto tiempo tiene de recibir atención en el Centro?



De las personas encuestadas un 39 % está entre 3 meses y un año, un 36 % más de un año y un 25% entre 0 y 3 meses, asegurando usuarios que en su mayoría ya han pasado por las terapias, recibido consulta y que ha sido tratado por casi todo el personal.

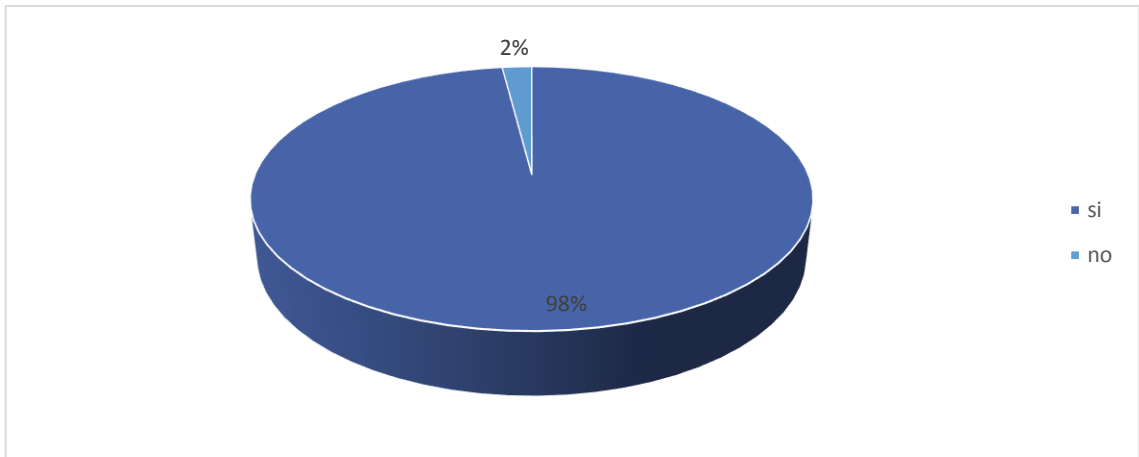
Estos datos nos aseguran mayor veracidad en las respuestas, de gente que tiene mucho más tiempo en los servicios médicos y de terapia.

3 - ¿El personal de Enfermería lo ha atendido con Respeto y Amabilidad?



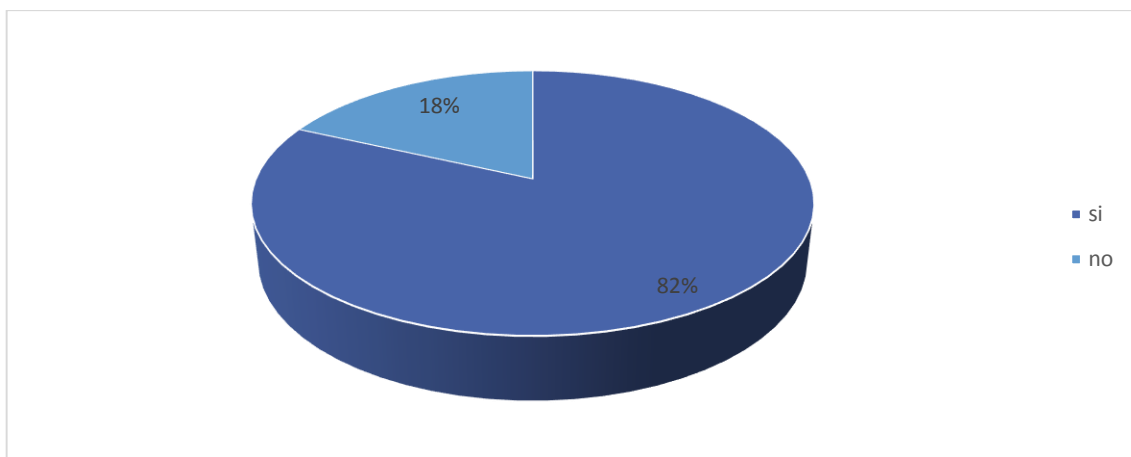
Para el 93% de los encuestados la atención que brindan las enfermeras es la adecuada y positiva. Para el 7% no se les trata como debe ser, y piensan que las enfermeras son irrespetuosas en la atención.

4 - ¿Se le brindo información adecuada acerca de los lugares a los que necesitaba asistir?



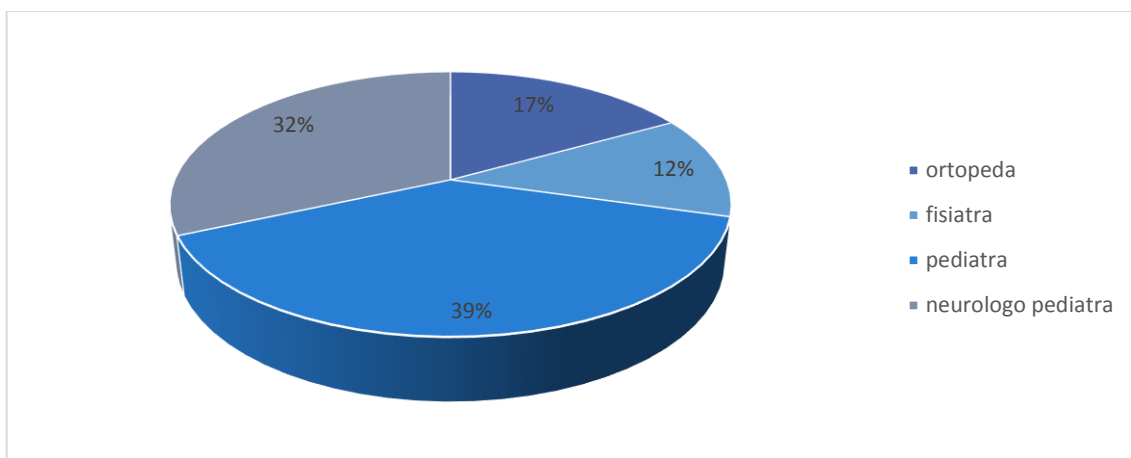
El 98% de usuarios contestó que se les brindo una buena orientación a los lugares que necesitaba asistir en su momento, solo el 2% contestó que no. Por tanto enfermeras y personal de atención en general brinda indicaciones necesarias a los usuarios.

5 - ¿Ha recibido atención con algún médico Especialista?



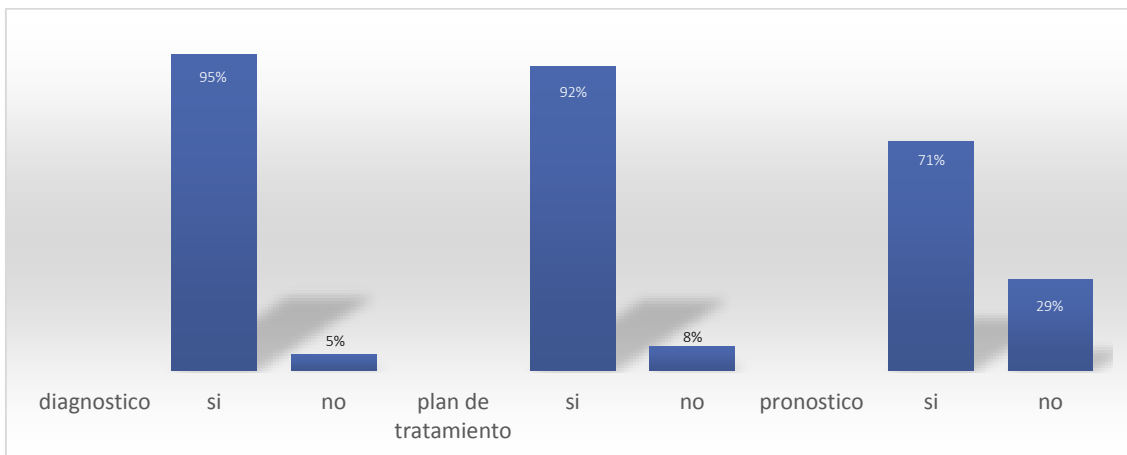
En la pregunta filtro para saber quiénes de los encuestados ya habían recibido su primera evaluación médica con el especialista, el 82% contestó que sí. Esta cantidad de personas pasa a la siguiente pregunta.

6 - ¿Que médico le brinda atención actualmente?



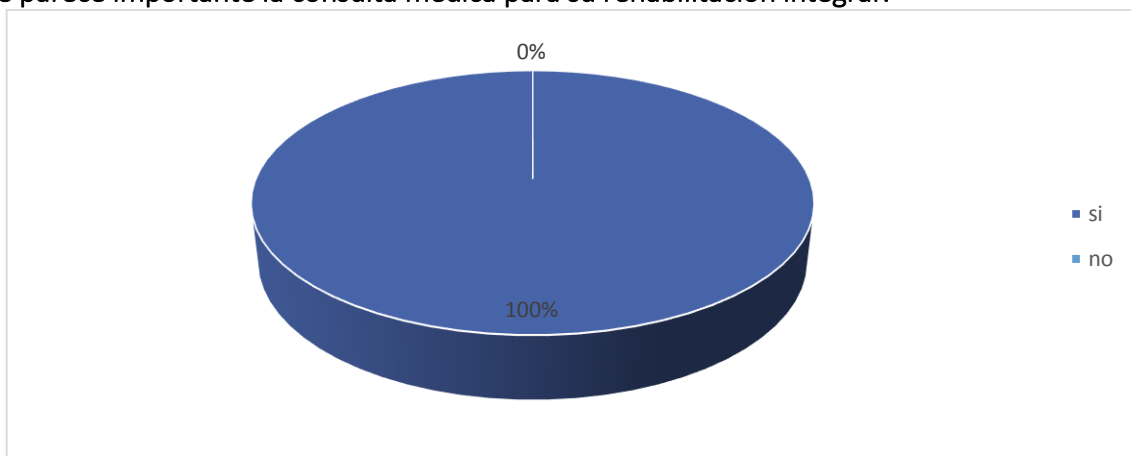
Del total de usuarios encuestados, un 39% ha sido atendido por el Pediatra, y un 32% por el neurólogo pediatra, 17% por el ortopeda y 12% del fisiatra.

7 - ¿Le ha explicado el medico:



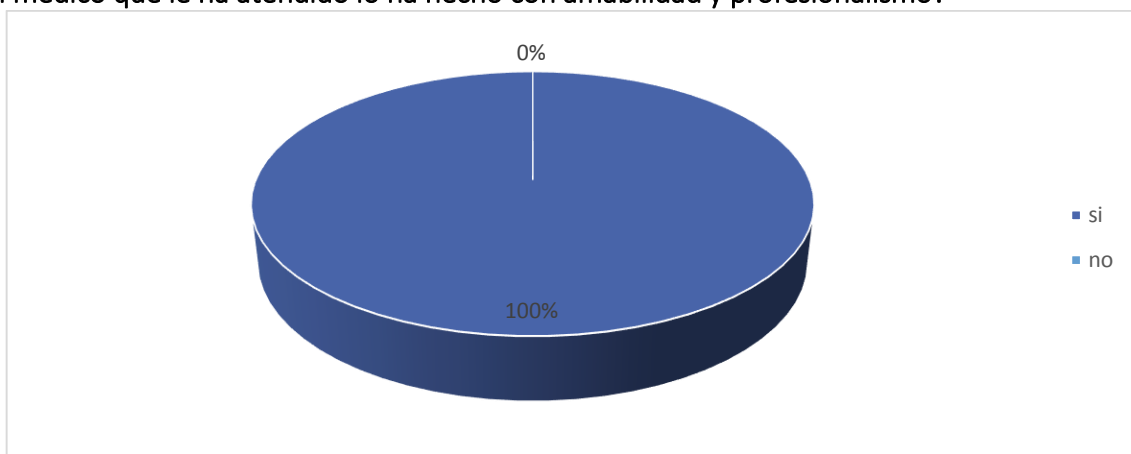
El 95% de usuarios encuestados aseguro que el médico le explico su diagnóstico, el 92% dijo que se le explico el plan de tratamiento que debía seguir para su rehabilitación integral, pero que solo el 71% aseguro que se le explico el pronóstico de recuperación, evidenciando que en un porcentaje alto las personas no saben hasta qué punto podrán rehabilitarse a la hora de entrar en los servicios del CRIO.

8 - ¿Le parece importante la consulta médica para su rehabilitación integral?



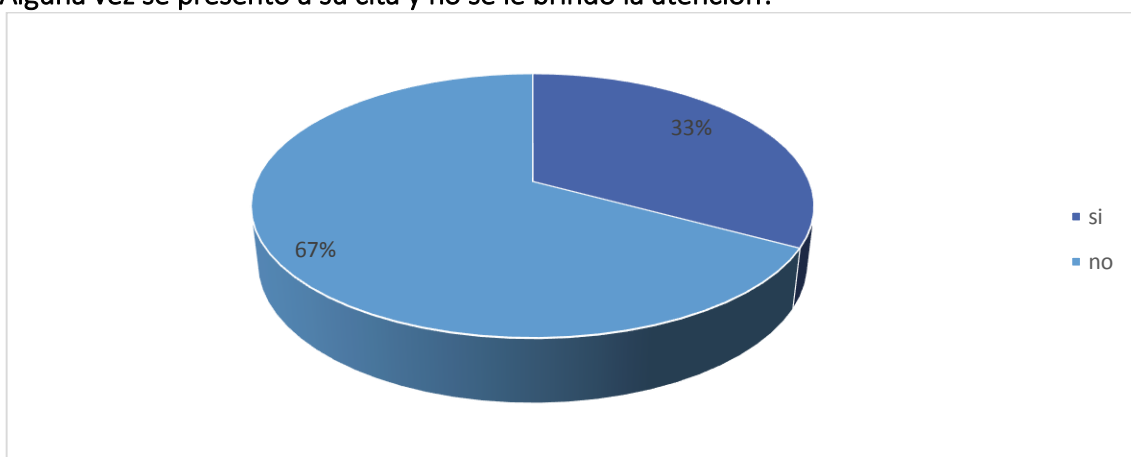
En esta pregunta, se identifica contundentemente que para el usuario es muy importante la consulta médica para su rehabilitación integral, lo que desestima que las inasistencias se deban al desinterés de los usuarios a recibir las consultas médicas.

9 - ¿El médico que le ha atendido lo ha hecho con amabilidad y profesionalismo?



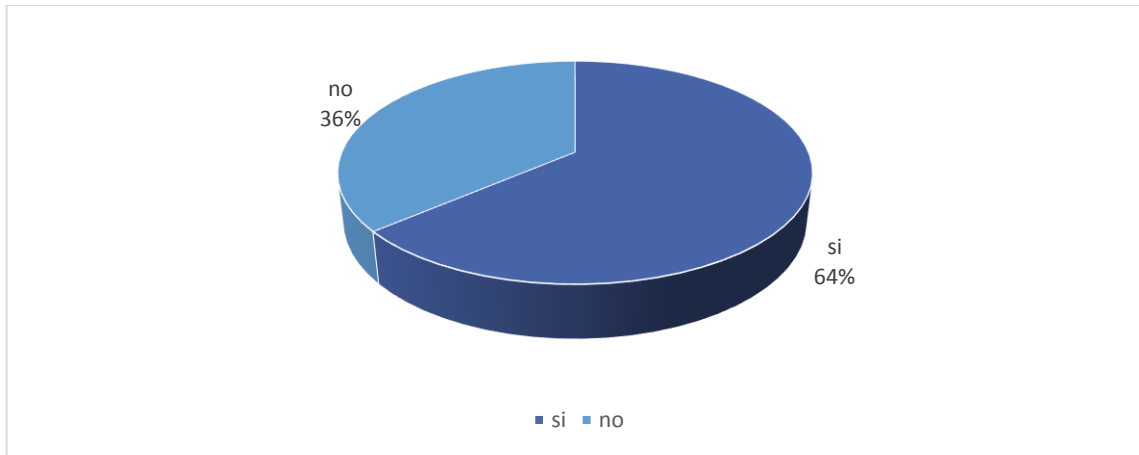
La respuesta a esta pregunta también es contundente, el sentir de los usuarios es que los médicos en general les atienden con profesionalismo y respeto siempre, a su vez nunca han sido discriminados, ni abusados por parte de estos.

10 - ¿Alguna vez se presentó a su cita y no se le brindo la atención?



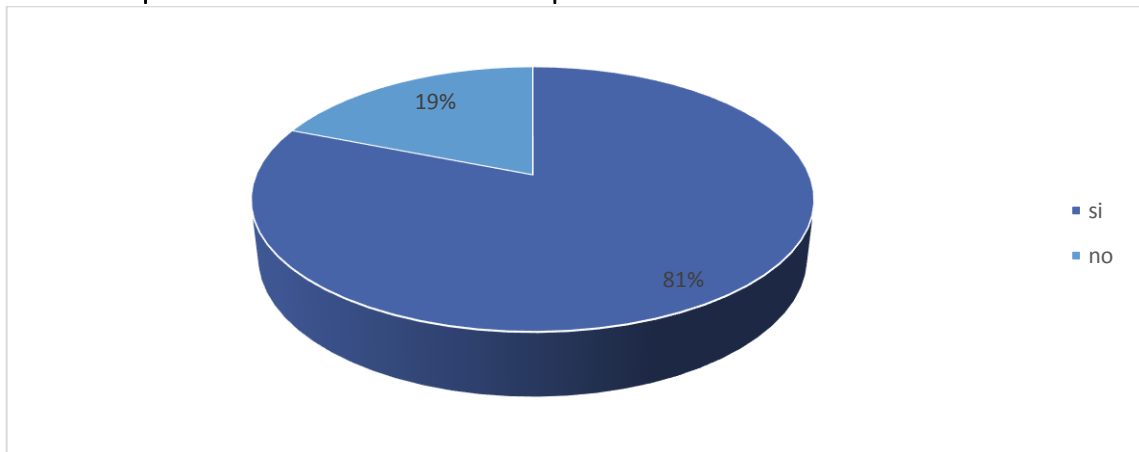
El 33% de los usuarios encuestados respondió de manera afirmativa, que se presentaron a su consulta médica previamente citados, y estos no fueron atendidos por el médico, esto no necesariamente se debe a inasistencia del personal médico, podría ser debido a que el medico estaba ocupado, o en reunión.

11 - ¿Ha recibido consulta médica en condición?



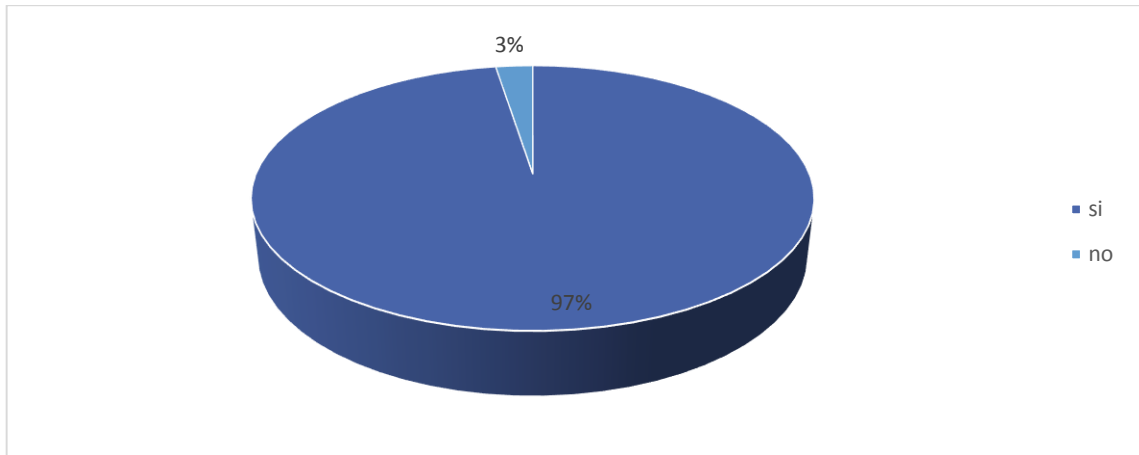
Se evidencia que la mayoría de usuarios recibió alguna vez consulta en condición, el 64% dice que sí y el 36% dice que no. Esto respalda la hipótesis de los elevados usuarios en condición en el CRIO.

12 - ¿Considera que los horarios de la consulta especialista son adecuados a sus necesidades?



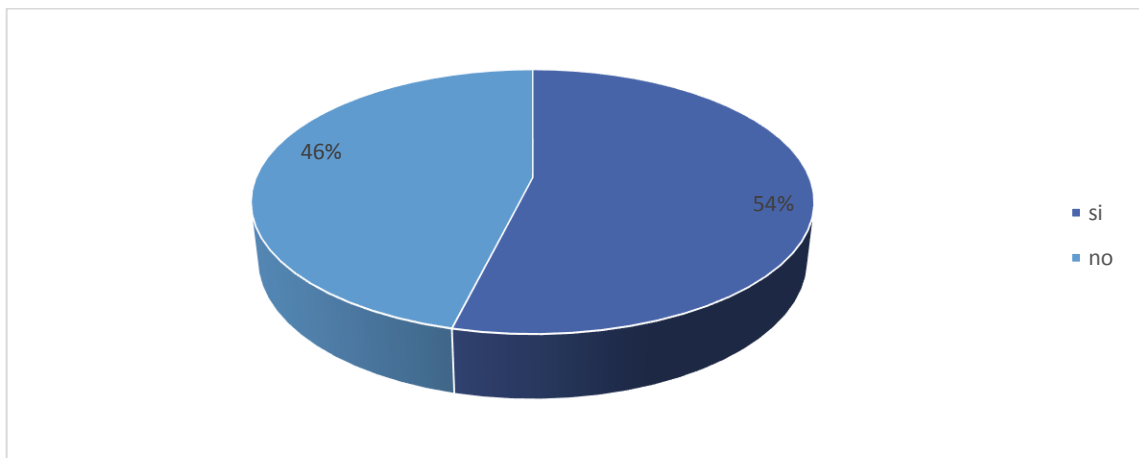
La mayoría de usuarios piensa que los horarios en los que están las citas son adecuadas a sus necesidades, un 81 % piensa que se adecuan y un 19% piensa que no. Esto evidencia que no es una causa de que las personas no asistan a las consultas médicas con especialistas.

13 - ¿Al momento de programar su cita médica, la persona que lo atendió lo hizo de manera amable y respetuosa?



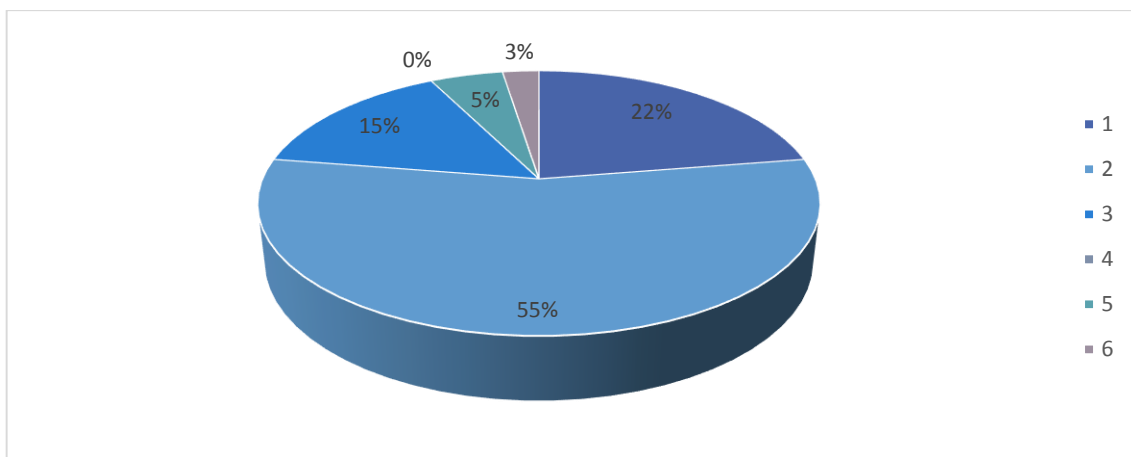
La mayoría de usuarios encuestados piensa que la persona que programa cita médica es amable y respetuosa en su trato, un 97% piensa que lo es y apenas un 3 % piensa que no.

14 - ¿Alguna vez ha faltado a su consulta médica especialista?



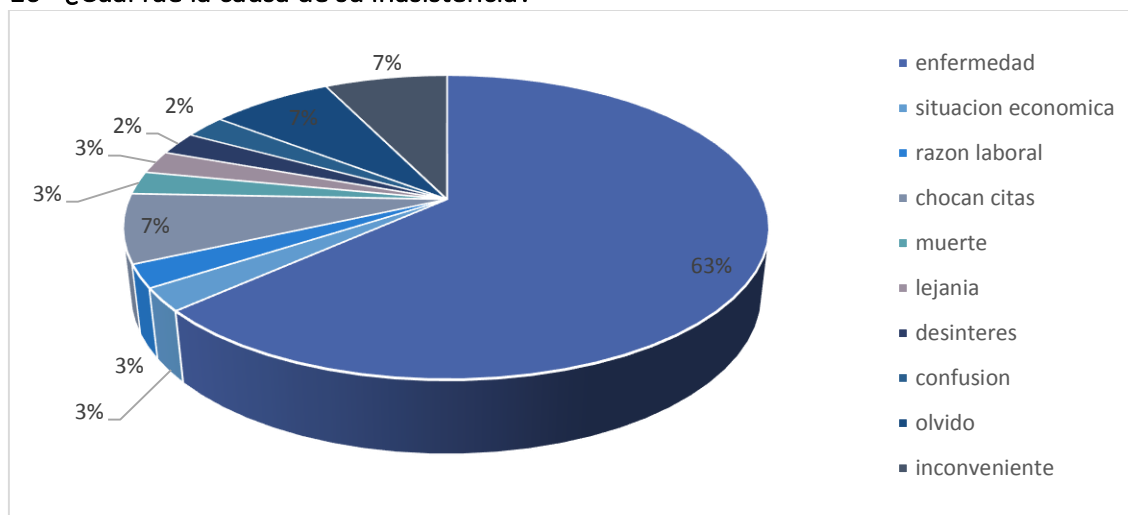
Se observa que un 54 % de usuarios ha faltado al menos una vez a consulta médica con especialista, lo que es una cifra bastante alta, lo que evidencia los problemas de inasistencia que hay en el centro en las citas médicas especialista, lo que abona a que la agenda medica este saturada.

15 - ¿Cuántas veces ha faltado a su cita con el especialista?



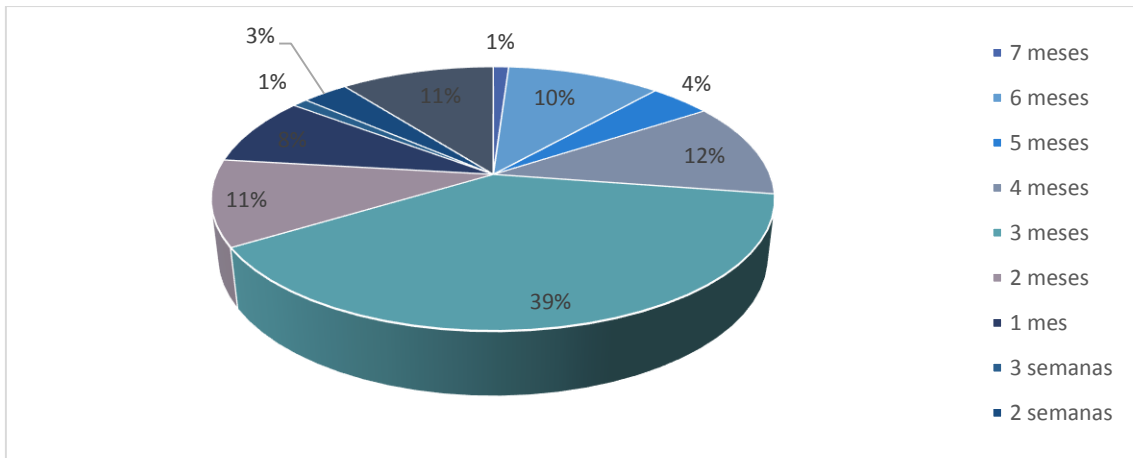
El 55% de los usuarios asegura haber faltado al menos 2 veces a su consulta médica con el especialista, 22% una vez, 15% 3 veces, 5% 5 veces y 3% 6 veces, lo que evidencia aún más el problema de inasistencias de los usuarios.

16 - ¿Cuál fue la causa de su inasistencia?



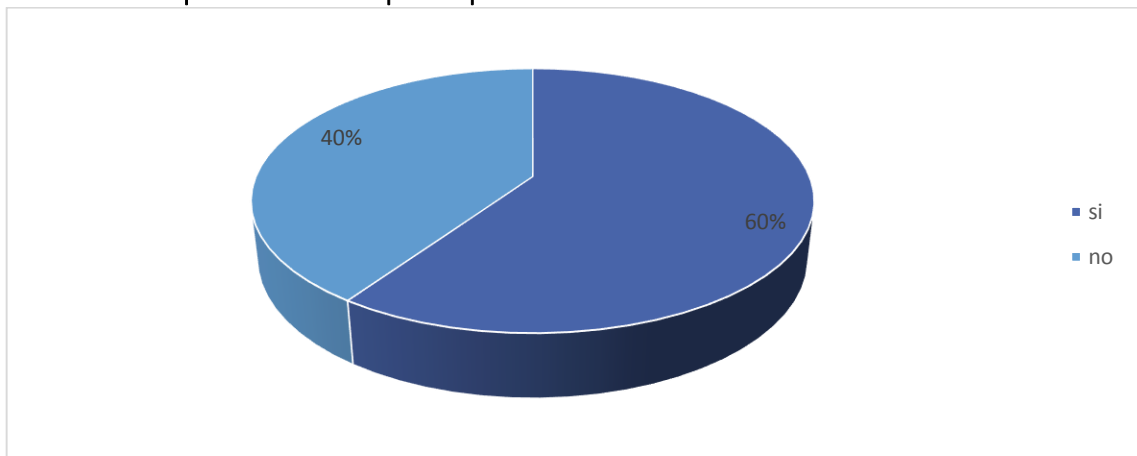
Se evidencia que la mayoría de inasistencias se debe a enfermedad en el paciente, ya que las personas discapacitadas son tendientes a enfermarse más que otras personas normales, siendo insignificantes las demás respuestas siendo enfermedad con un 63 %

17 - ¿Para cuánto tiempo le dejaron la cita con el especialista?



El 39% de los usuarios encuestados aseguran se les dejó la cita inicial con médico especialista para 3 meses, 12% para 4 meses, 11% 2 meses, 11% 3 semanas. Evaluando estos porcentajes y el tiempo de espera se evidencia los problemas con agenda médica, con tiempos demasiado largos en las atenciones a los usuarios.

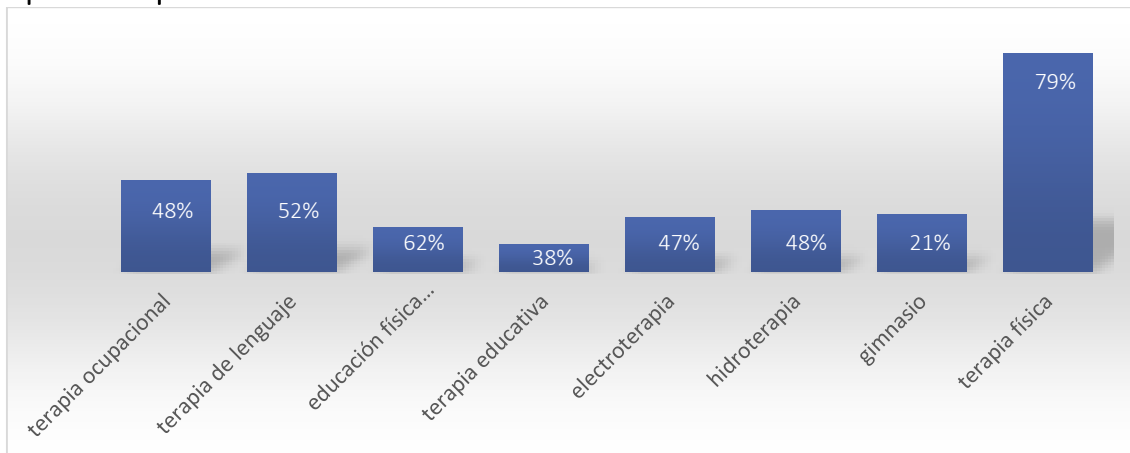
18 - ¿Considera ese periodo de tiempo aceptable?



El 60% de los usuarios encuestados considera el tiempo de espera de consulta médica con especialista aceptable, el 40% considera que no lo es, evidenciando la insatisfacción de los usuarios sobre este servicio.

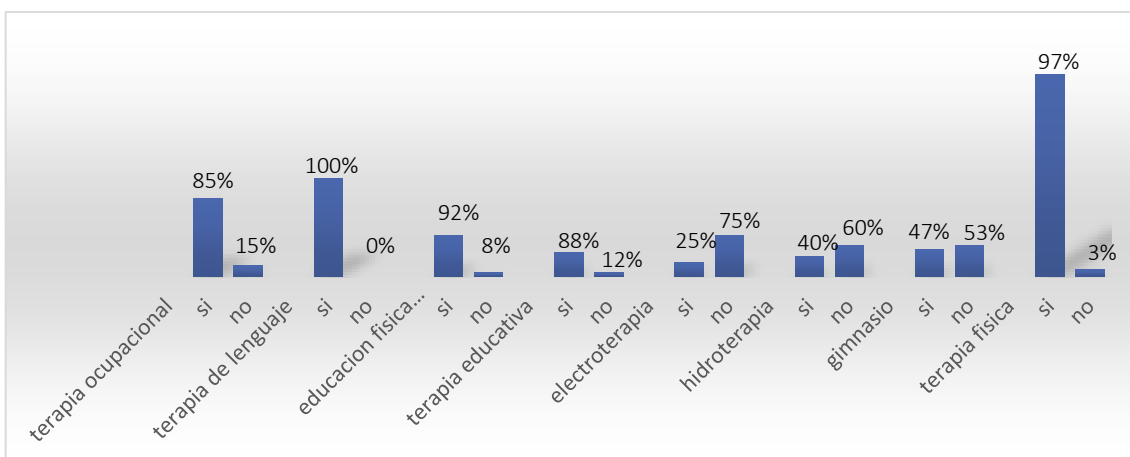
19. Checklist Evaluación en Terapia.

A qué tipo de terapia lo han referido



Esta pregunta filtro es para conocer a que terapias se le refirió.

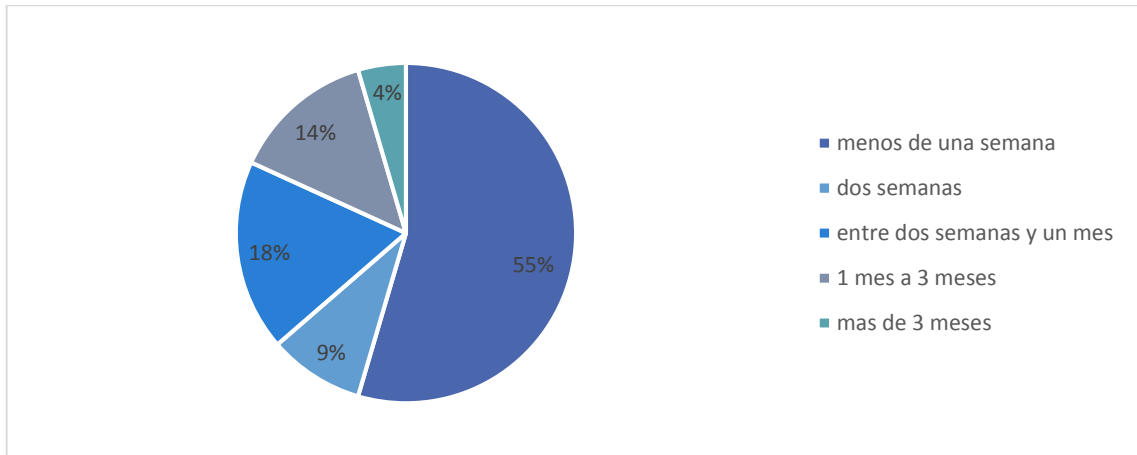
Ha recibido su evaluación en terapia



Este filtro es para conocer cuántas personas de las que se les refirió a las diferentes terapias, ya recibieron su evaluación en terapias.

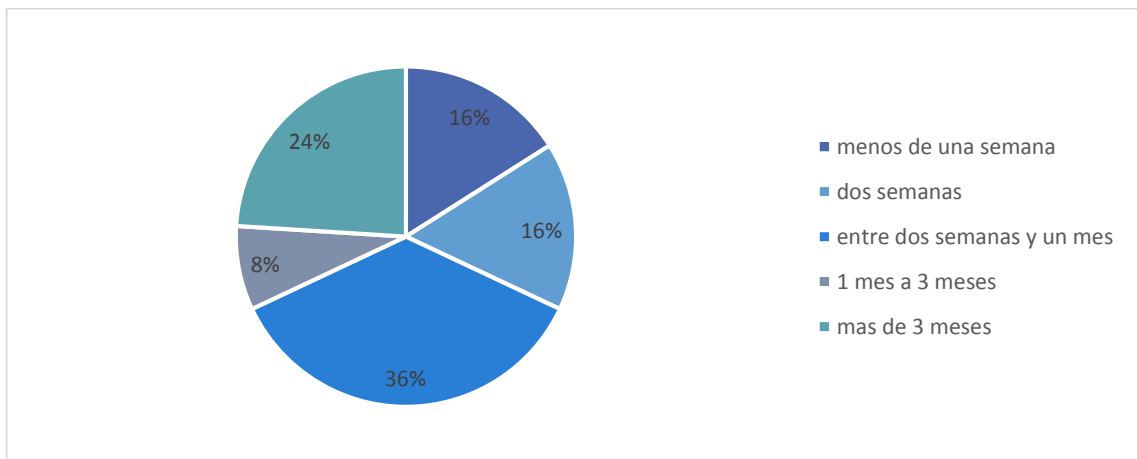
Cuanto tiempo espero para ser evaluado:

Terapia ocupacional



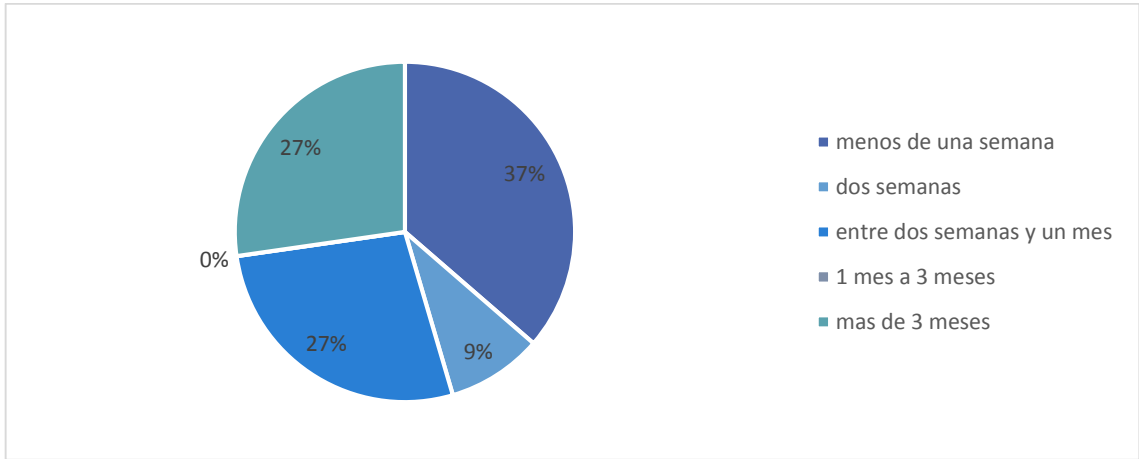
El 55% de los usuarios encuestados afirma haber recibido evaluación en terapia en menos de una semana, 18% entre dos semanas y un mes, 14% de un mes a 3 meses, siendo la mayoría de respuestas un tiempo estimado adecuado.

Terapia de lenguaje



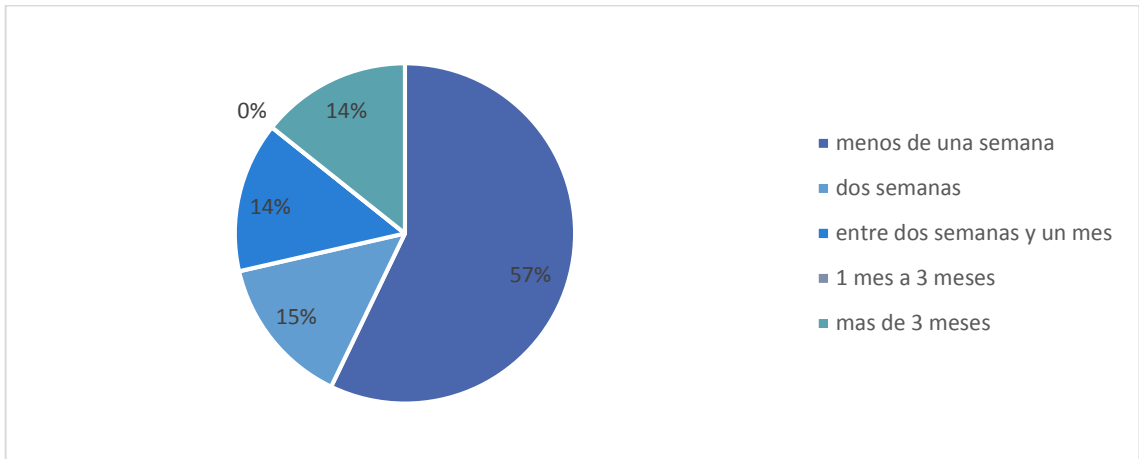
En terapia de lenguaje, los usuarios encuestados aseguran en un 36% recibir su evaluación en terapia entre dos semanas y un mes, 24% en menos de una semana, lo que evidencia que en esta área hay más saturación de usuarios que requieren la evaluación en terapia y por ende servicios de terapia.

Educación física adaptativa



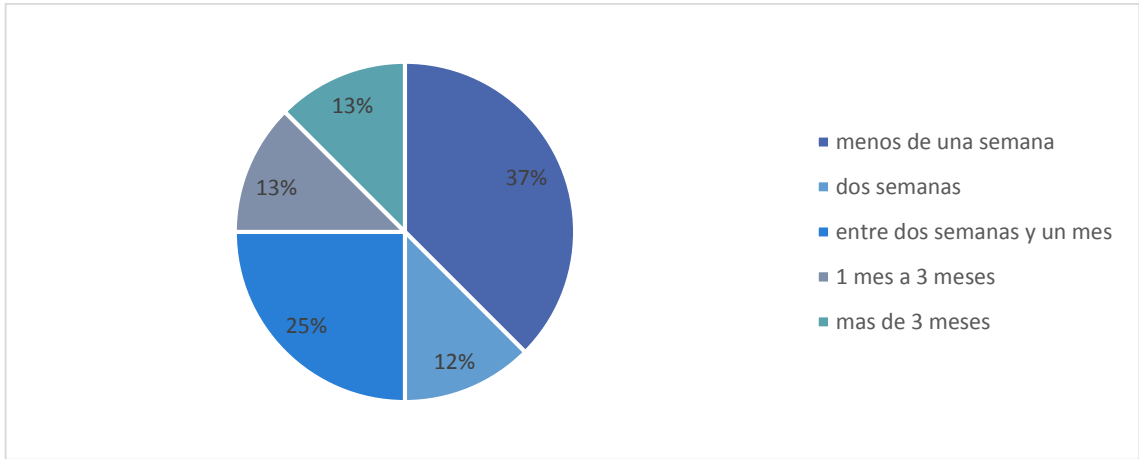
En Educación física adaptativa, los usuarios encuestados aseguran en un 37% haber recibido su evaluación en terapia en menos de una semana, un 27% entre dos semanas y un mes, y un 27% en más de 3 meses. Se observa que es elevado el número de usuarios que reciben su evaluación en 3 meses, es significativo por el prolongado tiempo de espera.

Terapia educativa



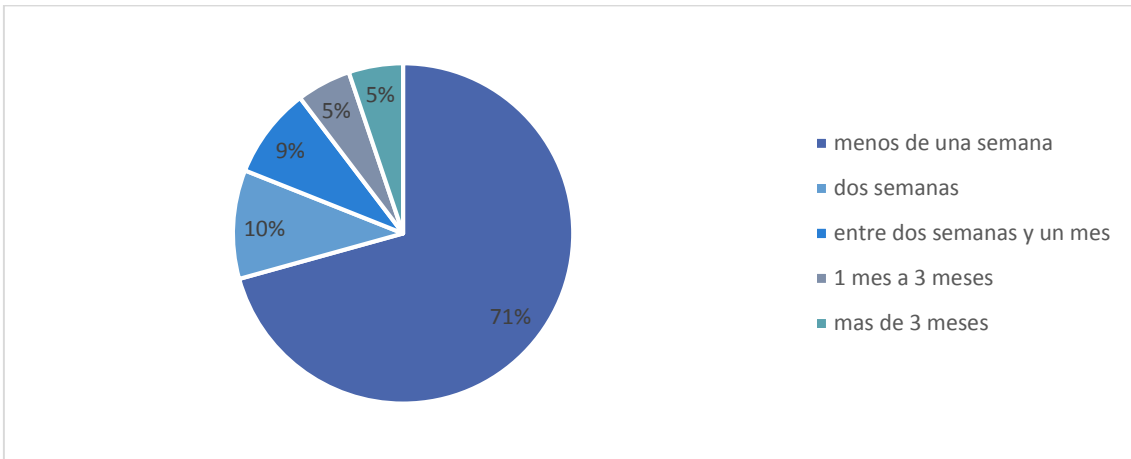
En terapia educativa, 57% de los usuarios entrevistados asegura haber recibido su evaluación en terapia en menos de una semana, 15% en dos semanas, 14% entre dos semanas y un mes y 14% más de 3 meses, siendo estos tiempos en su mayoría considerados adecuados.

Gimnasio



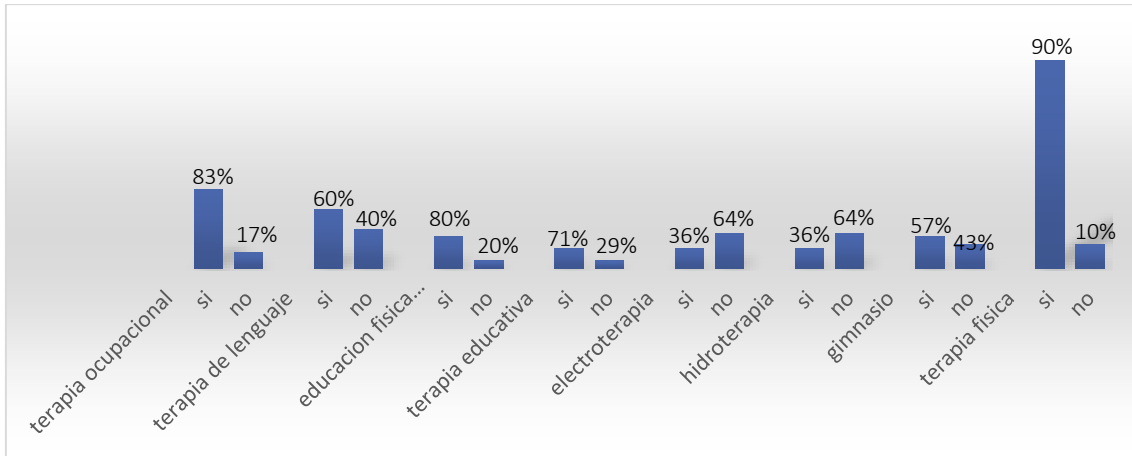
En Gimnasio, 37% de los usuarios entrevistados asegura haber recibido su evaluación en terapia en menos de una semana, 25% entre dos semanas y 1 mes, 13% entre 1 a 3 meses, 13% más de 3 meses, 12% dos semanas, siendo en su mayoría tiempos considerados adecuados.

Terapia física



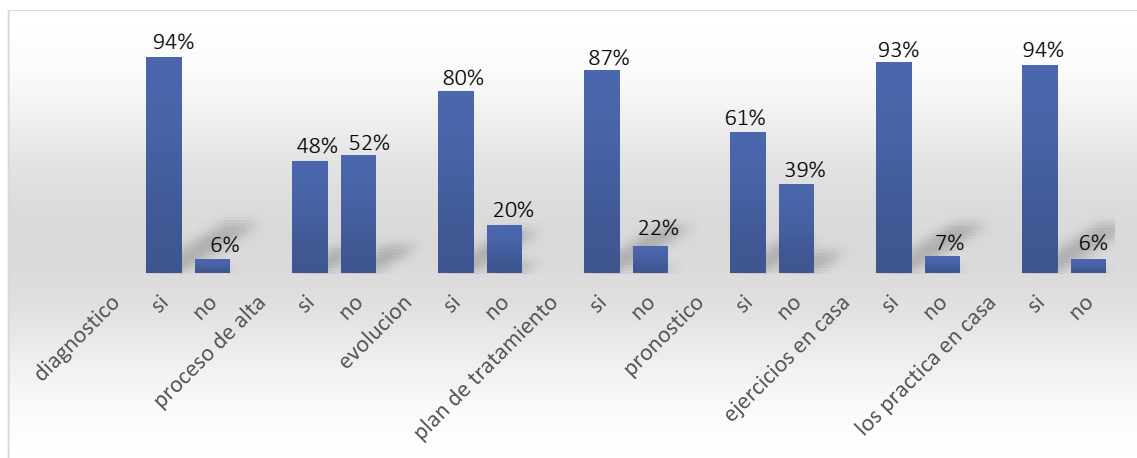
En terapia física, 71% de los usuarios entrevistados asegura haber recibido su evaluación en terapia en menos de una semana, 10% en dos semanas, 9% entre dos semanas y un mes, 5% q mes a 3 meses, 5% más de 3 meses, siendo la mayoría de tiempos considerados adecuados.

Le pareció adecuado el tiempo que espero para recibir evaluación



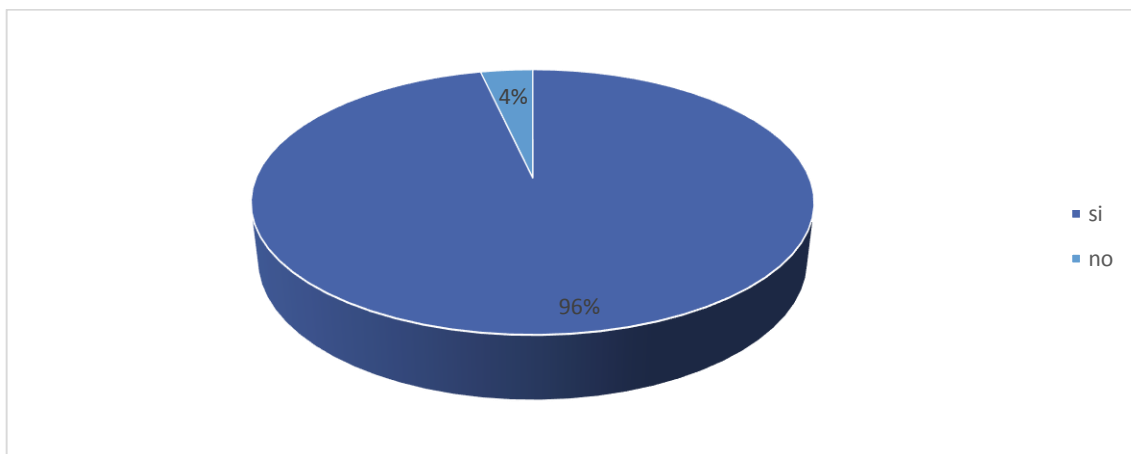
Se observa en el gráfico que en su mayoría, los usuarios entrevistados están descontentos con el tiempo de espera para recibir evaluación en terapia. Con amplia diferencia terapia física y terapia ocupacional son consideradas por los usuarios como tiempos aceptables de espera.

22 - Le ha explicado el Terapeuta:



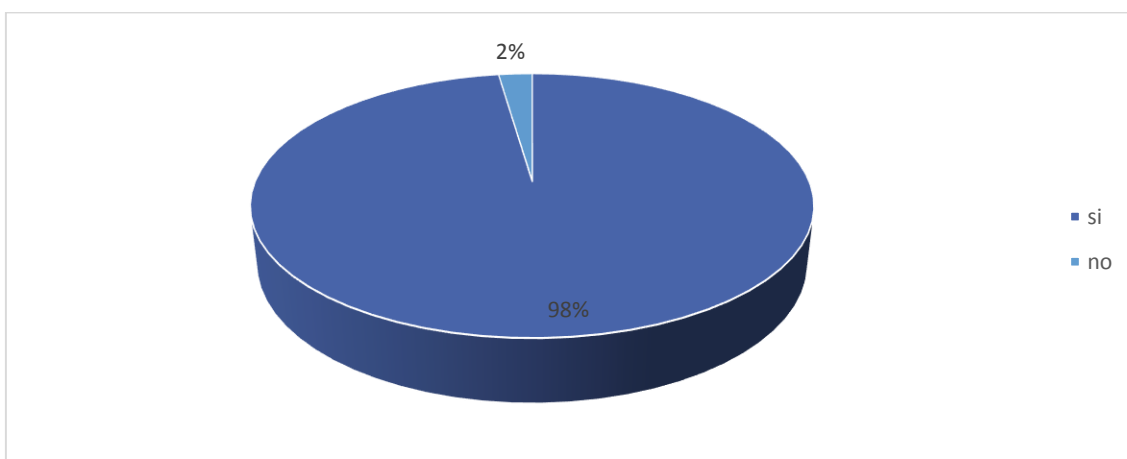
Se evidencia que a los usuarios raras veces se les explica el proceso de alta, también 39% contestaron que no se le explico el pronóstico, esto causa un desconocimiento de parte de las personas acerca de la forma de recuperarse, y hasta que nivel de rehabilitación el usuario llegara. También aseguran 52% que no se les explico el proceso de alta, lo crea usuarios que no saben hasta cuando terminar sus tratamientos y cómo hacerlo.

23 - ¿Ha notado avances o mejoría en la rehabilitación?



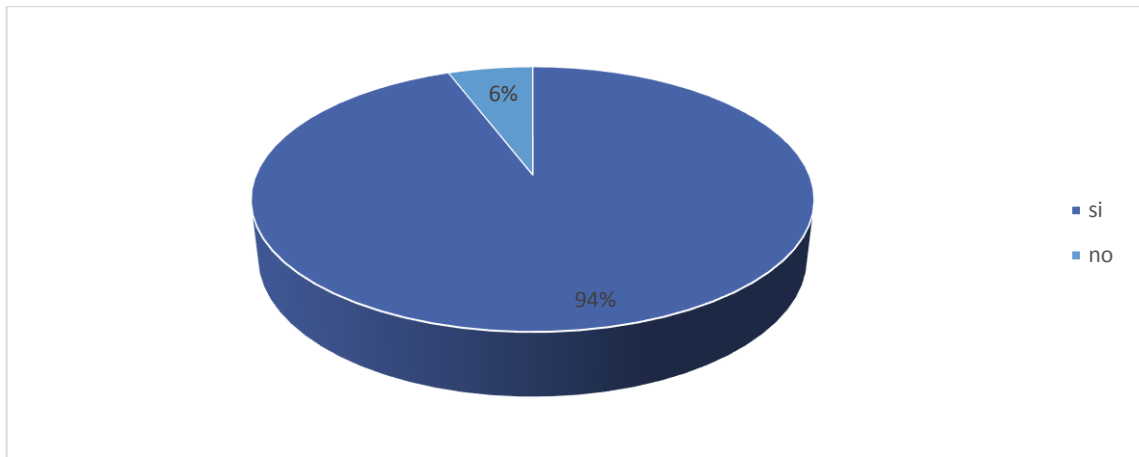
El 96% de los usuarios encuestados dice que noto mejoría en su rehabilitación, lo que brinda satisfacción en los usuarios sobre la atención que se les da, esto aunque ellos en su mayoría no saben hasta qué punto de recuperación aspiran a llegar.

24 - ¿Los horarios de las terapias se adaptan a sus necesidades?



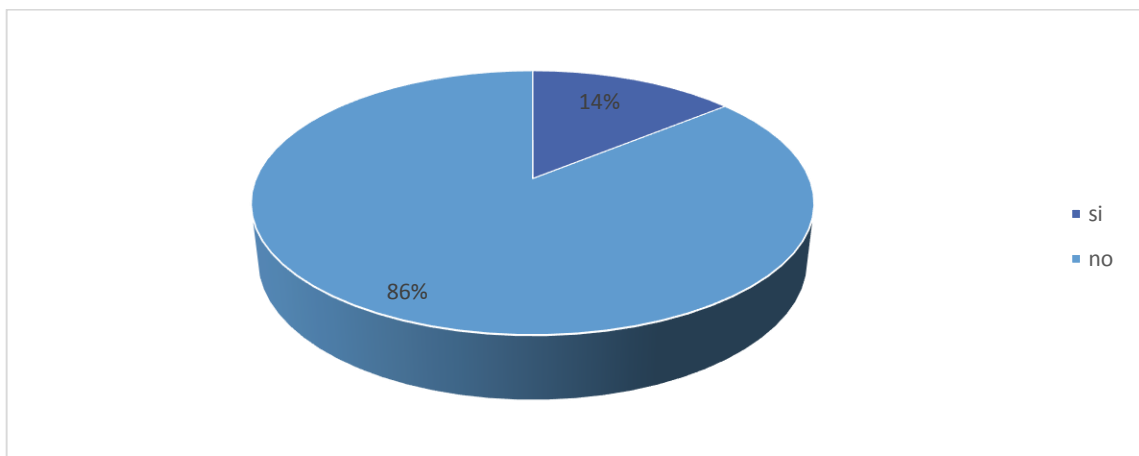
Se evidencia que los horarios de terapia son adecuados a las necesidades de los usuarios, con un 98 % de aceptación, solo un 2 % dijo que no está de acuerdo. Para los usuarios es accesible asistir a las terapias en los horarios asignados, a su vez mencionaron que hay flexibilidad para poder escoger lo que mejor se adapte a sus necesidades.

25 - ¿Considera usted que el/la terapeuta es amable y cordial en su trato?



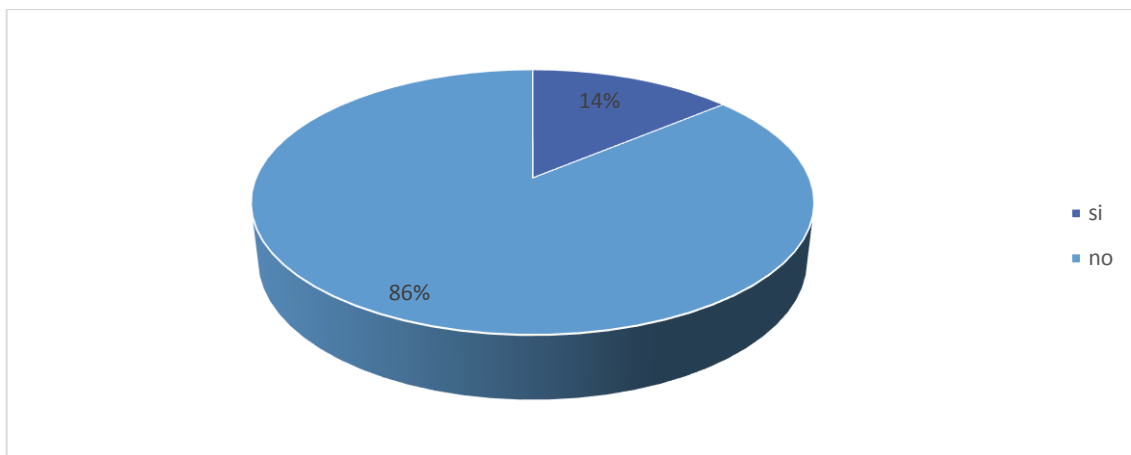
Un 94% de los usuarios encuestados asegura que el terapeuta es cordial y amable en su trato, solo el 6% menciona que no. Se debe tomar en cuenta ese 6% porque es un aspecto de calidad muy crítico, se deben plantear formas para cambiar y revertir este dato.

26 - ¿Ha sido usted alguna vez víctima de maltrato o discriminación por parte del personal del centro?



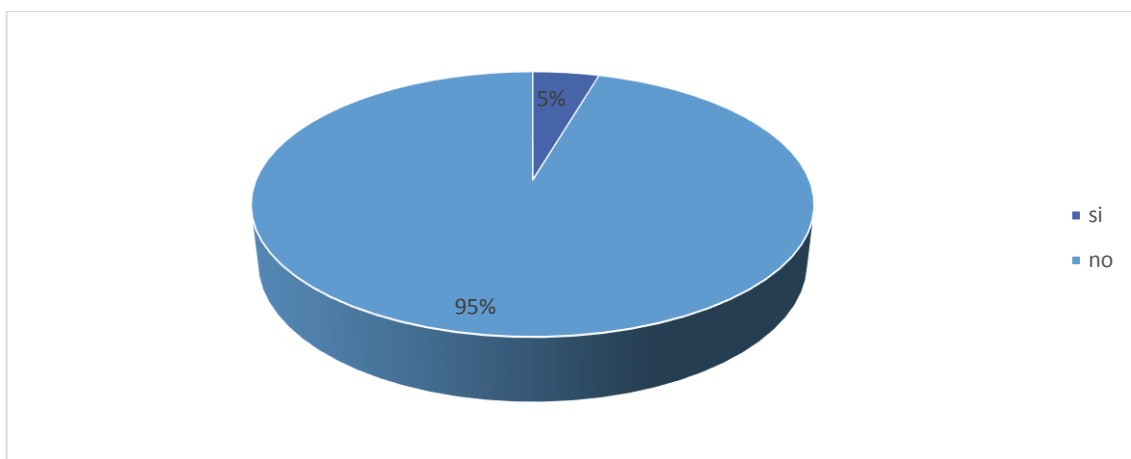
Un 86% de los usuarios entrevistados asegura no haber sido maltratado o discriminado, solo un 14% menciona que sí, pero como la pregunta anterior es un factor muy crítico y se debe evaluar para buscar soluciones.

27 - ¿Se le ha indicado que hacer en caso de insatisfacción en el servicio?



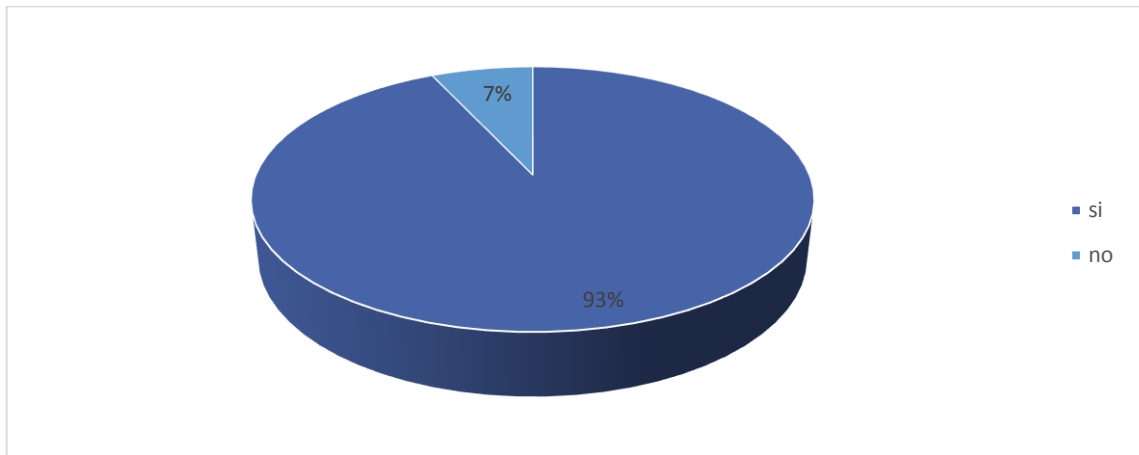
El 86% de usuarios encuestados, no sabe qué hacer para quejarse o sentirse maltratado, no se les indica medidas a tomar, ni donde abocarse. Solo un 14% contesto que sabía qué hacer, lo que es preocupante porque no se mide lo que los usuarios quieren del servicio. Se deben tomar medidas para que el usuario aporte a la calidad del centro.

28 - ¿Le han pasado alguna encuesta o instrumento de satisfacción?



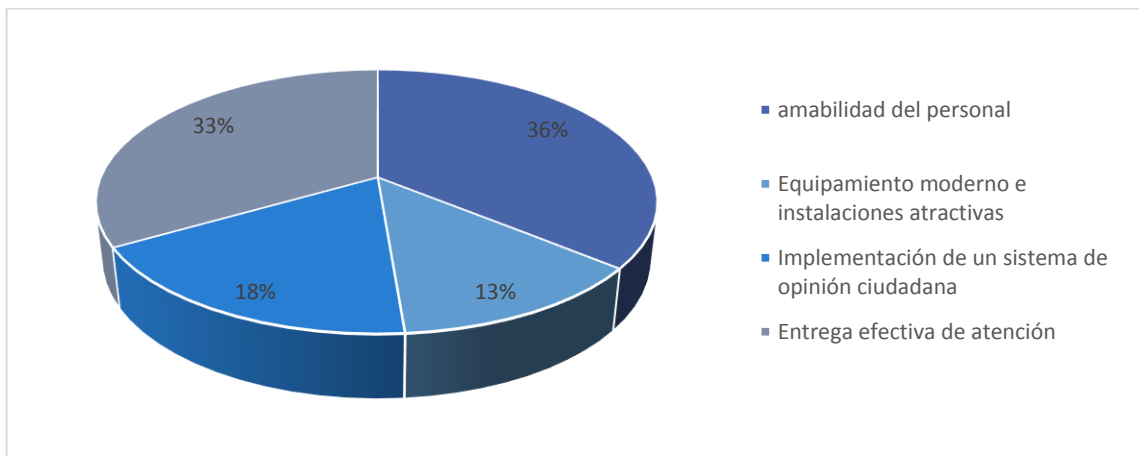
El 95% de usuarios encuestados asegura no haber contestado antes un instrumento o encuesta para medir la satisfacción del usuario, lo que evidencia el poco conocimiento que se tiene sobre las exigencias y necesidades de los usuarios, debe evaluarse la necesidad de hacer este tipo de acciones periódicamente.

29 - ¿Al momento de programar su cita de terapia, la persona que lo atendió lo hizo de manera amable y respetuosa?



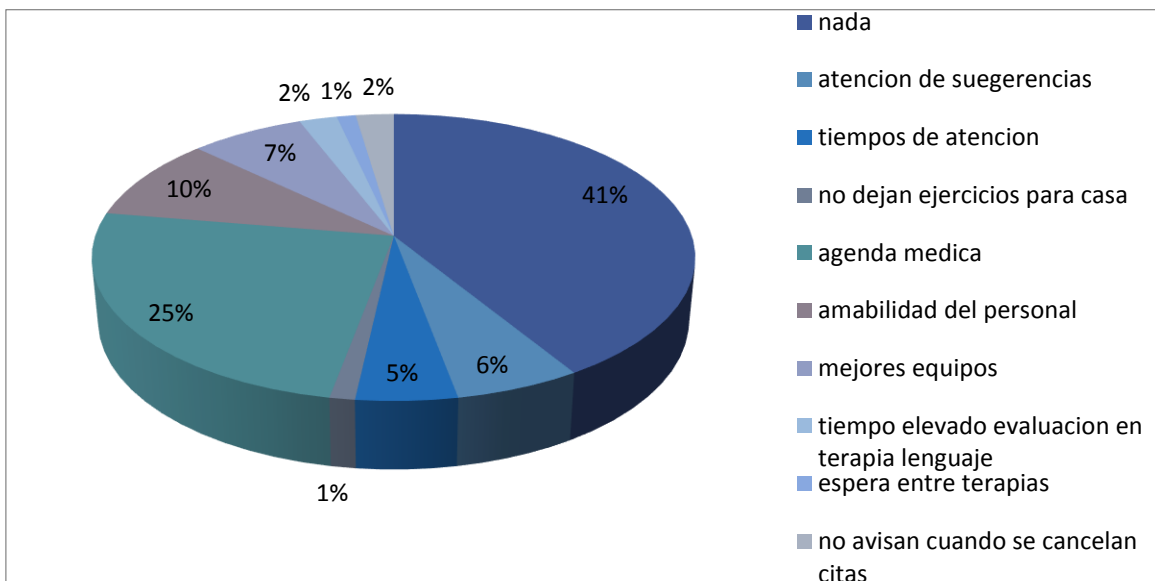
El 93% de los usuarios encuestados asegura que el personal que le programa su cita en terapia lo hace de manera amable y respetuosa, solo un 7% asegura que no. Es un dato a tomar en cuenta ya que ese 7% está insatisfecho con este servicio.

30 - De los siguientes aspectos de calidad en el servicio elija dos que considere más importantes



Para los usuarios entrevistados calidad significa que el personal sea amable, con un 33% de las respuestas, un 33% que se entregue una atención efectiva, 18% implementación de un sistema de opinión ciudadana, 13% equipamiento moderno e instalaciones atractivas. Se evidencia que para los usuarios del CRIO es muy importante el trato que se les da como personas y no tanto de las condiciones de última generación ni instalaciones modernas.

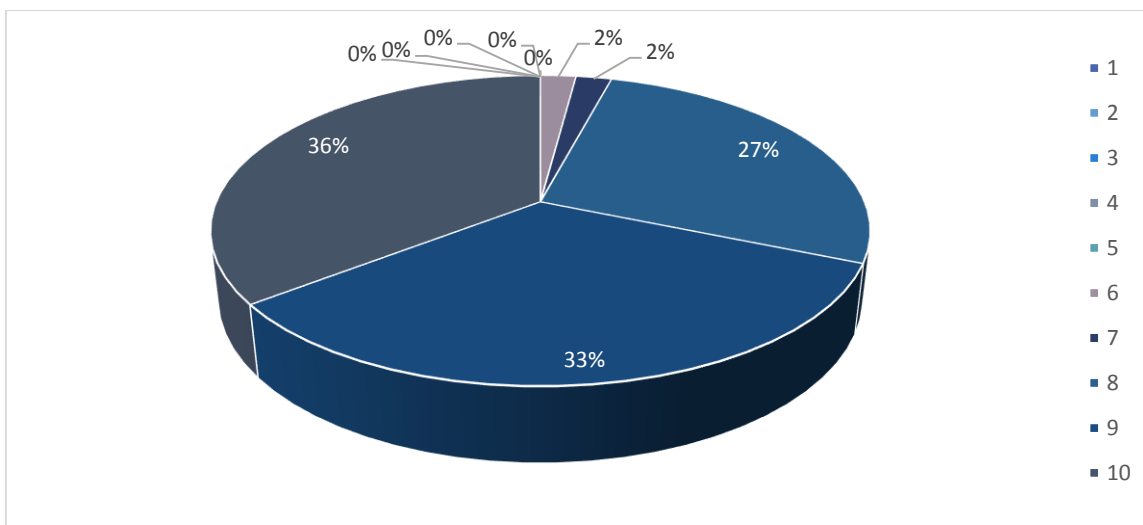
31- Mencione algunos aspectos que se deberían mejorar para brindarle un mejor servicio.



La mayoría de usuarios está satisfecho con la atención que ellos perciben del CRIO, opinando en un 41% que no tiene nada que mejorarse para recibir un servicio de calidad.

Un 25% opina que la agenda médica debería mejorarse, evidenciando que es una oportunidad de mejora para el centro, para tratar de brindar el mejor servicio esperado por los usuarios.

32 - En la escala del 1 al 10, siendo 10 la más alta, cuál es la calificación general que usted daría al proceso de atención recibida hasta el momento en el CRIO?

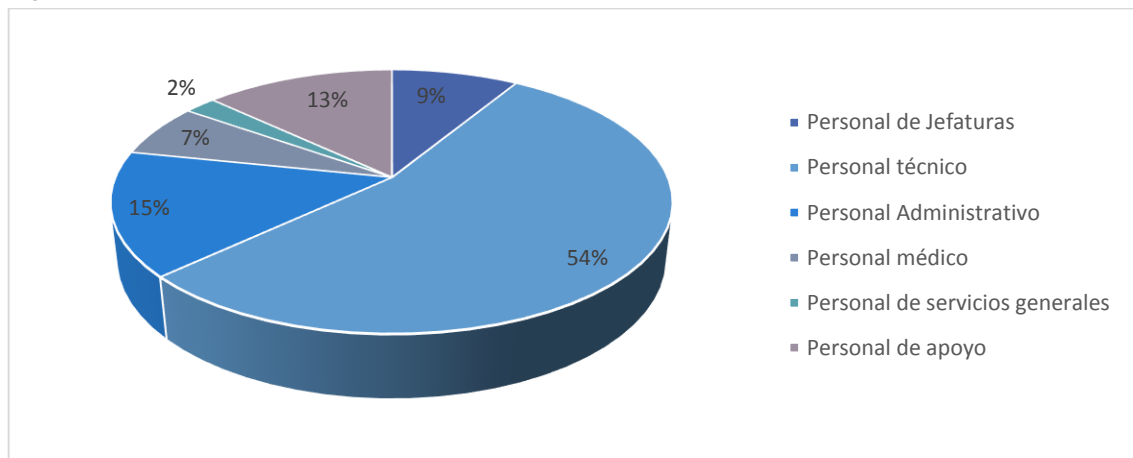


Para el 36% de usuarios entrevistados la calificación que merece la atención en general en el CRIO es de 10, para el 33% la calificación es de 9 y para un 27% es de 8, siendo las demás calificaciones despreciables.

Se evidencia que los usuarios están en su mayoría satisfechos con la atención recibida, evaluada más desde el punto de vista de la amabilidad que es el punto de calidad que más aprecian los usuarios.

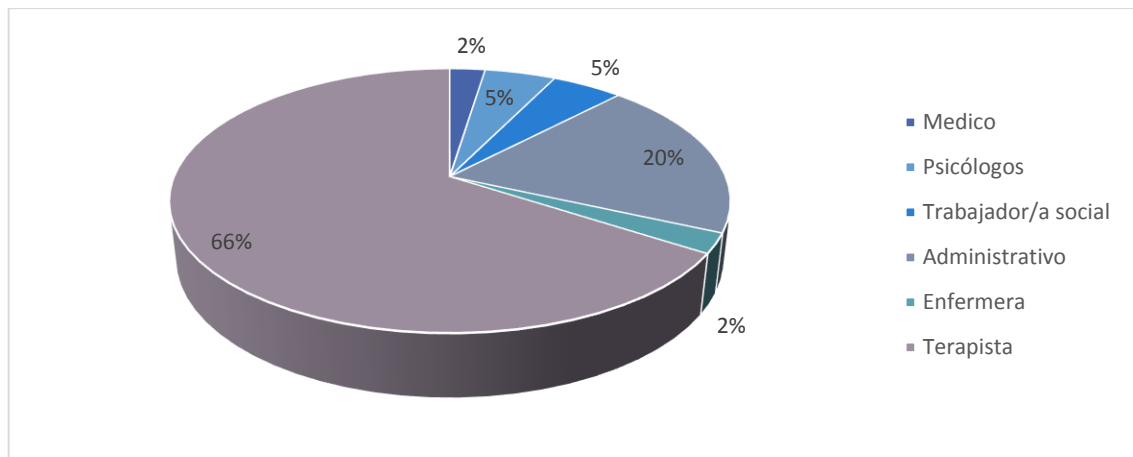
b) Resultados de la Encuesta del Usuario Interno

1. *¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor su puesto de trabajo dentro de la organización?*



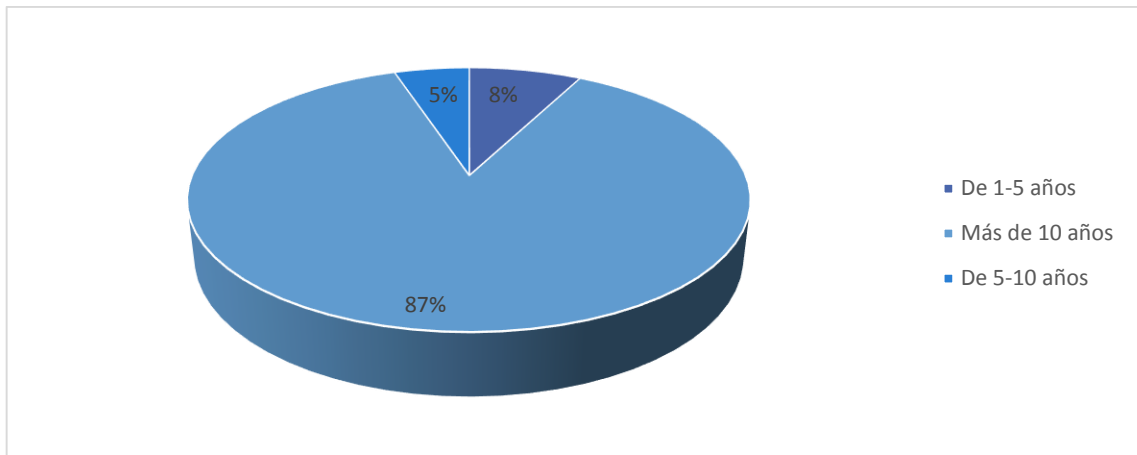
Esta pregunta es general para todos los entrevistados, para determinar en qué porcentajes está dividido el total de personas que laboran en el CRIO.

2. *¿A qué grupo ocupacional pertenece?*



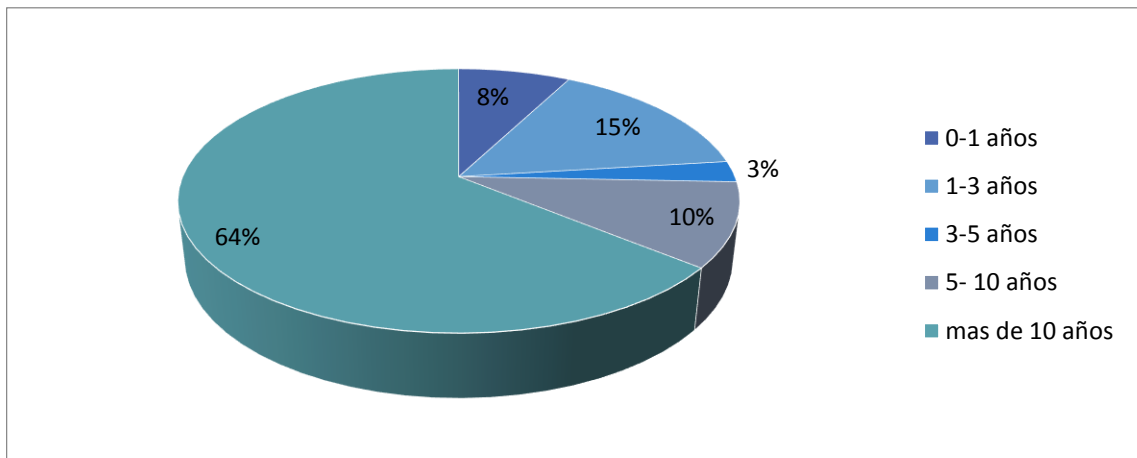
Esta pregunta es para saber qué porcentaje de categoría de personal pertenecen los trabajadores.

3. *¿Cuál es su tiempo de servicios en el CRIO?*



En esta grafica se evidencia que los trabajadores en su mayoría tienen más de 10 años trabajando en la institución, lo que nos brinda un panorama de la situación laboral en la que se encuentra el CRIO.

4. *¿Cuál es su tiempo de servicios en el actual puesto de trabajo?*



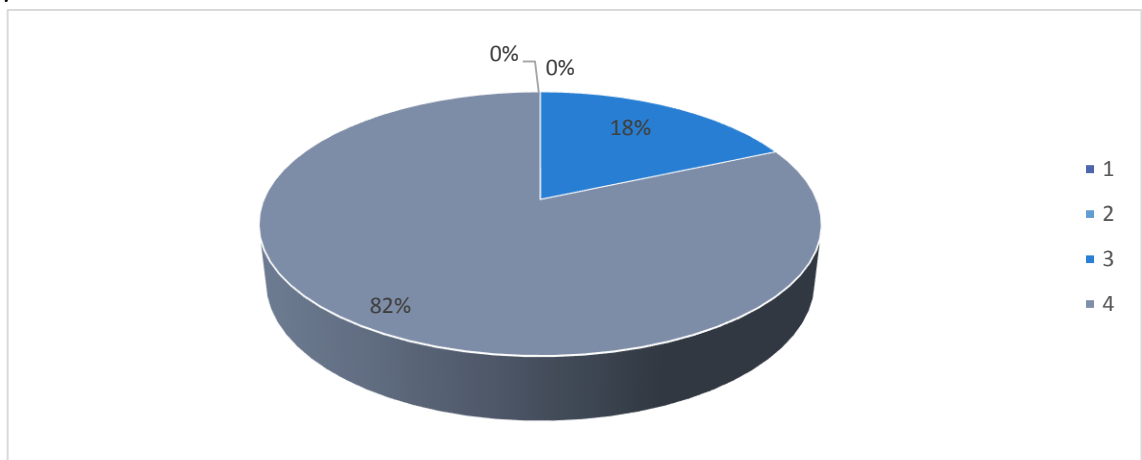
Se evidencia que 64% del personal tiene más de 10 años trabajando en el mismo puesto de trabajo, esto significa un bajo nivel de rotación de personal en todas sus áreas.

Parte II

Se analizaran las preguntas de esta parte, a partir de la siguiente tabla:

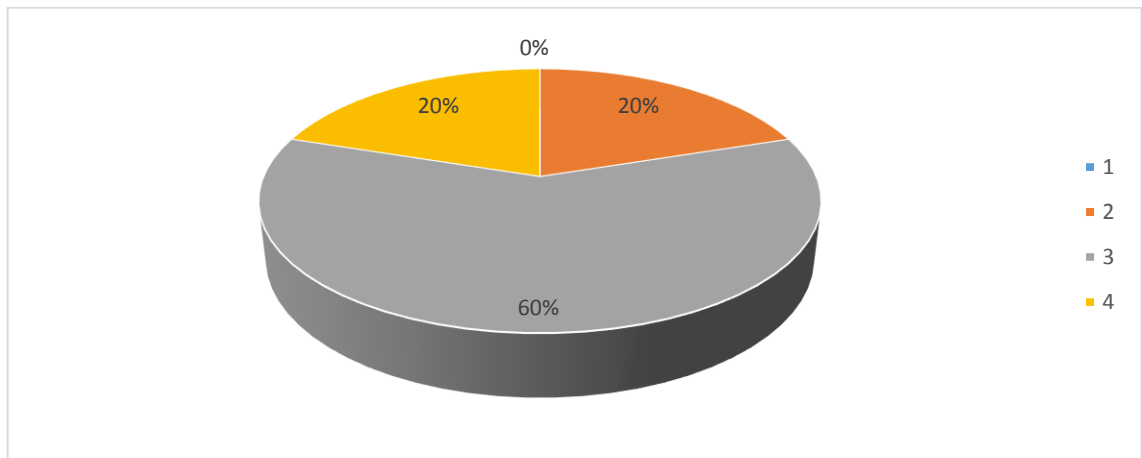
| Código: | Estoy: |
|---------|---------------|
| 4 | Siempre |
| 3 | Algunas veces |
| 2 | Pocas veces |
| 1 | Nunca |

1. *Los objetivos y responsabilidades de mi puesto de trabajo son claros, por tanto sé lo que se espera de mí.*



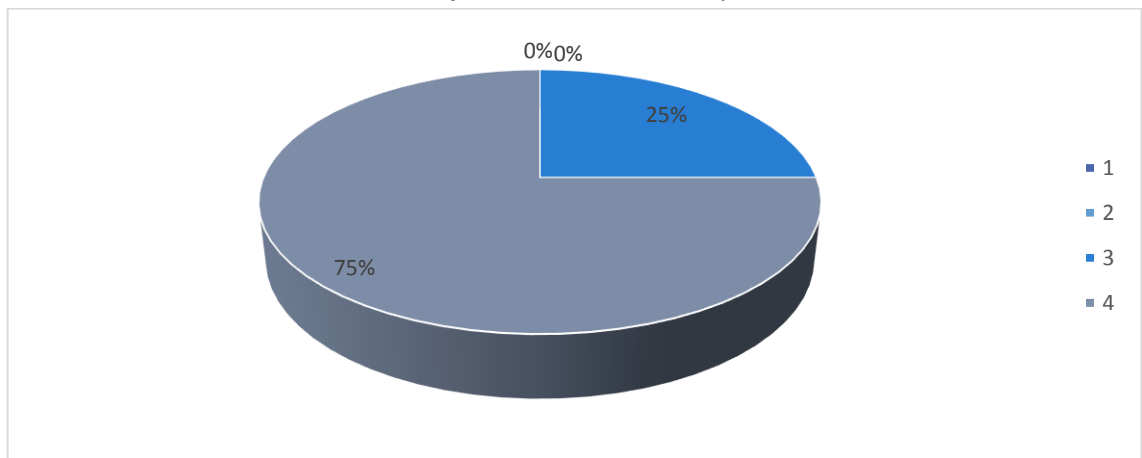
Los empleados dicen en un 82% conocer las responsabilidades que tienen cada uno en sus áreas respectivamente, y saben lo que la dirección espera de ellos, 18% de los trabajadores duda de sus responsabilidades, lo que es un elevado número considerando que se debe siempre saber qué hacer en su puesto de trabajo, en especial en áreas tan delicadas como la atención médica y de terapia.

2. La institución me proporciona los recursos necesarios, herramientas e instrumentos suficientes para tener un buen desempeño en el puesto.



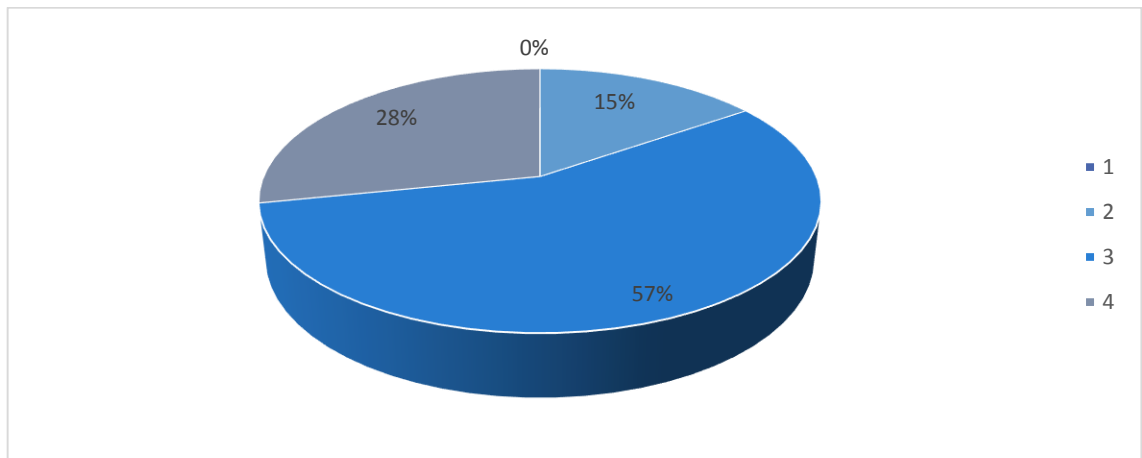
El 60% de los empleados dice tener los recursos suficientes para poder brindar un buen servicio, el 40% dice tenerlos algunas o pocas veces, esto muestra un nivel de insatisfacción del personal en este apartado.

3. En términos Generales me siento satisfecho con el servicio que brindo a los usuarios.



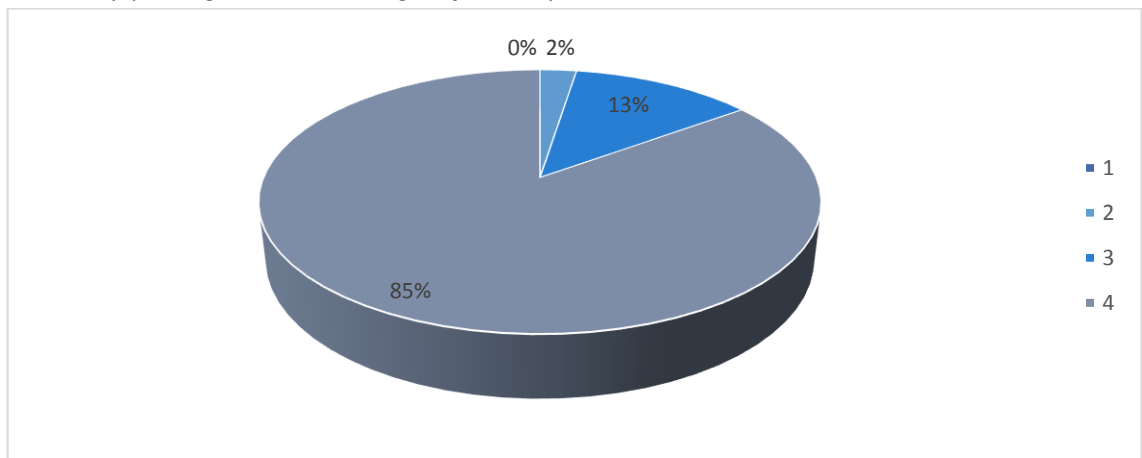
En un 75% el personal se siente satisfecho con el servicio que brindan, un 25% de estos duda de haber brindado un servicio como el usuario espera, evidenciando las dudas que tienen ellos acerca de la percepción de los usuarios.

4. Los compañeros de trabajo, en general, estamos dispuestos a ayudarnos entre nosotros para completar las tareas, aunque esto signifique un mayor esfuerzo.



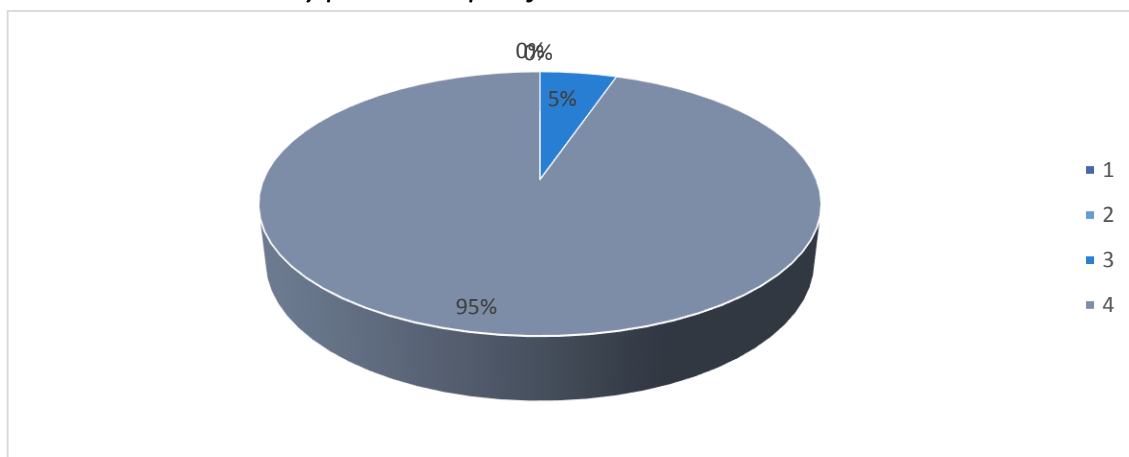
Solo un 28% asegura estar dispuesto a ayudarse entre ellos para completar tareas de los demás compañeros, un 57% dice que algunas veces y un 15% dice que pocas veces, evidenciando un clima organizacional bajo.

5. El nombre y prestigio del CRIO es gratificante para mí.



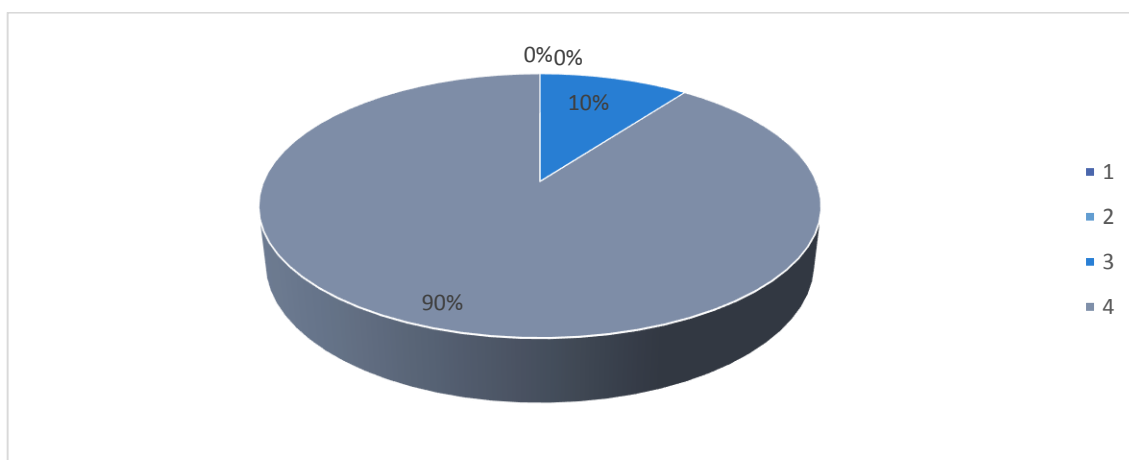
El 85% del personal dice sentir gratificante el nombre del CRIO, se sienten identificados con la institución en la que laboran, un 15% dice que algunas veces o pocas veces, es un porcentaje considerable que se deberá evaluar.

6. Conozco bien los servicios y productos que ofrece el CRIO



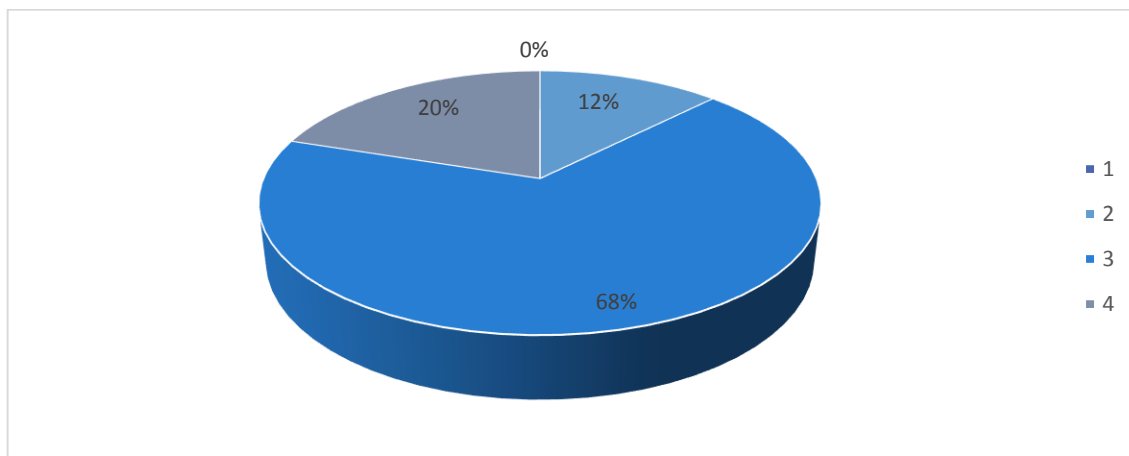
Un 95% asegura conocer bien los servicios y productos que ofrece el centro, se considera bastante aceptable y los empleados pueden dirigir a los usuarios en ubicarlos en lo que si se les puede ayudar y en que no.

7. Me preocupo por solucionar los problemas que afectan el servicio a los usuarios que se presentan en mi área



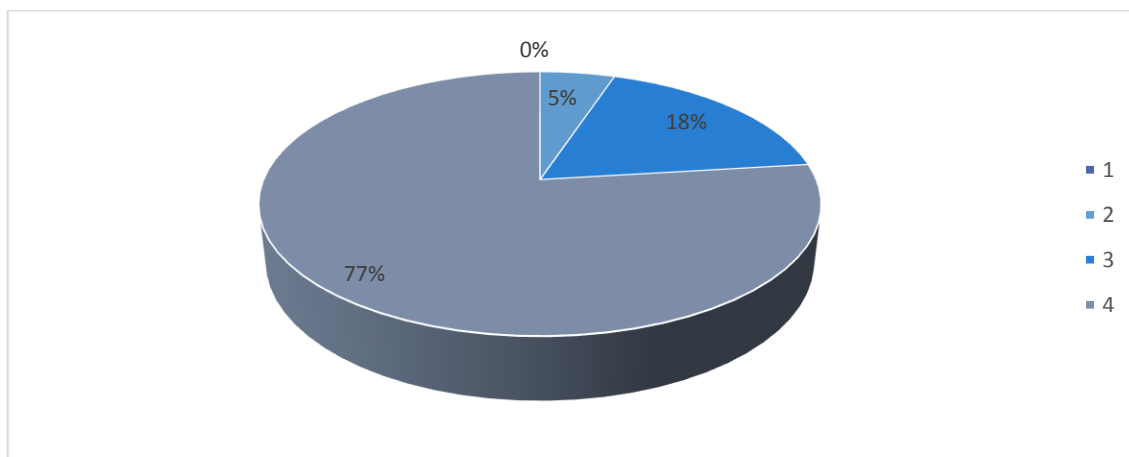
El 90% del personal dice preocuparse por cumplir con las exigencias de calidad que exigen los usuarios, 10% dice que algunas veces, es un porcentaje pequeño pero significativo que nos dice que no hay interés en solucionar las exigencias del usuario.

8. *Tengo autonomía para resolver los problemas que afectan el servicio a los usuarios se presentan en mi área.*



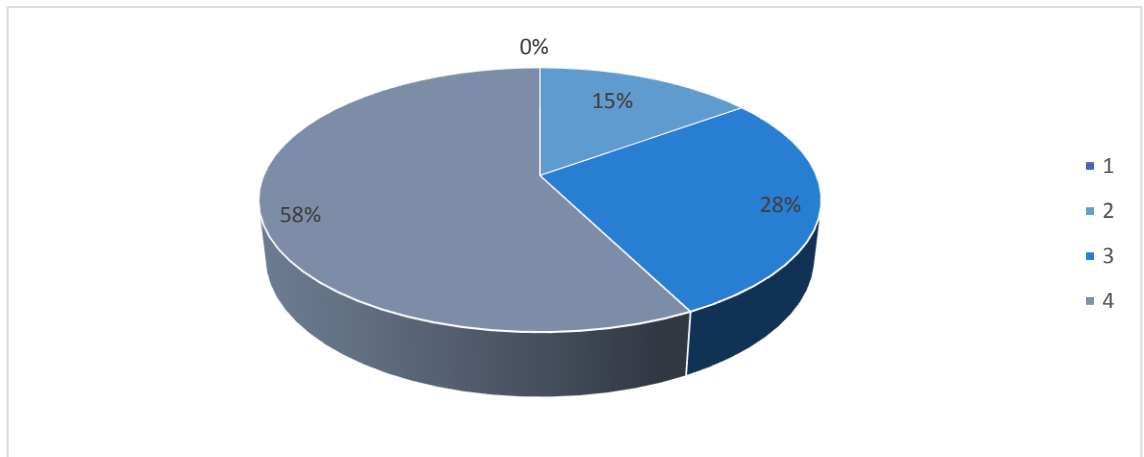
Solo un 20% asegura categóricamente el tener autonomía para resolver los problemas y exigencias de los usuarios, un 68% dice que algunas veces, y 12% dice que pocas veces, esto equivale a un 80% que siente no siempre tener autoridad para resolverlos.

9. *Tomo en cuenta las sugerencias de los usuarios para la mejorar la calidad en el servicio que brindo.*



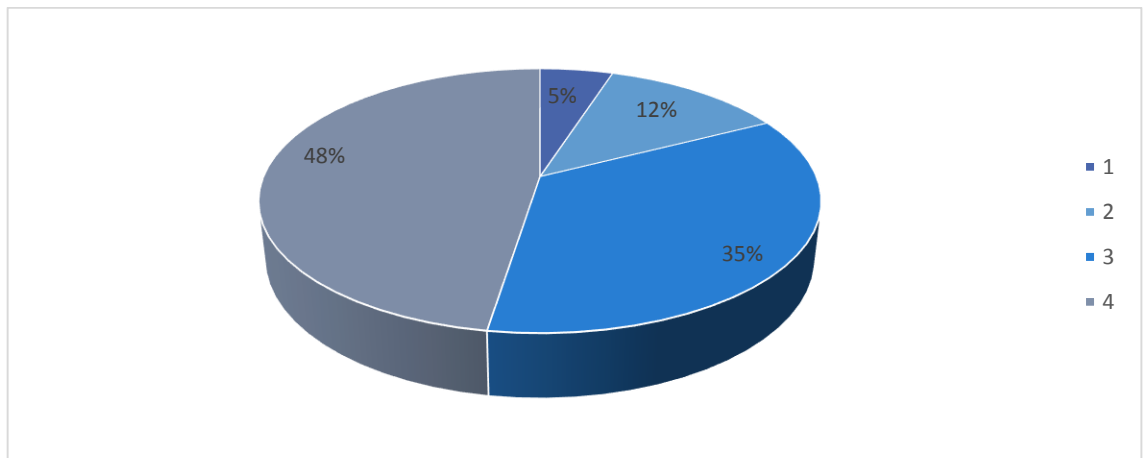
77% del personal toma en cuenta siempre las sugerencias de los usuarios, el 18% dice que algunas veces y el 5% que pocas veces, esto evidencia el desinterés de 23% del personal para tratar de resolver las sugerencias en la calidad solicitada por los usuarios.

10. La dirección me propone sugerencias o estrategias para mejora en la prestación de servicios.



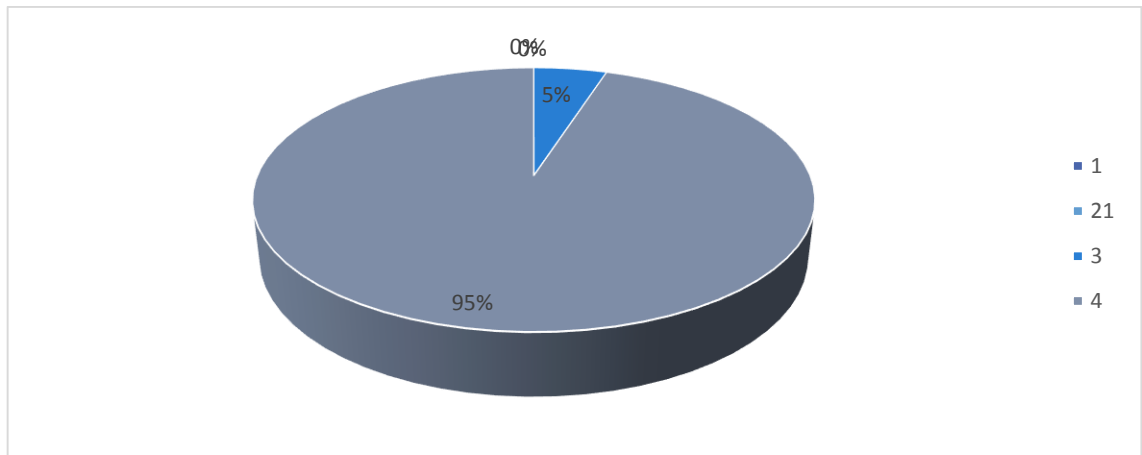
Solo un 58% del personal asegura que la dirección les propone estrategias y sugerencias para mejorar los servicios prestados a los usuarios, 28% dice que algunas veces y un 15% dice que pocas veces, evidencia falta de comunicación reciproca con la dirección y jefes de área.

11. Participo en reuniones para tratar temas de mejora en los servicios a los usuarios.



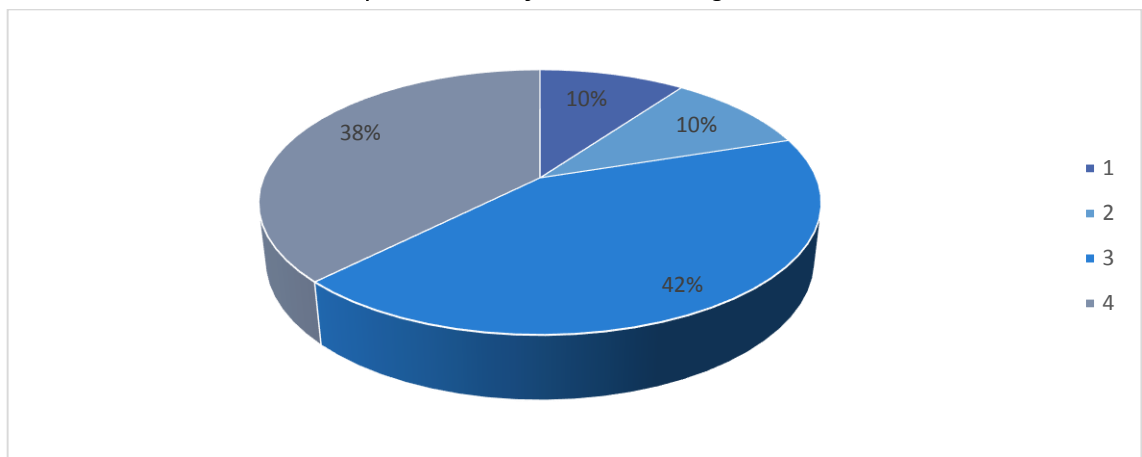
Un 47% del personal asegura participar en reuniones para tratar temas de mejora en los servicios prestados, un 35% asegura que algunas veces, 13% que pocas veces y un 5% nunca, esto refleja la poca disponibilidad que se tiene para tratar estos temas con la mayoría de los empleados.

12. Estoy comprometido con la satisfacción del cliente.



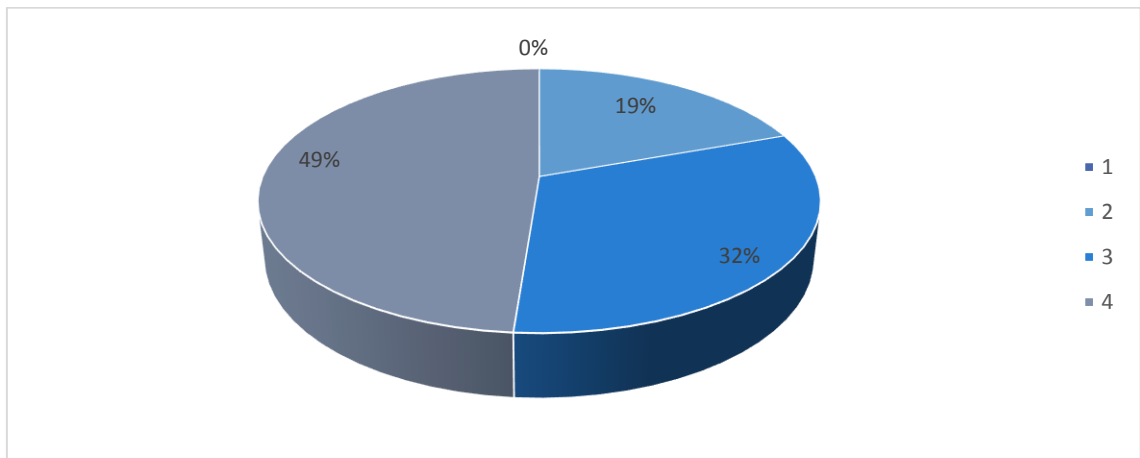
El 95% del personal asegura estar comprometido con brindar un servicio de calidad aceptable y alineado a las necesidades de los usuarios que reciben servicios en el CRIO, solo un 5% dice que algunas veces, esto evidencia la disponibilidad del personal para poder lograr mejorar el servicio prestado.

13. Periódicamente evaluamos los procesos conforme a las exigencias de los usuarios.



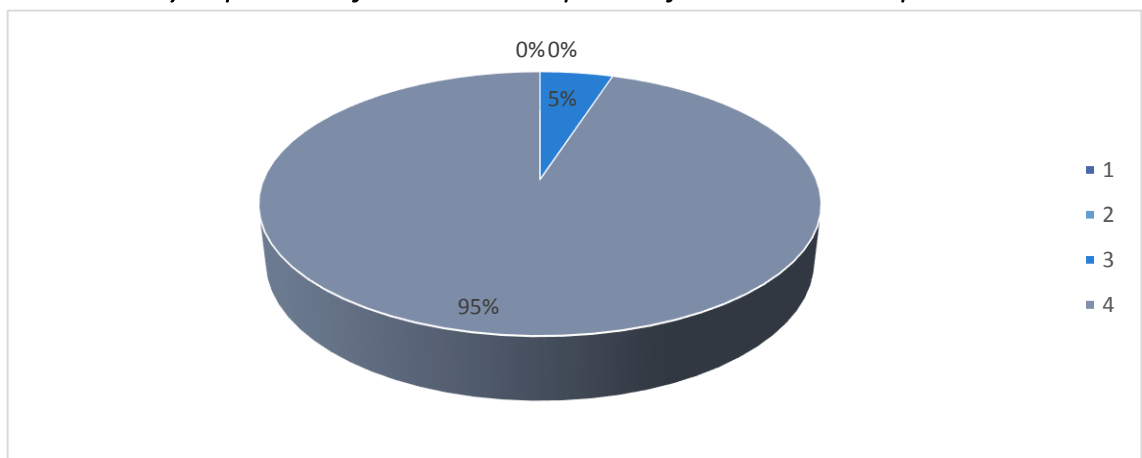
El 38% del personal asegura que se evalúan los procesos para cumplir las exigencias y estándares de calidad que el usuario solicita, un 42% dice que algunas veces, 10% pocas veces y un 10% dice que nunca se hace, lo que evidencia que no se revisan casi nunca los procesos para ver que se puede mejorar y cambiar para brindar una mejor atención.

14. La dirección me brinda los mecanismos y recursos necesarios para resolver los problemas en la prestación de los servicios de mi área.



El 49% del personal asegura tener recursos y mecanismos suficientes para resolver los problemas que se le presentan para brindar servicios de calidad, 32% dice que algunas veces y 19% dice que pocas veces, siendo significativo que un 51% no esté seguro de tener suficientes recursos.

15. Estoy dispuesto a efectuar cambios para mejorar los servicios que brindo.



Un 95% del personal asegura estar dispuesto a efectuar cambios para mejorar los servicios prestados, lo que evidencia la disponibilidad de estos ante mejoras que beneficien el bienestar de los usuarios y del personal en general.

1. *Metodología para la evaluación de la satisfacción del usuario externo e interno a través de encuestas.*

FASE 1: DEFINICIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO O ANALISIS

Paso 1. ¿Qué servicio o prestación vamos a analizar?

El primer paso que debemos decidir, es qué servicio vamos a analizar y qué tipo de análisis queremos hacer de ese servicio. Por tanto, uno de los primeros pasos que debemos dar es decidir qué servicios queremos analizar; una vez que tengamos claro cuál es la prestación sobre la que vamos a analizar el nivel de satisfacción de los usuarios, debemos decidir qué tipo de recogida de información nos interesa hacer: de todo el servicio o de un aspecto concreto de éste.

Análisis general del servicio prestado

En ocasiones puede interesarnos saber cómo se percibe la prestación completa del servicio, desde el primer contacto con los usuarios hasta la finalización de la prestación. Se trata de valorar la calidad percibida a lo largo de todos los pasos de prestación del servicio, en los que interviene el usuario.

En este caso, haremos preguntas relativas a todo el servicio. De esta forma conseguiremos conocer cuáles son los puntos fuertes y los puntos débiles de todo el proceso completo de la prestación.

FASE 2: CONSTRUCCIÓN DE LA HERRAMIENTA: ENCUESTA DE OPINIÓN.

Tanto si decidimos realizar una valoración de la satisfacción respecto a la prestación del servicio completo del centro, como si nos centramos en una parte o paso del servicio, hay que tener claro qué es lo que queremos preguntar, sobre qué aspectos o características del servicio queremos conocer el grado de satisfacción de los usuarios. Es decir, cuales son las dimensiones del servicio que nos interesa abordar (plazos de tiempo. trato recibido, etc.)

Realizar un estudio de satisfacción, a partir de la recogida de opiniones, requiere diseñar y elaborar una herramienta de recogida de opiniones sencilla, clara y útil. Para ello, es necesario identificar cuáles son aquellos factores o dimensiones del servicio sobre los que quiero preguntar y realizar preguntas claras y sencillas, que aporten información relevante.

Paso 1. Factores del servicio a incluir en la encuesta.

¿Cuáles son las dimensiones del servicio que puedo tratar en la encuesta?

Antes de empezar a formular las preguntas que incluirá nuestra encuesta debemos tener muy claro cuáles son aquellos factores del servicio sobre los que queremos recoger información. Son muchas las características o dimensiones del servicio que influyen sobre la percepción de calidad de servicio por parte del usuario y sobre las que se podría recoger información.

Como referencia, esta son las “10 dimensiones universales de la calidad del servicio”. Podríamos hacer preguntas sobre cada una de ellas, en cada paso de la prestación del servicio.

1. **Fiabilidad.** *Capacidad de realizar el servicio prometido de manera correcta y continua.*
2. **Tiempo de servicio, sensibilidad.** *Velocidad de respuesta ante las necesidades de la persona usuaria. Deseo de prestar un servicio rápido.*
3. **Accesibilidad.** *(Facilidad o esfuerzo de la organización para mejorar el servicio y su disponibilidad al cambio).*
4. **Cortesía.** *Educación, respeto, consideración y amabilidad del personal en contacto con las personas usuarias.*

5. **Profesionalidad técnica.** Capacidad y conocimiento de los recursos necesarios para realizar un servicio.
6. **Comunicación.** Mantener informada a la persona usuaria en un lenguaje que pueda entender, escuchar sus necesidades y capacidad para explicar lo sucedido.
7. **Credibilidad.** Confianza, reputación y honestidad de la persona que presta el servicio.
8. **Seguridad:** Confianza en no asumir riesgo alguno en ninguno de las actividades de la institución, ni si quiera de confidencialidad.
9. **Comprensión de las necesidades de la persona usuaria.** Esfuerzo y capacidad de la organización para conocer a las personas usuarias y sus necesidades.
10. **Recursos.** Apariencia de las instalaciones físicas, equipo y personal.

Si formuláramos preguntas relativas a cada una de las 10 dimensiones en cada paso o parte del servicio, elaboraríamos una encuesta muy complicada, tanto para su utilización como para su explotación. Dado que nuestra premisa es realizar estudios sencillos, deberemos seleccionar las dimensiones más importantes. Las dimensiones o temas que elijamos son los que van a orientar las mejoras de nuestro servicio. Por ello, para elegir bien, deberemos tener en cuenta aquello que es más importante para los usuarios, es decir, cuáles son sus expectativas. Por tanto, las preguntas que formulemos en el cuestionario harán referencia a aquellas cuestiones que más importancia tienen para ellas.

¿Cuál o cuáles de las dimensiones del servicio son más importantes para los usuarios?

Conocer las expectativas de los usuarios, lo que más les importa, podría requerir el desarrollo de un estudio específico. En muchos casos, antes de realizar un estudio de satisfacción es necesario realizar otro que identifique qué es lo que las usuarios esperan del servicio, para posteriormente

analizar en qué medida satisfacemos esas expectativas. Sin embargo, dado que el estudio que estamos diseñando debe ser sencillo, podemos recurrir a métodos indirectos tales como “Aportaciones del personal de atención directa al usuario”, o “Sistema de quejas y sugerencias”, para conocer qué es lo que esperan nuestros usuarios.

En base a toda esta información disponible, identificaremos cuáles son los elementos de nuestro servicio que tienen prioridad, que son más importantes y, por lo tanto, de los cuales esperan más nuestras personas usuarias. Serán estas dimensiones las que deberemos incluir como temas a tratar en el cuestionario de opinión que estamos elaborando.

Una opción interesante es utilizar el primer cuestionario de opinión que realicemos para incluir, además de preguntas relativas al nivel de satisfacción actual del servicio, otras preguntas relativas a sus expectativas, a lo que esperan del servicio, lo que consideran más importante. De esta forma, para los siguientes cuestionarios de opinión, que llevemos a cabo, tendremos información valiosa sobre las cuestiones prioritarias a tratar.

Paso 2. Redacción de las preguntas a incluir en la encuesta.

Una vez que tengamos claro cuáles son las dimensiones sobre las que vamos a preguntar, deberemos redactar, de forma sencilla, las preguntas concretas y las opciones de respuesta, tal como las vamos a mostrar en la encuesta ya sea que la encuesta la llene sin ayuda el usuario o personal del centro lo asesore. Debemos pensar que hay que facilitar al máximo la labor de cumplimiento de la encuesta, cuanto más sencillo y corto sea, mayor colaboración obtendremos.

¿Cómo se redactan las preguntas?

Todas las preguntas de la encuesta deben entenderse con facilidad y en la primera lectura. Esto quiere decir que debemos cuidar mucho la extensión, la redacción, el lenguaje, etc.

Es muy importante tener en cuenta lo siguiente:

1) *La extensión de la pregunta debe ser corta, sin rodeos ni explicaciones innecesarias. Hay que tener en cuenta que la encuesta dispondrá de una Introducción y un encabezado que proporcionará información sobre el tema que se analiza y que contextualizará las preguntas, de forma que permitirá la realización de preguntas directas.*

2) *No debemos realizar dos preguntas en una. Solo debemos demandar una información en cada pregunta. En caso contrario, no sabremos con certeza a cuál de nuestras preguntas están contestando. Si necesitamos saber más, deberemos hacer más preguntas.*

3) *El lenguaje que utilicemos deberá ser sencillo. Si es sencillo será claro para todo el mundo. Sin tecnicismos. En ocasiones utilizamos un lenguaje que es habitual en nuestro ámbito de trabajo, pero que, sin embargo, puede resultar difícil de entender para otras personas ajenas a nuestro entorno laboral.*

¿Qué opciones de respuesta propongo?

Básicamente hay dos tipos de preguntas, en función de la posibilidad de respuesta:

Preguntas abiertas: Para su respuesta se presenta un espacio en blanco, de forma que la persona que contesta al cuestionario puede responder abiertamente redactando su opinión.

Este tipo de preguntas aportan mucha información cualitativa. Sin embargo, requieren más tiempo y esfuerzo para ser respondidas. Además, son más difíciles de interpretar y codificar, su análisis requiere más tiempo y tienen el peligro de que quien responda puede desviarse del tema. En ocasiones serán muy necesarias sin embargo, hay que tener la certeza de que la información a obtener compensa el esfuerzo de su análisis.

Preguntas cerradas: Son aquellas para cuya respuesta se presenta una serie de opciones cerradas, entre las que se deberá elegir la que más se aproxime a la opinión de quien responde. La información que obtenemos es más concisa y de menor profundidad. Pero si las opciones de respuesta que ofrecemos son acertadas, nos permite obtener, de una forma rápida y sencilla, información interesante.

Dentro de este tipo de respuestas cerradas existen diferentes alternativas. A continuación se muestran algunos modelos:

Afirmación/negación:

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| SI | NO |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Escala de satisfacción:

| Muy Insatisfecho/a | Insatisfecho/a | Aceptable | Satisfecho/a | Muy satisfecho/a |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Cuántas preguntas se deben realizar?

Dado que se recomienda que una encuesta sea sencilla en su manejo, en su cumplimiento y en su tratamiento, se recomienda que el número de preguntas no sea mayor de 30, pero esto dependerá de la información y los aspectos de interés a evaluar, pero deberemos tomar en cuenta como recomendación que el diseño de las preguntas y la estructura de la encuesta, no suponga una dedicación mayor a 15 ó 20 minutos para el usuario.

¿Cómo se realizan las preguntas para identificar expectativas?

Es interesante utilizar la encuesta de satisfacción también para conocer cómo van evolucionando las necesidades y **expectativas** de las personas usuarias. Por ello, podremos incluir preguntas relativas a identificar dichas expectativas. Para ello podremos preguntar por:

Las dimensiones de la prestación que tienen más importancia para ellos, como usuarios. o aquellas condiciones o características con que les gustaría que contara el servicio prestado en un futuro.

Ejemplo de Aplicación

¿Cuáles son los cambios o mejoras que, en su opinión, debería incorporar nuestro servicio?

.....
.....
.....

Paso 3. Composición del cuestionario completo.

Además de las preguntas concretas, la encuesta debe completarse con:

Introducción o presentación

Si es breve, la introducción debe serlo más todavía. Se trata, únicamente, de explicar en escasas líneas para qué sirve la información que aportan, que tratamiento se le va a dar.

Ejemplo de Aplicación

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CRIO

A continuación tiene un cuestionario para medir la satisfacción del usuario, en todos los servicios de atención prestados en el CRIO, Con relación a las siguientes preguntas, Por Favor marque con (X) o responda en la opción que conteste de mejor manera a las interrogantes que se formulan:

Pregunta general de satisfacción

Además de las preguntas concretas, es interesante pedir una valoración global del servicio, que nos dará una idea de la impresión general.

Ejemplo de Aplicación

En la escala del 1 al 10, siendo 10 la más alta, cuál es la calificación general que usted daría al proceso de atención recibida hasta el momento en el CRIO?

Espacios en blanco

Puede resultar interesante añadir, al final del cuestionario, después de la última pregunta, un espacio en blanco para que puedan explicar sus inquietudes y opiniones respecto al servicio que están valorando.

Ejemplo de Aplicación

“¿Desea ampliar su opinión o añadir algún problema o sugerencia?”

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Agradecimientos

Es importante incluir, al final del cuestionario o al final de la introducción, una frase de agradecimiento por la colaboración prestada.

Ejemplo de Aplicación

“Agradecemos sinceramente su esfuerzo y colaboración”

FASE 3: DETERMINACIÓN DE FACTORES CLAVES PARA LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

Paso 1. Determinar los grupos a quienes vamos a pedir opinión

Cuando realizamos un estudio para medir y conocer cuál es el grado de satisfacción respecto a un servicio, debemos tener en cuenta que los resultados y conclusiones que extraigamos deben ser extrapolables a la totalidad de ese servicio. Es decir, que las opiniones que obtengamos deben ser representativas de todas las personas usuarias, de forma que saquemos conclusiones y obtengamos resultados que representen a la opinión general.

Para asegurarnos de ello es muy importante tener en cuenta a quien vamos a pedir que colabore en el llenado de la encuesta. Lo mejor, en cualquier caso, es recurrir a la totalidad de las personas que hacen uso del servicio concreto que estemos analizando. Esto es fácil cuando, para un servicio concreto, conocemos y tenemos controlados a todas las personas usuarias, pero no siempre es así.

En ocasiones no podremos acceder a toda la población usuaria y estaremos obligados a realizar el estudio pidiendo colaboración a una muestra representativa del total. En estos casos para que los resultados sean generalizables y representativos de la totalidad de las personas usuarias, deberemos seleccionar a grupos, según la población total de referencia. Para ello, necesitaremos del apoyo de una persona especialista en la materia, que nos ayude a determinar cómo plantear el estudio para realizarlo correctamente.

Paso 2. Una prueba piloto

Es conveniente probar la bondad de la encuesta antes de su difusión. Se puede realizar con un grupo reducido de personas usuarias, con las que contrastaremos la comprensión de las preguntas, las dificultades de respuesta y otras valoraciones que puedan aportarnos alguna mejora a aplicar.

Paso 3. Cómo facilitar el instrumento para la recogida de opiniones

Una vez que tengamos claro a quién nos vamos a dirigir para entregar o hacer llegar la encuesta, podremos identificar cuál es la manera más adecuada de acceder a esas personas.

Algunas de las opciones son:

Cuestionario en formato papel para entregar personalmente.



En función del servicio que prestemos y de la relación que establezcamos con las personas usuarias, entregar un pequeño cuestionario, una vez finalizado el servicio o, cuando contactemos con ellas, puede ser una buena manera de recoger sus opiniones. Podemos tenerlo disponible, de forma que el personal de atención directa al usuario lo entregue e inste al usuario a que lo complete y lo deje antes de marcharse (en un buzón o bandeja de depósito). Esto podremos hacerlo cuando el cuestionario sea muy sencillo (no incluya más de 15 preguntas muy fáciles de responder), podemos mantener esta recogida como una parte más del proceso de atención, de forma que podamos analizar periódicamente los resultados y ver la evolución de la calidad de nuestro servicio.

Cuestionario electrónico.



Estos mismos cuestionarios, cuya entrega y recogida se mantiene a lo largo del tiempo, pueden estar disponibles a través de la web del servicio. Aunque, en este caso, al no hacer un seguimiento tan directo como en la entrega personalizada, las posibilidades de que sean cumplimentados y enviados se reducen.

Encuesta telefónica.



Cuando vayamos a realizar estudios más específicos o puntuales, no continuos en el tiempo, podemos utilizar, además de la entrega personal en formato papel, otros medios. La encuesta telefónica es uno de ellos. Para ello necesitaremos datos personales de las personas usuarias y, además, la ayuda de una persona especializada que nos oriente y ayude en el diseño y en el desarrollo de dicha encuesta.

Encuestas personales.



Las encuestas personales a través de encuestadores pueden ser útiles, en el caso de realizar estudios puntuales específicos. Si podemos acceder a las personas usuarias, al entrar o salir de la ubicación del servicio que se presta, podremos pedir su colaboración para mejorar el servicio. Será conveniente contar con una persona especializada que ayude a diseñar y a desarrollar esta recogida de opiniones.

Existen otros medios para acceder a las personas usuarias, cuya utilización dependerá del tipo de servicio y, por tanto, del acceso directo o no a estas personas. En cualquier caso, es un punto importante del proceso, que condiciona el éxito o no de la recogida de opiniones.

Paso 4. Cuando, con que periodicidad realizaremos la recogida de opiniones

Recoger las opiniones para analizarlas y utilizarlas en beneficio de la mejora del servicio, puede suponer una acción puntual, extraordinaria, que responda a un objetivo concreto y específico. También puede formar parte del proceso del propio servicio, de manera que como paso final de la prestación siempre se lleve a cabo una recogida de opinión sobre dicho servicio.

En muchos casos, la mejor ayuda es combinar ambos planteamientos. Es decir, de manera habitual recogemos las opiniones de las personas a quienes prestamos el servicio, de forma que nos ayude a ir mejorando día a día nuestro trabajo. Puntualmente, cuando queremos abordar algún cambio, o hemos llevado a cabo modificaciones en el servicio, o bien queremos hacer un análisis con mayor profundidad sobre la prestación, podemos realizar estudios específicos que nos ayuden a tomar decisiones.

FASE 4: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA

Paso 1. Tabulación y Análisis de datos.

Una vez recogidas las encuestas completas dispondremos de datos cuantitativos, obtenidos de las preguntas cerradas y datos cualitativos, obtenidos de las preguntas abiertas.

Todas las respuestas reflejadas en los cuestionarios deben ser cuidadosamente estudiadas y valoradas para ser presentadas de forma clara, objetiva y concisa, de manera que suponga una descripción real de la situación del servicio y facilitar así la planificación de acciones de mejora.

El objetivo debe ser clarificar los puntos débiles de la prestación, identificar las cuestiones que mayor insatisfacción producen y orientar en la toma de decisiones.

Análisis de los datos cuantitativos.

Para analizar los resultados de las preguntas cerradas, será necesario utilizar estadísticos sencillos. Para representarlos podemos utilizar diferentes tipologías de gráficos y tablas.

Para ello será necesario llevar a cabo un tratamiento informático básico. Con una hoja de cálculo Excel será suficiente. Podemos diseñar plantillas que nos sirvan para el análisis automatizado y continuo de los datos recogidos.


Análisis de la información cualitativa.


Cuando utilicemos preguntas abiertas, en las que se deja un espacio en blanco para la aportación libre de la persona usuaria, es necesario agrupar por categorías las Respuestas obtenidas, de forma que facilitemos su análisis. Estas preguntas requieren una dedicación de tiempo inicial para su lectura y comprensión. Posteriormente, será necesario interpretar y clasificar todas las aportaciones por grupos o categorías de respuestas. De esta forma nos aportarán información complementaria a los datos cuantitativos.


Paso 2. Recopilar conclusiones y resultados principales.


Tanto los datos estadísticos, correspondientes a las preguntas cerradas como los datos cualitativos, correspondientes a las preguntas abiertas, deben ser analizados e interpretados, de forma que se conviertan en información útil que permita mejorar la calidad del servicio.


Si hemos realizado un buen proceso, finalmente, tendremos información sobre:

 **Puntos débiles:** *Cuáles son los aspectos concretos del servicio que recibieron porcentajes de respuestas de insatisfacción a las preguntas cerradas sobre los distintos elementos del servicio.*

-  **Puntos Fuertes:** *Cuáles son los aspectos concretos de nuestro servicio que recibieron porcentajes de respuestas de satisfacción obtenidas en las preguntas cerradas sobre los distintos factores del servicio.*

-  **Satisfacción general:** *Cuál es el nivel de satisfacción general respecto al servicio obtenidos en la pregunta general sobre satisfacción.*

-  **Factores de Calidad Principales:** *Aquello que es más importante para las personas usuarias: respuestas a la pregunta sobre el grado de importancia de los distintos factores o elementos del servicio (nos permite identificar expectativas). Podremos conocer si aquello que se considera más importante está bien valorado: ¿cumplimos expectativas de nuestras personas usuarias?*

-  **Sugerencias o expectativas del usuario:** *Qué es lo que mejoraría del servicio desde el punto de vista de las personas usuarias (valoración de las respuestas obtenidas a la pregunta abierta sobre expectativas del servicio). Habrá que tener en consideración los comentarios y aportaciones que sean realizados en este espacio de forma que nos ayuden a orientar las mejoras del servicio.*



CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE OCCIDENTE.

MANUAL DE USUARIO DE SOFTWARE PARA SOPORTE DE AGENDA MÉDICA.

2014

Contenido

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| SOFTWARE DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE LA AGENDA MÉDICA..... | 3 |
| MENU PRINCIPAL..... | 5 |
| Ingreso de usuarios:..... | 5 |
| Pantalla principal..... | 6 |
| PACIENTES..... | 7 |
| Función Expedientes..... | 7 |
| Función Nueva Cita..... | 10 |
| ESPECIALISTAS..... | 17 |
| Función Agenda..... | 17 |
| Función Reportes..... | 20 |
| SEGURIDAD..... | 23 |
| Función Usuarios..... | 23 |

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, es prácticamente impensable prescindir de las tecnologías de la información disponibles para dar soporte a un modelo de gestión de la calidad con un enfoque basado en procesos. Es por ello que para dar apoyo al proceso de programación de agenda médica y el proceso de seguimiento y control, se ha diseñado una herramienta que permitirá un manejo más eficaz de la información respectiva. A continuación se detallara cada una de sus funciones con las cuales apoyara a la gestión de la agenda médica.

SOFTWARE DE APOYO PARA LA GESTIÓN DE LA AGENDA MÉDICA.

El software de apoyo de la agenda médica contiene en su menú principal las siguientes funciones.



- **PACIENTES:**

Para el manejo de los pacientes el software cuenta con dos funciones principales:

Función Expedientes: Mediante esta función se podrá acceder a la base de datos de los usuarios y consultar su expediente digitando el número de código del usuario o buscándolo mediante su nombre.

Función Nueva Cita: Mediante esta función se podrá programar o agendar una cita según especialista requerido y de acuerdo a la prioridad del paciente.

- **ESPECIALISTAS:**

Para el manejo de los especialistas el software cuenta con dos funciones principales:

Función Agenda: Mediante esta función los especialistas podrán conocer su agenda diaria visualizando su programación de citas diarias, el nombre , código de paciente, prioridad y hora agendada, con esta función también se podrá confirmar la asistencia del usuario o modificar la agenda mediante su desarrollo con opciones de sustituir a usuarios inasistentes por usuarios en condición.

Función Reportes: En la sección de reportes se podrá consultar los indicadores pertinentes a la agenda médica para su seguimiento y control.

- **SEGURIDAD:**

Función Usuarios: Mediante esta función el administrador podrá controlar a los usuarios que utilizaran el sistema además del uso de sus contraseñas y sus privilegios dentro del mismo según las funciones o requerimientos de los involucrados.

A continuación se detallaran cada una de estas funciones y todo el funcionamiento del sistema:

MENU PRINCIPAL.

Ingreso de usuarios:

El software será destinado a la gestión de la agenda medica es por eso que tendrá múltiples usuarios involucrados por lo cual el programa contara con usuarios y contraseñas diferentes según las funciones o requerimientos de los involucrados. Los usuarios principales del software serán el encargado de archivo, El área médica y la Dirección del CRIO.



The image shows a user login form with two input fields. The first field is labeled 'Usuario' and contains the text 'administrador'. The second field is labeled 'Contraseña' and contains several asterisks. Below the fields is a blue checkmark icon, indicating a successful login.

Pantalla principal.

En la pantalla principal se podrá acceder a todas las funciones descritas anteriormente a continuación se detallara cada una de ellas:



PACIENTES.

Función Expedientes.

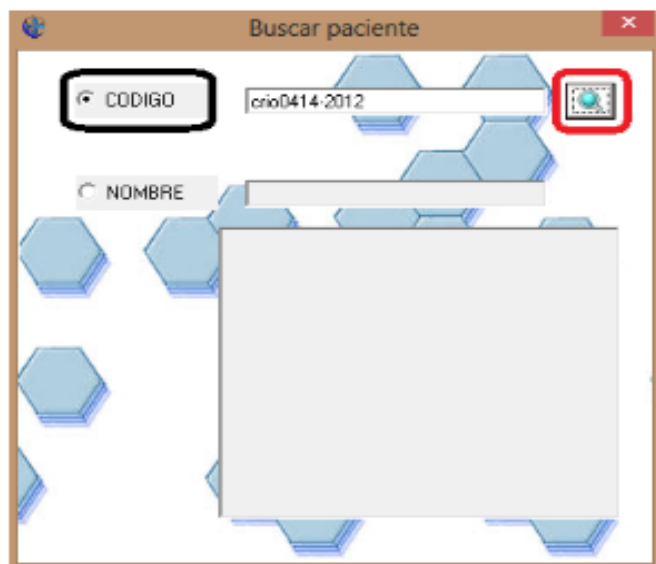
Esta opción nos permitirá desde esta aplicación acceder a la base de datos de los usuarios y consultar su expediente digitando el número de código del usuario o buscar su expediente a través de su nombre.

Acceso a la Función: Se ingresa a la opción dando un click en el boton expedientes.



A continuación emergerá la ventana Buscar paciente, donde podrá buscarse el expediente del paciente mediante el código o mediante el nombre del paciente:

Búsqueda por código: Seleccionar la búsqueda por código e ingresar el código del usuario luego presionar el botón buscar.




Búsqueda por Nombre: Seleccionar la búsqueda por nombre e ingresar el nombre del usuario luego seleccionar el nombre del usuario deseado



Con cualquiera de estas dos opciones se desplegara el expediente solicitado en el cual se podrá consultar el expediente del usuario, en esta opción solo se importara los expedientes y la información de la base de datos que maneja los expedientes en el centro, los cuales no podrán ser modificados a través de esta aplicación, solamente podrán ser importados y visualizados.

DataReport1

Zoom 100%



Instituto salvadoreño de rehabilitación de inválidos
Centro: F1 HOJA DE INSCRIPCIÓN

Fecha de apertura: _____ Numero de Expediente clínico _____

DATOS DEL USUARIO

| | | | |
|----------|-----------------|------------------|--------------|
| 1- _____ | Aparicio | Hernández | Rodrigo Omar |
| | Primer apellido | Segundo apellido | Nombre |

2- Fecha de nacimiento: 24/01/1991

3- Edad: 23 años

4- Sexo: masculino

5- Escolaridad: bachillerato

6- Estado civil: soltero

7- Dni: 2345646231

Partida de nacimiento: 1534567888753

8- Ocupación/Oficio: digitador

9- Dirección de residencia: Alameda Dr. Manuel Enrique Araujo y calle Nueva No. 1

10- Telefono: 22212242 Celular: 76223112 Email: polowaf@hotmail.com

11- Referencia: Daniel Alejandro Cruz

DATOS DEL FAMILIA

1- Nombre del padre: Brandon Ariel Perez

2- Nombre del madre: Mónica Michelle Cruz

3- Nombre del cónyuge: _____

Función Nueva Cita.

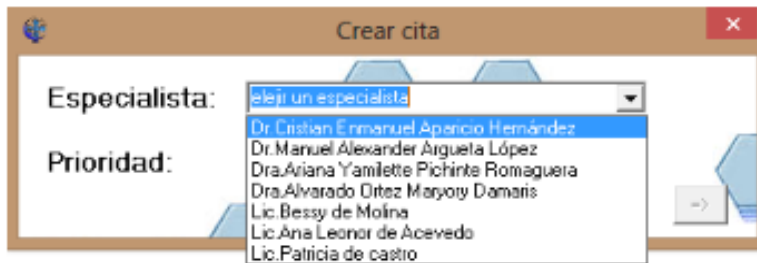
En esta sección se podrá programar una cita según especialista requerido y de acuerdo a la prioridad del paciente a programar.

Acceso a la Función: Se ingresa a la opción dando un click en el boton Nueva Cita.



A continuación emergerá la ventana Crear cita, donde podrá programarse una cita de acuerdo al especialista y su prioridad.

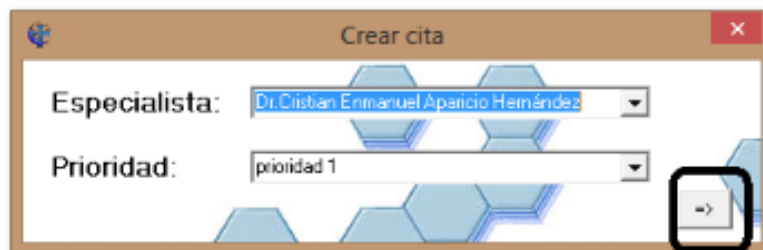
- Selección de especialista a programar cita.



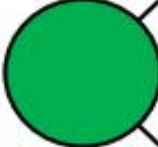
- Selección de Prioridad del Usuario.

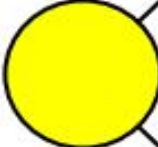


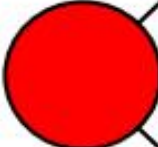
Luego de seleccionar el especialista y la prioridad del usuario y presionar el botón siguiente, el sistema despliega un calendario que de acuerdo a la disponibilidad de la agenda, y a través de una escala de colores le indicara al usuario donde hay disponibilidad para la programación de las citas.



El calendario contendrá una escala de colores los cuales determinaran la disponibilidad de cupos en los distintos días del mes, la escala utilizara se describe de la siguiente manera:

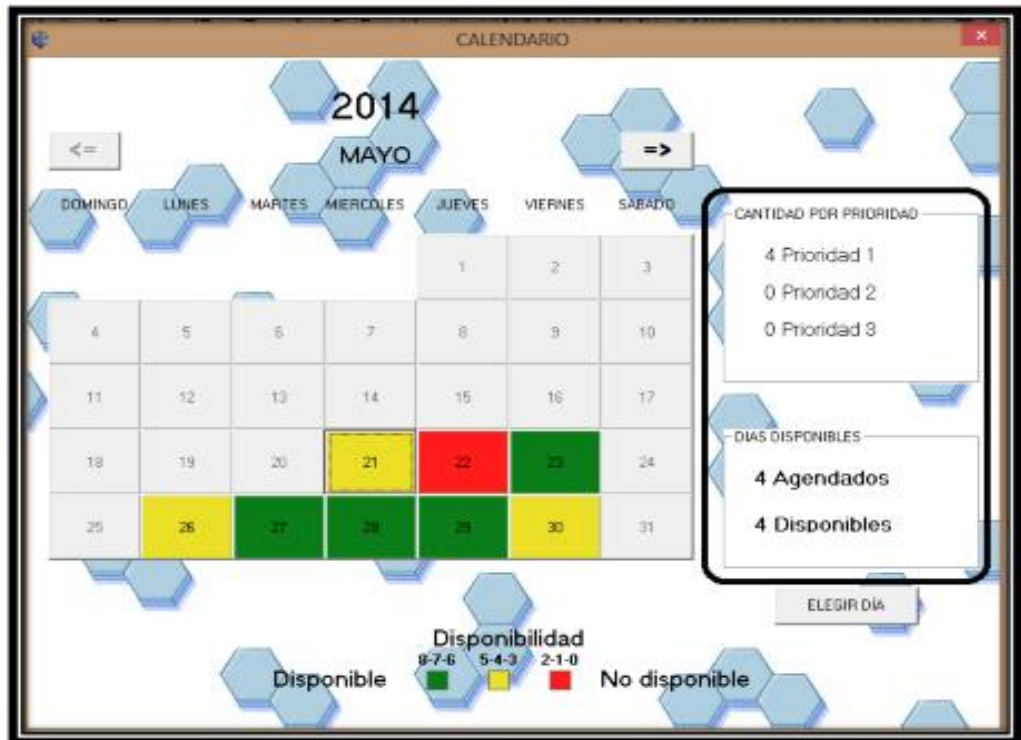
 El color Verde significa que la disponibilidad de cupos para agendar en ese día esta en un rango de 8-6 cupos disponibles.

 El color Amarillo significa que la disponibilidad de cupos para agendar en ese día esta en un rango de 5-3 cupos disponibles.

 El color Rojo significa que la disponibilidad de cupos para agendar en ese día esta en un rango de 2-0 cupos disponibles.



Al hacer clic en el cualquiera de los días se visualizará en la parte derecha de la pantalla la cantidad de usuarios por prioridad agendados ese día y los cupos disponibles y agendados.



Al decidir el día para programar se deberá seleccionar opción ELEGIR DIA.



Luego emergerá la ventana Agenda. En la cual se deberá elegir una de las horas disponible para agendar al usuario.

The screenshot shows a window titled "Agenda" with a search form and a table of available times. The search form includes fields for "Codigo", "Nombre", "Fecha de nacimiento", "Telefono", and "Direccion", along with a "Guardar" button. A table titled "Seleccione una hora" is highlighted with a black border. The table has two columns: "HORA" and "DISPONIBILIDAD".

| HORA | DISPONIBILIDAD |
|-----------|----------------|
| 7:00-7:15 | Agendado |
| 7:15-7:30 | Agendado |
| 7:30-7:45 | Agendado |
| 7:45-8:00 | Disponible |
| 8:00-8:15 | Disponible |
| 8:15-8:30 | Disponible |
| 8:30-8:45 | Agendado |
| 8:45-9:00 | Disponible |

Y se programara al usuario utilizando su número de expediente o buscando sus datos por su nombre.

Programación por número de expediente: ingresar el número de expediente del usuario y luego presionar el botón chequear código.

The screenshot shows the "Agenda" window with the search form filled out. The "Codigo" field contains "cno0414-2012" and is highlighted with a green checkmark icon. The search results are displayed in the form fields: "Nombre" is "Claudia Guadalupe Martínez Hernández", "Fecha de nacimiento" is "06/11/2001", "Telefono" is "22554669", and "Direccion" is "Avenida Roosevelt sur y 3ª calle Pte.". A "Guardar" button is visible at the bottom right. A message at the bottom of the window reads: "La cita se creara para el día miércoles 21/5/2014 a la hora 07:45 a.m. para el paciente: Claudia Guadalupe Martínez Hernández".

Si el número de expediente es correcto aparece la información del usuario y en una leyenda en la parte de abajo una confirmación de la cita a programar indicando el día, la hora y el nombre del usuario, para programar la cita se deberá presionar la opción Guardar.

| Seleccione una hora | |
|---------------------|----------------|
| HORA | DISPONIBILIDAD |
| 7:00-7:15 | Agenado |
| 7:15-7:30 | Agenado |
| 7:30-7:45 | Agenado |
| 7:45-8:00 | Disponible |
| 8:00-8:15 | Disponible |
| 8:15-8:30 | Disponible |
| 8:30-8:45 | Agenado |
| 8:45-9:00 | Disponible |

Codigo: [crio0414-2012] ✓

Nombre: Claudia Guadalupe Martinez Hernandez

Fecha de nacimiento: 06/11/2001

Telefono: 22554669

Dirección: Avenida Roosevelt sur y 3ª calle Pte.

La cita se creara para el dia miercoles 21/5/2014 a la hora 07:45 a.m. para el paciente: Claudia Guadalupe Martinez Hernandez

Guardar

Programación por Nombre: Seleccionar la programación de cita por nombre e ingresar el nombre del usuario luego seleccionar el nombre del usuario deseado, luego de verificar si la programación es correcta seleccionar la opción guardar.

Selecio

NOMBRE: [rodigo omar] ✓

Rodrigo Omar Aparicio Hernández

La cita se crear

Guardar

Si la programación es la deseada se da clic en Guardar.

The screenshot shows a software window titled "Agenda" with a close button in the top right corner. On the left, there is a table titled "Seleccione una hora" with two columns: "HORA" and "DISPONIBILIDAD". The table lists time slots from 7:00-7:15 to 8:45-9:00. The availability for each slot is either "Agendado" (in red) or "Disponible" (in cyan). The 7:45-8:00 slot is highlighted with a green checkmark. To the right of the table, there are input fields for patient information: "Codigo:" (0514-2012), "Nombre:" (Rodrigo Omar Apencio Hernández), "Fecha de nacimiento:" (24/01/1991), "Telefono:" (22212242), and "Direccion:" (Alameda Dr. Manuel Enrique Araujo y calle). At the bottom, a text box contains the message: "La cita se crea para el día miércoles 21/5/2014 a la hora 07:45 a.m. para el paciente:". A "Guardar" button is highlighted with a black border.

| HORA | DISPONIBILIDAD |
|-----------|----------------|
| 7:00-7:15 | Agendado |
| 7:15-7:30 | Agendado |
| 7:30-7:45 | Agendado |
| 7:45-8:00 | Disponible |
| 8:00-8:15 | Disponible |
| 8:15-8:30 | Disponible |
| 8:30-8:45 | Agendado |
| 8:45-9:00 | Disponible |

La cita se crea para el día miércoles 21/5/2014 a la hora 07:45 a.m. para el paciente:

Guardar

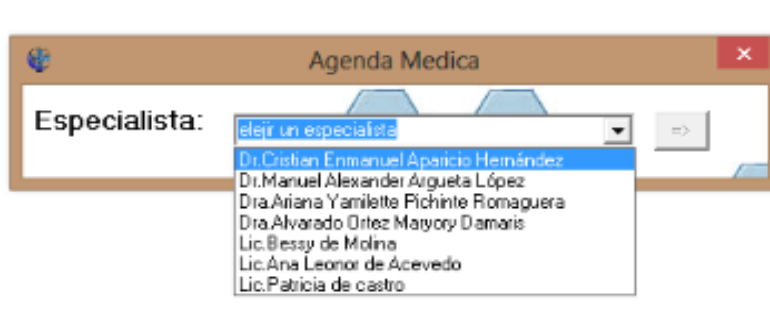
En este momento se ha programado la cita al usuario.

ESPECIALISTAS

Función Agenda.

El software también contendrá una sección de consultas en la cual cada especialista podrá consultar su agenda personalmente y en la cual se podrá chequear la asistencia del usuario a su consulta.

Seleccionar el especialista del cual se quiere consultar su agenda diaria.



Luego emergera la ventana AGENDA DIARIA en donde se muestra la agenda diaria del especialista seleccionada.

The screenshot shows a window titled "AGENDA DIARIA" with a subtitle "Agenda del Dr. Cristian Emmanuel Aparicio Hernández". It contains a table with the following data:

| HORA | CODIGO | PACIENTE | PRIDRIDAD | ASISTENCIA |
|-----------|---------------|--------------------------------------|-----------|-------------------------------------|
| 7:00-7:15 | | No agendado | | |
| 7:15-7:30 | | No agendado | | |
| 7:30-7:45 | | No agendado | | |
| 7:45-8:00 | | No agendado | | |
| 8:00-8:15 | crio0414-2012 | Claudia Guadalupe Martinez Hernandez | P1 | <input type="checkbox"/> |
| 8:15-8:30 | crio0414-2012 | Claudia Guadalupe Martinez Hernandez | P1 | <input type="checkbox"/> |
| 8:30-8:45 | | No agendado | | |
| 8:45-9:00 | 0314-2012 | | P3 | <input checked="" type="checkbox"/> |

En esta pantalla se podrá realizar las siguientes funciones:

Cambiar usuario programado

Al dar clic sobre un paciente se podrá cambiar el usuario agendado aparecerá una leyenda en la parte inferior de la pantalla cambiar cita, si se desea cambiar se deberá dar clic sobre el nombre del usuario.

| HORA | CODIGO | PACIENTE | PRIORIDAD | ASISTENCIA |
|-----------|--------------|--------------------------------------|-----------|-------------------------------------|
| 7:00-7:15 | | No agendado | | |
| 7:15-7:30 | | No agendado | | |
| 7:30-7:45 | | No agendado | | |
| 7:45-8:00 | | No agendado | | |
| 8:00-8:15 | cio0414-2012 | Claudia Guadalupe Martinez Hernandez | P1 | <input type="checkbox"/> |
| 8:15-8:30 | cio0414-2012 | Claudia Guadalupe Martinez Hernandez | P1 | <input type="checkbox"/> |
| 8:30-8:45 | | No agendado | | |
| 8:45-9:00 | 0314-2012 | | P3 | <input checked="" type="checkbox"/> |

Cambiar cita

Luego emergerá la pantalla sustitución de cita en la cual se podrá cambiar de usuario ya sea seleccionándolo por código o por su nombre luego si se confirma el cambio deberá darse clic en el botón cambiar.

Codigo **Prioridad:**

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Ver inasistencia.

Al seleccionar el botón marcado en la sección asistencia aparecerá la leyenda ver inasistencias al hacer clic sobre él; aparece un historial de todas la inasistencia del usuario identificando el especialista y la fecha.

| HORA | CODIGO | PACIENTE | PRIORIDAD | ASISTENCIA |
|-----------|--------------|--------------------------------------|-----------|------------|
| 7:00-7:15 | | No agendado | | |
| 7:15-7:30 | | No agendado | | |
| 7:30-7:45 | | No agendado | | |
| 7:45-8:00 | | No agendado | | |
| 8:00-8:15 | cio0414-2012 | Claudia Guadalupe Martinez Hernandez | P1 | |
| 8:15-8:30 | cio0414-2012 | Claudia Guadalupe Martinez Hernandez | P1 | |
| 8:30-8:45 | | No agendado | | |
| 8:45-9:00 | 0314-2012 | | P3 | |

Ver inasistencias

| | Ortopeda | Fisiatra | Pediatria Neurólogo | Pediatria |
|--------------|----------|----------|---------------------|-----------|
| 17/mayo/2014 | | | | |
| 16/mayo/2014 | | | | |
| 16/mayo/2014 | | | | |
| 16/mayo/2014 | | | | |
| 14/mayo/2014 | | | | |
| 12/mayo/2014 | | | | |
| 11/mayo/2014 | | | | |
| 11/mayo/2014 | | | | |
| 10/mayo/2014 | | | | |
| 10/mayo/2014 | | | | |
| 09/mayo/2014 | | | | |

Función Reportes.

En la sección de reportes se podrá consultar los indicadores pertinentes a la agenda médica para su seguimiento y control en el cual el sistema otorgara los resultados de los indicadores.



Al seleccionar la opción reportes emergerá la pantalla Generador de Reportes



En donde se deberán marcar las fechas en el calendario primero se deberá seleccionar el día y luego presionar la opción "De", luego seleccionar otro día y seleccionar la opción "Hasta", si las selecciones no son las adecuadas podrán desmarcarse con la opción "Modificar". Luego se elige el indicador que se desea consultar.



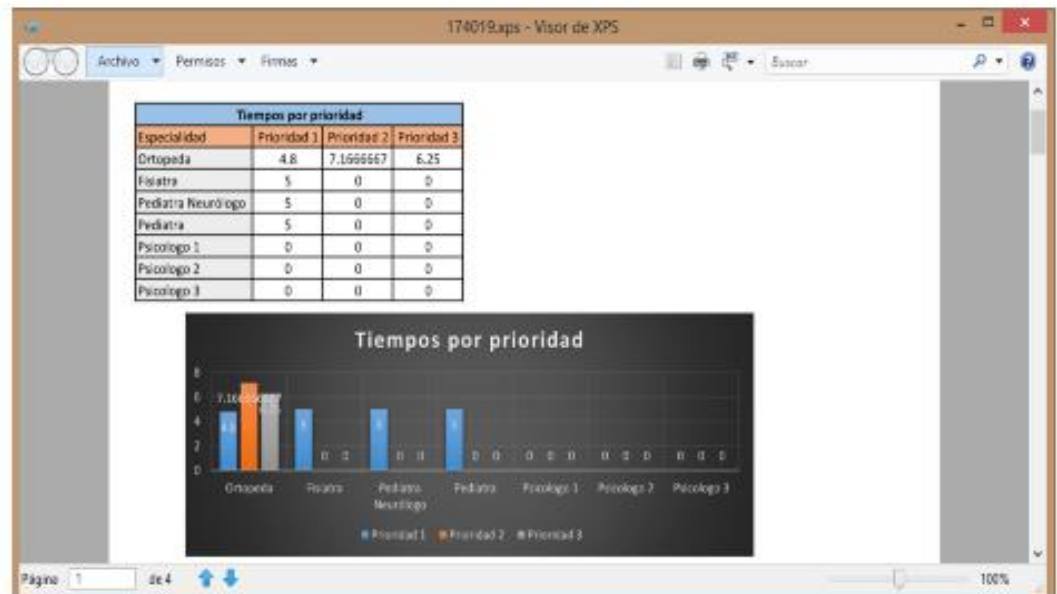
Luego de elegir la fecha en que comprenderá el reporte y el indicador, se generara el reporte dándole clic en la opción Generar.



Luego de un tiempo de espera, el sistema desplegara el reporte solicitado, el cual podrá ser impreso o guardado para su posterior análisis.



Y serán mostrados

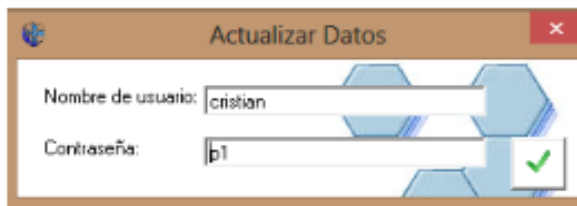
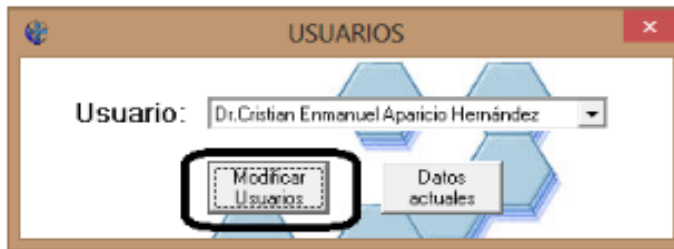


SEGURIDAD

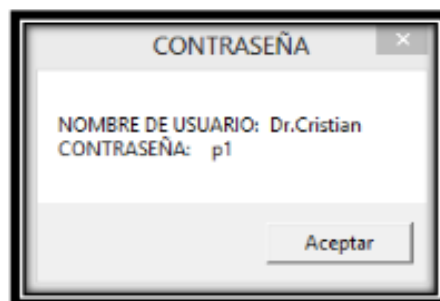
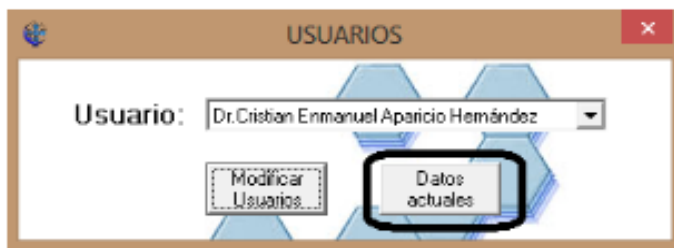
Función Usuarios

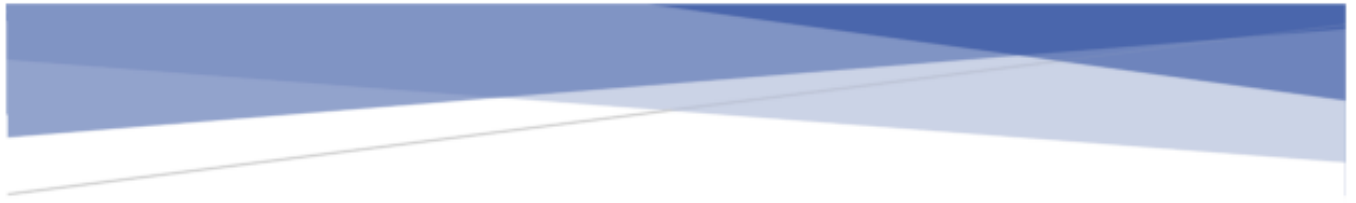
Esta función es para que el administrador del sistema podrá modificar los usuarios y modificar sus contraseñas.

Opción Modificar Usuario: Al dar clic sobre esta opción emergerá la pantalla actualizar datos donde se podrá modificar los nombres de los usuarios y sus contraseñas.



Opción Datos Actuales: Al seleccionar esta opción se podrá consultar el usuario y su contraseña.





MANUAL DE USUARIO

Dashboard CRIO

Centro de Rehabilitación Integral de Occidente
Sistema de Indicadores Claves para la Toma de Decisiones

| | |
|-----------------------------|----|
| Contenido | |
| Introduccion..... | 2 |
| Requisitos del Sistema..... | 2 |
| Generalidades..... | 3 |
| Funciones Generales..... | 4 |
| Menú Principal..... | 4 |
| Indicador Produccion..... | 4 |
| Indicador Eficiencia..... | 5 |
| Indicador Duracion..... | 6 |
| Indicador Asistencia..... | 8 |
| Indicador Rotacion..... | 10 |

INTRODUCCIÓN

El presente es un manual sobre la utilización del Dashboard CRIO, diseñado para el monitoreo y control de los diferentes KPI (Key Performance Index) de los procesos claves del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.

Este se basa en el control de manera general del sistema, y su control de manera individual en los diferentes procesos en base a los indicadores claves, permitiendo al usuario una interacción y facilidad para la interpretación de indicadores para la toma de decisiones.

REQUISITOS DEL SISTEMA

A continuación se presentan los requisitos mínimos tanto de hardware como software para la ejecución del Dashboard de Indicadores CRIO. Puede que tenga que actualizar su hardware o sistema operativo para la correcta ejecución del sistema.

Requisitos de Hardware

| Componente | Requisito x86 | Requisito x64 |
|-------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Procesador | Procesador de x86 1 GHz | Procesador x64 1 GHz |
| Memoria RAM | 1 gigabyte (1 GB) | 2 gigabyte (2 GB) |
| Almacenamiento | 3 gigabyte (3 GB) | 3 gigabyte (3 GB) |
| Pantalla | DirectX 10 1024 x 576 o superior | DirectX 10 1024 x 576 o superior |
| Sistema Operativo | Windows XP | Windows Vista |

Requisitos de Software

Microsoft Office Excel 2007

MySQL Server 5.6

MySQL WordBench 5.2

GENERALIDADES

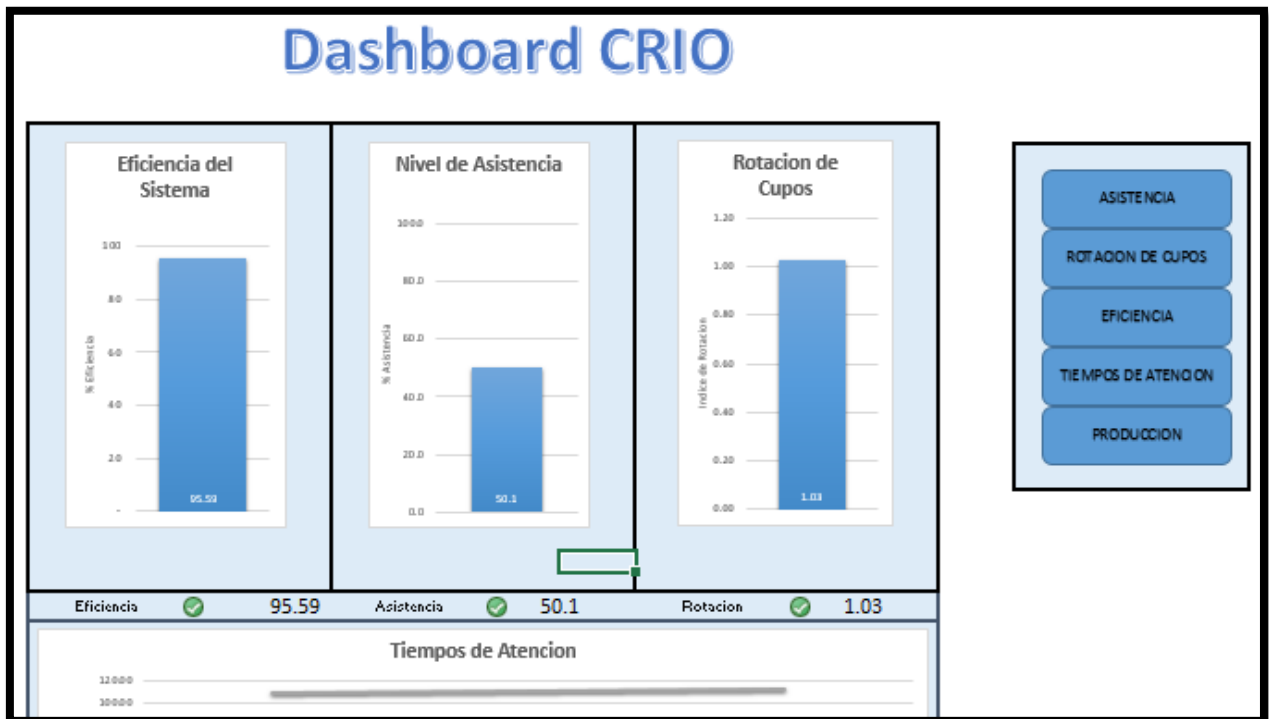
Dashboard CRIO, es una aplicación ad-hoc, diseñada específicamente para el control de indicadores de desempeño claves para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, esta aplicación orientada en procesos funciona de manera interactiva con el usuario, brindando actualizaciones en tiempo real mediante la conexión hacia una base de datos alimentada directamente por el sistema de automatización de procesos BPM.



Esta aplicación utiliza como DBMS (Data Base Management System), MySQL como gestora de base de datos, esto debido a que MySQL es una plataforma robusta y con amplia compatibilidad con diferentes sistemas operativos y software BPM.

Menú Principal

Al ingresar al Dashboard, el usuario tendrá interacción con una vista general de los indicadores claves en tiempo real de cómo se desenvuelve y se está ejecutando la automatización en el Centro.

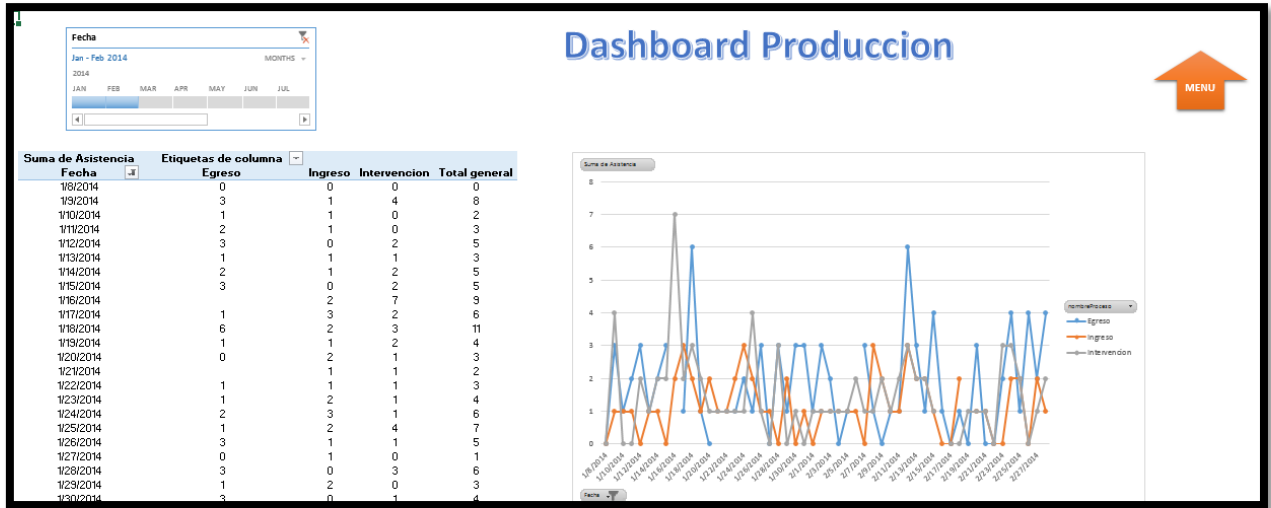


Estos indicadores generales darán un primer vistazo del comportamiento actual de los indicadores claves del Centro. Entre los indicadores claves mostrados están:

- *Eficiencia del sistema.*
- *Nivel de Asistencia*
- *Rotación de Cupos*
- *Tiempos de Atención*

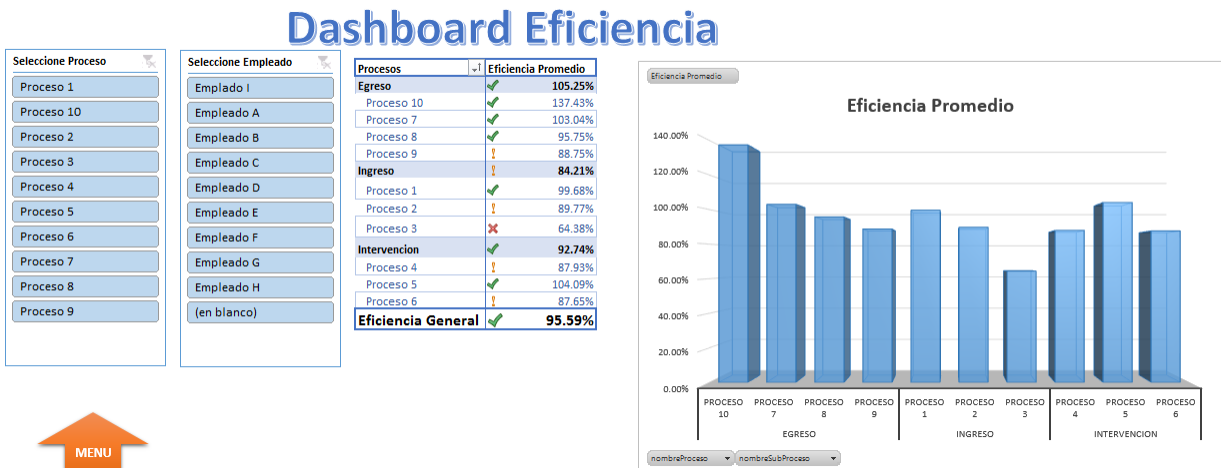
Indicador Producción

Este indicador permitirá evaluar la cantidad de atenciones brindadas en un periodo determinado. Este análisis se realiza mediante los 3 macro-procesos del centro. Estableciendo tendencias y pronósticos del nivel de producción esperado en una escala de tiempo.



Indicador Eficiencia

La eficiencia del Sistema o del Centro, es el control mediante el cual el centro esta cumpliendo los estándares establecidos de atención. En el menú principal este se muestra en el cuadro amarillo, este representa el nivel de eficiencia general de Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.




Para acceder al **Indicador Eficiencia**, (cuadro rojo), en este se podrá ver de manera individualizada la eficiencia por procesos o por usuario interno.

La función del Indicador de Eficiencia tiene las siguientes funciones:

- **Filtros:** Estos se muestran en el cuadro amarillo (representación), esto permite filtrar o delimitar la información que se desea analizar, ya sea esta por usuario (empleado del centro), o por procesos.
- **Cuadro de Datos:** Aquí se mostrara según sea la información filtrada los niveles de eficiencia por procesos, indicando por un icono si el indicador está dentro de rango (verde), esta mínimamente fuera de rango (amarillo), y cuando el indicador esta fuera de rango (rojo).
- **Grafico del indicador:** Este informara de manera gráfica e intuitiva la medición de la eficiencia entre los diferentes indicadores.

Indicador Duración

Este indicador permitirá conocer las desviaciones en los tiempos de atención de los diferentes procesos. Para ingresar a la función Duración (Tiempos de Atención) se deberá dar clic en el botón del menú, tal como lo muestra la figura siguiente:

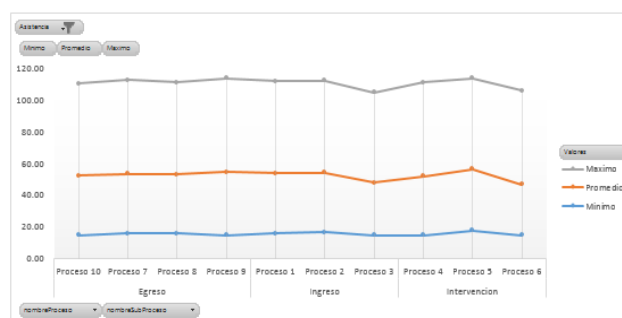


| | Minimo | Promedio | Maximo |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| Ingreso | 15.00 | 36.16 | 58.00 |
| Intervencion | 15.0 | 35.8 | 59.0 |
| Egreso | 15.00 | 37.93 | 59.00 |

Asistencia 1

| Proceso | Minimo | Promedio | Maximo |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|
| Egreso | 15.00 | 37.93 | 59.00 |
| Proceso 10 | 15.00 | 37.34 | 58.00 |
| Proceso 7 | 16.00 | 37.54 | 59.00 |
| Proceso 8 | 16.00 | 37.25 | 58.00 |
| Proceso 9 | 15.00 | 39.76 | 59.00 |
| Ingreso | 15.00 | 36.16 | 58.00 |
| Proceso 1 | 16.00 | 37.84 | 58.00 |
| Proceso 2 | 17.00 | 37.19 | 58.00 |
| Proceso 3 | 15.00 | 32.87 | 57.00 |
| Intervencion | 15.00 | 35.81 | 59.00 |
| Proceso 4 | 15.00 | 37.09 | 59.00 |
| Proceso 5 | 18.00 | 38.72 | 57.00 |
| Proceso 6 | 15.00 | 31.81 | 59.00 |
| Total general | 15.00 | 36.81 | 59.00 |

Dashboard Tiempos de Atención



La vista Duración, está comprendida por dos controles, el primero tal como lo muestra la figura siguiente, permitirá comprender los niveles máximos, promedio y mínimo de los tiempos de atención de los diferentes procesos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, de la siguiente forma:

- **Niveles de Atención Promedio Generales:** Este se muestra en el cuadro amarillo, indicara los tiempos máximo, promedio, y mínimo de los 3 macro procesos del Centro, como lo son Ingreso, Intervención y Egreso.
- **Niveles de Atención por Proceso:** (cuadro rojo), indicara los tiempos de atención de todos los procesos comprendidos en el Centro, con su máximo, promedio, y mínimo.
- **Gráfico:** (cuadro verde), permitirá identificar de manera intuitiva si existe variaciones significativa entre los tiempos de los diferentes procesos.

En la segunda parte, se podrá hacer un análisis en una escala de tiempo o histórico de un grupo de procesos o un proceso en específico. Esto permitirá establecer un comparativo o identificar un comportamiento de los tiempos de atención a través del tiempo. Este apartado se muestra en la siguiente figura desglosado así:

- **Filtros:** (cuadro rojo), el análisis se podrá efectuar mediante el control de 3 variables:
 - **Tiempo:** Permitirá seleccionar uno o varios meses para el análisis en la escala de tiempo.
 - **Proceso:** Se podrá analizar uno o varios procesos según sea el caso solamente seleccionándolos.
 - **Empleado:** (usuario interno), se podrá medir los tiempos de atención que un empleado en específico está brindando.
- **Cuadro de Datos:** En este se podrá visualizar los tiempos de atención mínimo, promedio, y máximo de los diferentes procesos a través del tiempo.
- **Gráfico:** Permitirá identificar las variaciones entre los tiempos de atención a través del tiempo.

Fecha

Q1 2014 MONTHS

2014

JAN FEB MAR APR MAY JUN JUL

| Etiquetas de fila | Minimo | Promedio | Maximo |
|-------------------|--------|----------|--------|
| 1/8/2014 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 1/9/2014 | 0.00 | 31.00 | 58.00 |
| 1/10/2014 | 0.00 | 7.14 | 31.00 |
| 1/11/2014 | 0.00 | 11.38 | 47.00 |
| 1/12/2014 | 0.00 | 26.63 | 54.00 |
| 1/13/2014 | 0.00 | 12.25 | 46.00 |
| 1/14/2014 | 0.00 | 17.00 | 46.00 |
| 1/15/2014 | 0.00 | 15.75 | 34.00 |
| 1/16/2014 | 0.00 | 26.58 | 58.00 |
| 1/17/2014 | 0.00 | 31.75 | 55.00 |
| 1/18/2014 | 0.00 | 23.24 | 56.00 |
| 1/19/2014 | 0.00 | 11.07 | 44.00 |
| 1/20/2014 | 0.00 | 16.14 | 49.00 |
| 1/21/2014 | 0.00 | 14.80 | 52.00 |
| 1/22/2014 | 0.00 | 20.83 | 54.00 |
| 1/23/2014 | 0.00 | 24.50 | 51.00 |
| 1/24/2014 | 0.00 | 19.73 | 59.00 |
| 1/25/2014 | 0.00 | 19.70 | 42.00 |
| 1/26/2014 | 0.00 | 18.00 | 55.00 |
| 1/27/2014 | 0.00 | 8.00 | 40.00 |
| 1/28/2014 | 0.00 | 15.42 | 54.00 |
| 1/29/2014 | 0.00 | 13.00 | 45.00 |
| 1/30/2014 | 0.00 | 13.67 | 59.00 |

nombreSubProceso

Proceso 1

Proceso 10

Proceso 2

Proceso 3

Proceso 4

Proceso 5

Proceso 6

Proceso 7

nombreEmpleado

Empleado I

Empleado A

Empleado B

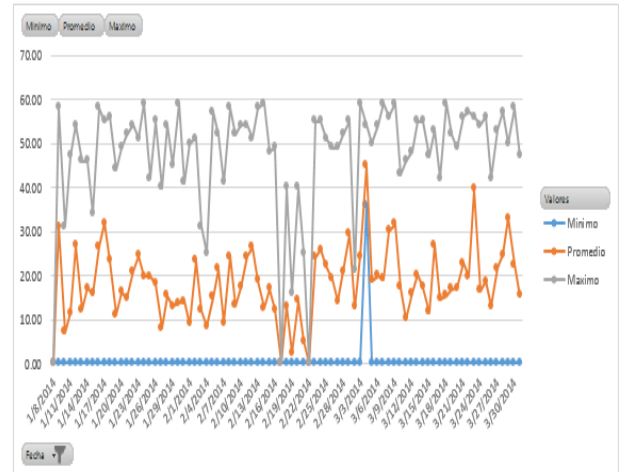
Empleado C

Empleado D

Empleado E

Empleado F

Empleado G



Indicador Asistencia

El control de la asistencia del usuario, permitirá establecer el nivel de cumplimiento de las atenciones programadas contra las efectuadas, así también como un parámetro para la medición del tiempo perdido por falta de usuario en los diferentes procesos del Centro.

Para ingresar a esta opción, es necesario realizar clic en el menú **ASISTENCIA**, tal como lo muestra la siguiente figura:

Dashboard Asistencia

Recuento de Asistencia

| Procesos | Inasistencia | Asistencia |
|---------------|--------------|------------|
| Egreso | 48.68% | 51.32% |
| Proceso 10 | 44.79% | 55.21% |
| Proceso 7 | 45.10% | 54.90% |
| Proceso 8 | 48.60% | 51.40% |
| Proceso 9 | 55.36% | 44.64% |
| Ingreso | 53.43% | 46.57% |
| Proceso 1 | 47.31% | 52.69% |
| Proceso 2 | 51.72% | 48.28% |
| Proceso 3 | 60.82% | 39.18% |
| Intervencion | 48.21% | 51.79% |
| Proceso 4 | 52.59% | 47.41% |
| Proceso 5 | 46.24% | 53.76% |
| Proceso 6 | 44.90% | 55.10% |
| Total general | 49.85% | 50.15% |

Recuento de Asistencia

Asistencia

Inasistencia

Proceso 10 Proceso 7 Proceso 8 Proceso 9 Proceso 1 Proceso 2 Proceso 3 Proceso 4 Proceso 5 Proceso 6

Egreso Ingreso Intervencion

Dashboard Produccion Eficiencia Duracion **Asistencia** Rotacion Registro Emplead ...

La interfaz gráfica de esta función es semejante a las funciones de tiempo de atención y eficiencia del sistema.

Esta se presenta de la siguiente manera:

- **Filtros:** Permitirá seleccionar o segmentar la información que se desea analizar, sea esta por escala de tiempo, proceso o empleado (usuario interno).
- **Tabla de Datos:** Mostrara los niveles de asistencia por proceso, con un icono condicional que permitirá de manera intuitiva conocer si el indicador esta fuera o dentro del estándar.
- **Gráfico de Datos:** Permitirá una visualización simple de como el indicador esta en cada uno de los procesos, cual es el proceso con el mejor indicador o cual requiere acciones inmediatas.

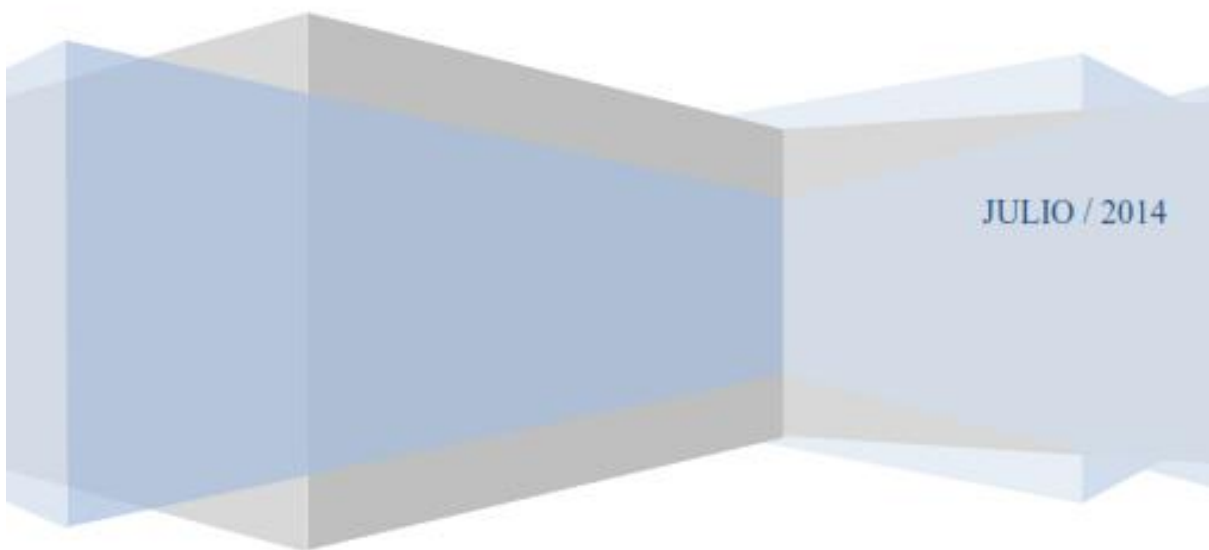
Indicador Rotacion

El indicador de Rotación permitirá analizar la relación entre los usuarios ingresados al sistema y las salidas, permitiendo evaluar el aumento o disminución de capacidad del centro en sus diferentes procesos., Este indicador se presenta de manera general, es decir mide la rotación del centro como un sistema.



OFERTA TÉCNICA Y ECONÓMICA PARA CONSULTORÍA:

“DISEÑO DE SISTEMA DE GESTION POR PROCESOS PARA EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE OCCIDENTE”



A continuación se detalla cada uno de los aspectos a considerar en la Consultoría *“Diseño de Sistema de Gestión por Procesos para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente”*

I. METODOLOGIA DE DESARROLLO DE LA CONSULTORIA

A. Objetivos de la Consultoría.

- Diseñar un sistema de gestión por procesos para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, mediante el cual se controle y optimice el funcionamiento de la institución, logrando un aumento en la satisfacción del cliente.

II. ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACION

La estrategia de implementación se basará en el método universal para la mejora de procesos organizacionales: el ciclo de la mejora continua o PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar).

La metodología específica a utilizar está compuesta por 4 fases que aseguran el contenido completo para la mejora constante de para el diseño del Sistema de Gestión por Procesos:



III. DESARROLLO DE LA CONSULTORIA:

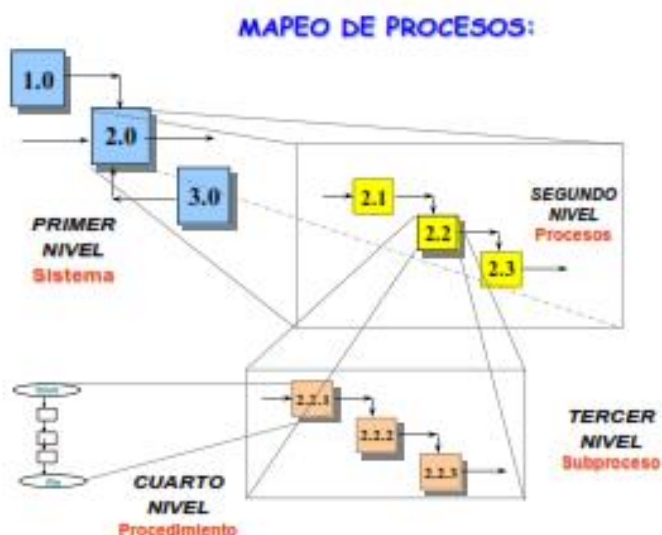
I – DIAGNOSTICO INICIAL

1. ORGANIZACIÓN:

- ✓ Revisión de la documentación existente: organigrama de la institución, programación de trabajo, objetivos organizacionales, incorporar necesidades y expectativas específicas de la Dirección, explicación de la metodología de trabajo que incluye mecanismos de revisión, verificación y validación de los productos a entregar.
- ✓ Análisis global de la documentación y data existente del proceso de los diferentes procesos que se ofrecen en la institución.
- ✓ Elaborar plan de trabajo¹.

2. MAPEO DE PROCESOS.

Es una herramienta gráfica que trata de diagramar en niveles los procesos y las actividades de la organización con el objeto de identificar los procesos, documentarlos, caracterizarlos, medir las variables claves de los procesos, controlar dichas variables, análisis del resultado del control de los proceso, asegurar y mejorarlos; para crear una mejor administración del área en estudio.



¹ Ver romano VI Duración de la consultoría.

Documentación Mapa de Primer Nivel:

- ✓ Con base a la información y equipo gerencial y/o personal clave, conjuntamente con el equipo consultor se establece el mapa de primer nivel de la organización, como resultado del levantamiento se establece el equipo de trabajo que se convertirá en el equipo contraparte del equipo consultor, así como los depositarios del conocimiento adquirido para manejarlo posteriormente por la empresa.

Documentación de Mapa de Segundo, Tercer Nivel del Proceso de Cafetería.

- Identificación de problemas existentes, riesgos y tendencias, así como oportunidades de mejorar el proceso.
- Aplicación de técnicas de análisis cualitativo (técnicas de análisis y mejora de procesos) y cuantitativos (Medición de tiempos y recursos para documentar el comportamiento) para representar el mapa de procesos del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente.

Caracterización de procesos:

- Elaboración y documentación de la caracterización de procesos mediante fichas de proceso, las cuales incluyen:
 - Objetivo del Proceso
 - Entradas del Proceso
 - Proveedores del Proceso
 - Procedimiento
 - Salidas del Proceso
 - Clientes Internos
 - Indicadores de Gestión

2 – GESTION TACTICA OPERATIVA

1. CAPACITACIÓN EN DOCUMENTACIÓN Y GESTIÓN DE PROCESOS:

Dirigido al equipo de trabajo, temática principal: documentación de procesos, técnicas de análisis y mejora de procesos y gestión de procesos organizacionales. *Como resultado de la documentación de procesos del primer nivel, se elegirá personal clave para conformar un equipo de trabajo (2 a 4 personas), quienes recibirán la capacitación.*

2. REUNIONES CON EL EQUIPO DE TRABAJO:

- ✓ Reuniones periódicas con el equipo *para presentar resultados de la situación actual del proceso (obtenidos mediante los diferentes medios y herramientas propuestas)*. A la vez, dichas reuniones se aprovecharán para la identificación y/o validación de las propuestas de mejora y seguimiento permanente en la etapa de implementación.
- ✓ Presentación de resultados.

3 – IMPLEMENTACION

Una vez presentado el diagnóstico de la situación actual y la generación de planes de acción para la implementación del sistema mediante la gestión táctica operativa, se procederá:

- Diseño del plan de implementación con sus respectivos entregables (a definir con el solicitante).
- Diseño de documentación para la implementación del sistema.
- Establecimiento de equipos de trabajo y mejora, los cuales serán responsables de la coordinación y ejecución de los procesos.
- Seguimiento y monitoreo del plan de implementación.

4 – VERIFICACION Y MEJORA DEL SISTEMA

- Verificación de la mejora del sistema mediante la diseño de sistema de indicadores.
- Establecimiento de equipos de mejora y retroalimentación del sistema.

V. DURACION DE LA CONSULTORIA:

La consultoría tendrá una vigencia máxima de 1 año (prorrogable según decisión del solicitante).

VI. PRODUCTOS ENTREGABLES:

La consultoría tendrá el siguiente alcance y entregables:

- Diseño y elaboración del mapa de procesos.
- Diseño de procesos para servicios en los cuales no se ha identificado proceso.
- Documentación del inventario de procesos mediante el manual de proceso.
- Diseño de sistema de indicadores de gestión.
- Establecimiento de metodología y equipos de trabajo para la mejora continua.
- Capacitación sobre gestión de procesos.

IX. OFERTA ECONOMICA

Precio total por la consultoría: **\$3, 500.00 más IVA**

Los pagos se realizarán de la siguiente manera: 40% al inicio y 60% al finalizar la consultoría.

Atentamente,



Gerente Comercial
Vinculo&co.
tel. 2556-8665 /email: isabel.serrano@vinculosv.com

F. _____
Aceptación de Oferta

Sello

Fecha de aceptación: _____



San Salvador, 21 de julio de 2014

Señores

Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral

Centro de Rehabilitación Integral de Occidente

Presente.-

Estimados señores:

Reciba un cordial saludo de VINCULO&CO, S.A de C.V.

Tenemos a bien, enviarle, la oferta para llevar a cabo la capacitación de 16 horas sobre *Sistemas de Gestión y Modelamiento de Procesos*, de lo cual usted gentilmente solicitó cotización.

Esperando que la propuesta sea de su interés, quedamos a su disposición para cualquier ampliación al respecto.

Atentamente,

Licda. Isabel Serrano
Gerente Comercial
Vinculo&co. S.A de C.V.

I. Objetivos.

a) Objetivo General:

Proporcionar al Comité de Calidad del Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, los lineamientos teóricos necesarios para la identificación y modelamiento de los procesos en el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente, así como los aspectos generales necesarios para la organización e implementación de un Sistema de Gestión por Procesos.

II. Público meta:

Los miembros del Comité de Calidad (todos) y otros empleados que se considere necesario capacitar para el seguimiento de la implementación de un *Sistema de Gestión por Procesos*.

III. Período de realización de la formación.

A convenir con empresa solicitante.

IV. Contenidos.

A continuación se presenta el detalle de los temas que se desarrollarán durante las 16 horas de formación.

| CONTENIDOS | CONCEPTOS | FECHAS Y HORARIOS | DURACION |
|-------------------------|--|---|----------|
| 1. Gestión por Procesos | Fundamentos de Procesos Fundamentos de la Gestión por Procesos Relación Calidad vs Gestión por | A convenir con organización solicitante | 4 Horas |

| CONTENIDOS | CONCEPTOS | FECHAS Y HORARIOS | DURACION |
|---------------------|--|---|----------|
| | Procesos Generalidades de Normas y Modelos de Excelencia de la Calidad. | | |
| 2. Modelamiento BPM | Caracterización de Procesos Metodología de Modelamiento IDEF0. Utilización de Herramientas informáticas para el modelamiento de Procesos | A convenir con organización solicitante | 12 Horas |

Inversión por las 16 horas de capacitación: \$ 690.00 más IVA

Incluye: facilitador (ingeniero industrial especializado en el área), material para los participantes, equipo audiovisual, diploma.

Cantidad de participantes: Máximo 18 personas para mejor aprendizaje, aunque se puede adaptar según se requiera.

Lugar: Instalaciones de la empresa solicitante

Alimentación corre por cuenta de empresa solicitante del curso.

Forma de Pago del 15% correspondiente a la empresa solicitante: a convenir después de aceptada la oferta.

| | |
|---|-------|
| ACEPTACIÓN DE LA OFERTA | |
| Empresa: _____ | |
| Representante: _____ | SELLO |
| Firma: _____ | |
| Fecha de aceptación: _____ | |
| Aceptamos la oferta en todas sus partes por lo que nos comprometemos a cumplir con las responsabilidades adquiridas con la misma. | |

Cualquier duda o consulta comunicarse con: Isabel Serrano al teléfono:2556-8665

A continuación se muestra la evaluación de cada capítulo y el impacto que tendrá la implementación del modelo para el 1° y 3° de implementación, la metodología usada para definir el nivel al responder cada una de las preguntas (0 a 10), Y calificar los puntos que se consideran serán los más impactados por el modelo de gestión por procesos, se utilizara los siguientes criterios para asignar puntajes:

NIVEL BAJO (1 - 2 – 3 - 4):

La organización no tiene estrategias, políticas y acciones definidas o las que tiene definidas no involucran al personal o no muestran resultados satisfactorios. No hay evidencias o las que existen son anecdóticas o esporádicas y los resultados pobres. La implementación de la Carta es mínima o se encuentra en una fase inicial.

NIVEL MEDIO (5 - 6 – 7 – 8):

La organización tiene estrategias, políticas, acciones definidas y resultados buenos en la mayoría de los aspectos y/o en las principales áreas de la organización. Hay una participación activa del personal, el cual está involucrado en las acciones ejecutadas. Hay evidencias documentadas de tendencias positivas y buen desempeño, con aspectos a mejorar. La implementación de la Carta es parcial o avanzada.

NIVEL ALTO (9 – 10):

La organización tiene estrategias, políticas, acciones sistemáticas y procesos definidos, los cuales se ejecutan con la participación e involucramiento de todo el personal. Los resultados son excelentes con amplias evidencias y ciclos de mejora en todos los aspectos. El desarrollo alcanzado en la implementación de la Carta demuestra que la organización es un modelo a seguir y un referente a nivel nacional e internacional.

Definidos los criterios para realizar la evaluación se presenta la evaluación realizada para cada uno de los capítulos de la carta iberoamericana:

EVALUACIÓN CAPITULO II PRINCIPIOS INSPIRADORES

Matriz Comparativa con la implementación del MGP capítulo II: Principios Inspiradores.

Tabla 1 - Evaluación principios inspiradores, carta iberoamericana

| PRINCIPIOS INSPIRADORES | | | | | |
|--|-----------------|--|--------------|-------|---|
| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
| | | | 1°AÑO | 3°AÑO | |
| Servicio Público ¿Cómo planifica la organización actividades para optimizar sus procesos de creación de valor público, para asegurar que los mismos tengan la máxima eficacia, y eficiencia en su desempeño? | 7 | Se cuenta con un Plan Estratégico quinquenal el cual dicta las líneas para el plan operativo Tiene sus ejes centrados en el usuario. Se establecen portafolios de servicio de acuerdo a capacidad instalada y se integra la participación del usuario en los planes de tratamiento | 8 | 10 | La estandarización de los procesos, la implementación de mecanismos de seguimiento control a través de la automatización y el sistema de indicadores de gestión permitirán planificar las acciones necesarias para que los procesos alcancen su máxima eficacia y eficiencia. |
| ¿Cómo mide los resultados de sus actividades? ¿De qué manera utiliza dichos resultados para la mejora continua de los mismos? | 6 | Se tiene programas estadísticos institucionales, indicadores que permiten medir las actividades del plan. Se deben mejorar los mecanismos de análisis, establecer una cultura de análisis a todo nivel. | 8 | 10 | Implementación del sistema de indicadores claves y software de apoyo que permitirán monitorear el comportamiento de las variables que se desean controlar en el centro. |

PRINCIPIOS INSPIRADORES

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|---|--------------|--------|--|
| | | | 1º AÑO | 3º AÑO | |
| <p>Legitimidad democrática</p> <p>¿Está la gestión de la organización inspirada en valores democráticos? ¿Cómo promueve la participación y el control de la ciudadanía sobre los asuntos públicos?</p> | 8 | Nuestra institución tiene definido valores como la transparencia, equidad, que promueven la gestión democrática y la participación ciudadana, Se han abierto los espacios para la participación del usuario a través de diferentes acciones institucionales. (Grupos de interés, programa de educación, charlas). | 9 | 10 | Implementación de un sistema de indicadores que permitan saber la percepción del cliente con respecto a los servicios brindados, e implementación de mecanismos como el buzón de sugerencia que lograra complementar este criterio. |
| <p>¿Cómo asegura que el ejercicio de la función pública sea profesional y basado en principios de igualdad, mérito y capacidad? ¿De qué manera se asegura que esté alineado con los programas de gobierno?</p> | 7 | A nivel institucional se respeta el procedimiento establecido para el reclutamiento, selección y contratación del personal. Considerando , la idoneidad del profesional, de acuerdo a las necesidades institucionales | 8 | 10 | El modelo de Gestión por procesos se rige en base a los principios institucionales, es por ello que todos su procesos son basados en los lineamientos del ISRI que rigen al CRIO, y a su vez la implementación de este modelo va enfocada a la estrategia de gobierno para el mejoramiento de la gestión impulsada por la subsecretaria de gobernabilidad y asuntos estratégicos |

PRINCIPIOS INSPIRADORES

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|---|--------------|-------|---|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Transparencia y participación ciudadana</p> <p>¿Cómo asegura la organización una gestión transparente? ¿Con qué mecanismos cuenta para estar abierta al escrutinio público? ¿Cómo promueve y toma en cuenta sugerencias, críticas y propuestas de mejora y cambio provenientes de la ciudadanía?</p> | 7 | Encuestas de percepción al usuario externo, página web, Unidad de Acceso a la Información, redes sociales, rendición de cuentas. Es necesario el fortalecimiento de las acciones para la consideración de las sugerencias, críticas y propuestas de los usuarios. | 8 | 10 | El modelo de Gestión por procesos promoverá el fortalecimiento de las acciones para la consideración de las sugerencias, críticas y propuestas de los usuarios. |
| <p>Legalidad</p> <p>¿Cómo la organización ha formalizado jurídicamente los enfoques, modelos, acciones e instrumentos de la calidad que utiliza, de manera que queden sometidos a la legalidad y al Estado de Derecho?</p> | 9 | Estamos regulados por leyes, convenios nacionales e internacionales que son parte de nuestras políticas institucionales. | 9 | 10 | Todo el Modelo de gestión estará bajo el enfoque de las leyes y regulaciones de la institución los cuales están regulados por leyes y convenios nacionales e internacionales. |

PRINCIPIOS INSPIRADORES

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|---|--------------|-------|--|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Coordinación y cooperación</p> <p>"¿Cómo la organización asegura que los entes y organismos comprendidos dentro de ella actúan coordinadamente para prestar servicios de forma integral al ciudadano? ¿Con qué mecanismos cuenta para que la coordinación interadministrativa se extienda a otros organismos?"</p> | 7 | Se cuenta con el valor institucional que promueve la unidad de todos los Centros y Unidades del ISRI. Capacitaciones de trabajo en equipo Además se cuenta con un modelo de atención integral estandarizado en los diferentes Centros de Atención. Hay una participación institucional dentro del Gabinete Gubernamental que promueve la coordinación interinstitucional en beneficio de la prestación de servicios. | 8 | 10 | La Estandarización de los procesos y la automatización del proceso, establecen y definen las respectivas interrelaciones con todos los involucrados en el desarrollo del servicio. |
| <p>Ética pública</p> <p>¿Ha definido la organización sus valores? ¿Cómo aseguran estos la probidad, honradez, buena fe, confianza mutua, solidaridad, corresponsabilidad social, transparencia, dedicación al trabajo, respeto a las personas, escurpulosidad en manejo de recursos públicos y preeminencia del interés público sobre el privado?</p> | 8 | Si están definidos los valores institucionales. Existe un comité institucional de Ética, la cual promueve la ley. Existe un comité de Educación para el recurso humano, a través del cual se fortalecen valores, clima organizacional. Existen diferentes mecanismos a través de los cuales se pueden evidenciar el aseguramiento de la práctica de valores, dedicación al trabajo, ejemplo: informes técnicos financieros, sistema de marcación digital, responsabilidad de activo fijo, registro de actividades de cada recurso, fianzas de fidelidad, etc. | 9 | 10 | El modelo de Gestión apoyara en este aspecto con la implementación de la encuesta del usuario interno, la encuesta de evaluación de percepción del usuario externo que servirán de apoyo para la evaluación y aseguramiento de la práctica de valores y la dedicación en el trabajo. |

PRINCIPIOS INSPIRADORES

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|---|--------------|-------|--|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Acceso universal</p> <p>¿Cómo la Organización logra avances en la universalización y el fácil acceso espacial y temporal de los ciudadanos a los servicios públicos que brinda?</p> | 8 | Ubicado geográficamente accesible a los departamento del occidente del país, atendiendo incluso población del oriente de Guatemala Acceso a trasporte público. Atención al usuario que solicita los servicios, por iniciativa o referencia y priorización por diagnósticos. Hay extensión de horarios con horario continuo sin cerrar al mediodía | 8 | 9 | El modelo ayudara a incrementar el número de atención es en el cual se irá disminuyendo cada vez más el porcentaje de demanda insatisfecha del centro y así dar más acceso a cada vez más usuarios. |
| <p>Continuidad en la prestación de servicios</p> <p>¿Cómo la organización asegura la prestación de sus servicios de manera regular e ininterrumpida? ¿Mediante qué mecanismos prevé las medidas necesarias para evitar o minimizar los perjuicios que pudieran ocasionarle al ciudadano las posibles suspensiones del servicio?</p> | 6 | Existe la prestación de servicios, y se hace la programación de metas para no afectar al usuario en actividades previamente planificadas anualmente y se trata de minimizar los perjuicios del servicio con la atención del personal en actividades cortas, llamadas telefónicas, cambio de citas o reprogramación de la atención, No existe un plan para interrupciones continuas, como incapacidades prolongadas o permisos personales. | 7 | 8 | El modelo de Gestión por procesos ayudara a manejar los cupos según la capacidad instalada y atendiendo las necesidades individuales del usuario, así como llevar un mejor control en la continuidad del usuario en su tratamiento de rehabilitación con la implementación del software de apoyo a la agenda Medica. |

PRINCIPIOS INSPIRADORES

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|--|--------------|-------|--|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Imparcialidad</p> <p>¿De qué manera la organización asegura la atención a todos los ciudadanos con imparcialidad, igualdad, sin discriminación por género, edad, raza, ideología, religión, nivel económico, situación social o localización geográfica? En caso de una discriminación positiva ¿cómo se asegura que cumpla con sus objetivos?</p> | 9 | Fortaleciendo los valores instituciones y la supervisión del cumplimiento en cuanto a la discriminación positiva se asegura con conocimiento, capacitación y supervisión de convenios y leyes establecidas. (Ejemplo. ISBM, ISSS, Ley Lepina). Se le brinda la evaluación inicial a toda persona que solicita el servicio y se le da la orientación adecuada a sus necesidades | 10 | 10 | El servicio de rehabilitación del modelo tiene definido las condiciones que una persona debe poseer para ser considerado como cliente y como tal gozar de los servicios que el centro presta. Además de las acciones necesarias para que los usuarios denuncien cualquier inconformidad. |
| <p>Eficacia</p> <p>¿Cómo la organización evalúa el cumplimiento de sus objetivos, metas y estándares orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas del ciudadano?</p> | 6 | Se cuentan con indicadores de medición y además de la percepción y expectativas del usuario en relación al servicio que espera en la evaluación técnica. Existe debilidad en el establecimiento de metas de tratamiento que incluyan las expectativas del usuario y que permitan ser evaluadas para conocer la eficacia de los objetivos institucionales | 7 | 9 | Se mejorará la eficiencia y eficacia de los empleados, logrando agilizar la prestación del servicio, esto conlleva a que los clientes externos sean atendidos en el menor tiempo posible y con la calidad que ellos esperan, generando así confianza en la Institución y la satisfacción del usuario al invertir menos tiempo para lograr su atención. |

PRINCIPIOS INSPIRADORES

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|--|--------------|-------|---|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Eficiencia</p> <p>“¿Mediante qué mecanismos la organización evalúa los resultados alcanzados con relación a los recursos disponibles e invertidos en la consecución de sus fines y los utilizada para optimizar los resultados?”</p> | 7 | Se han realizado análisis que permitan ajustes para la optimización Ejem. Seguimiento al plan anual de compras, ejecución presupuestaria cumplimiento de metas. Actualmente a nivel institucional se está desarrollando el programa Perc que pretende medir la eficiencia | 8 | 9 | Igualmente se mejorará la eficiencia y eficacia de los empleados, logrando agilizar la prestación del servicio, esto conlleva a que los clientes externos sean atendidos en el menor tiempo posible y con la calidad que ellos esperan. |
| <p>Economía</p> <p>"¿Cómo asegura la organización la utilización racional de los recursos públicos asignados para el logro de las metas y objetivos previstos?"</p> | 10 | Hay priorización de recursos materiales, humano, físicos, equipo Se ha ajustado con base a un presupuesto limitado, Realización de estudios técnicos para maximizar el gasto de la energía eléctrica, acciones para un uso racional, Se ha apegado la labor institucional a política de austeridad gubernamental en servicios telefónicos, energía eléctrica, utilización de transporte, papelería, etc. | 10 | 10 | El modelo permitirá reducir el costo de atención y permitir un aprovechamiento máximo de los recursos disponibles con los que cuenta el centro. |

PRINCIPIOS INSPIRADORES

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|---|--------------|-------|--|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Responsabilidad</p> <p>¿De qué manera la organización rinde cuentas por el desempeño de sus autoridades, directivos y funcionarios públicos, frente a los ciudadanos? ¿Cómo se ejerce el control social sobre la gestión pública de la organización?</p> | 10 | Se realiza anualmente rendición de cuentas a nivel central y a nivel local. | 10 | 10 | Mediante la aplicación del sistema de indicadores y el manejo de los reportes que reflejaran el desempeño y funcionamiento del modelo, la institución podrá de mejorar manera presentar y reflejar su gestión. |
| <p>Evaluación permanente y mejora continua</p> <p>¿Mediante qué mecanismos la organización se evalúa permanentemente, tanto en forma interna como externa? ¿Cómo identifica oportunidades para la mejora continua de los procesos? ¿Cómo proporciona insumos para la adecuada rendición de cuentas?</p> | 7 | Existencia de mecanismos para la evaluación: ejemplos, Evaluación, EFQM, Evaluación Carta Iberoamericana, Gestión de Calidad, Lineamientos en Normativa de ESDOMED, Auditorías Internas, Revisión de modelo de atención. Memoria de Labores. Cumplimiento del plan operativo, Revisión de cumplimiento de lineamientos de atención. | 8 | 9 | Se integraran los procesos de Medición y Mejora, estos nuevos procesos tienen como propósito orientar al personal en la aplicación de la mejora continua dentro de toda su gestión. |

EVALUACIÓN CAPITULO III DEBERES Y DERECHOS DE LOS CIUDADANOS

Matriz Comparativa con la implementación del MGP capítulo III: Deberes y Derechos de los ciudadanos

Tabla 2 - Evaluación deberes y derechos de los ciudadanos carta iberoamericana

| DEBERES DERECHO DE LOS CIUDADANOS | | | | | |
|---|-----------------|--|--------------|-------|---|
| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
| | | | 1°AÑO | 3°AÑO | |
| Deberes y derechos ciudadanos ¿Cómo la organización asegura que los ciudadanos accedan a los servicios a los que tienen derecho y sean atendidos en forma ágil, oportuna y adecuada? ¿Se han establecido indicadores para medir dichas características del servicio? | 8 | Actualización del modelo de atención del CRIO, priorización de atención de diagnósticos. Existe una evaluación médica inicial que facilita el acceso y agiliza, el ingreso del usuario al Centro. Existen indicadores que establecen el tiempo de atención en cada área. Se necesita mejorar en la atención oportuna en algunas áreas por listas de espera | 8 | 9 | Modelo de Gestión por Procesos ayudara a identificar problemas o áreas de mejora y garantizar su adaptación continua a la situación del Centro. Además tiene como finalidad reducir la brecha de demanda insatisfecha y permitir que muchos usuarios puedan acceder a los servicios que el centro ofrece a través de la optimización de sus recursos. |
| ¿De qué manera los ciudadanos pueden obtener información pública de interés general sobre el desempeño de los órganos y entes de la Organización? ¿Cómo esta asegura que la información sea completa, veraz y actualizada? | 8 | La página Web institucional, redes sociales, OIR, charlas educativas, Rendición de cuentas institucionales, Memoria de Labores, Videos Institucionales. Revisión y actualización continua, enlaces con otra información de interés. | 8 | 9 | El usuario participara a través de mecanismos como encuestas las cuales son analizadas por medio del grupo gestor del modelo. |

DEBERES DERECHO DE LOS CIUDADANOS

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|--|--------------|-------|--|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Deberes y derechos ciudadanos</p> <p>¿Qué mecanismos de información ha desarrollado para que los ciudadanos conozcan el esquema de funcionamiento de los órganos y entes que la componen, de los servicios y prestaciones que ofrece y de los requisitos, condiciones, trámites y procedimientos administrativos para acceder a aquellos? ¿Cuáles son dichos mecanismos?</p> | 8 | La página Web institucional, redes sociales, OIR, charlas educativas, Rendición de cuentas institucionales, Memoria de Labores, Videos Institucionales. | 8 | 9 | La creación del mapa de procesos del CRIO y el desarrollo de todos sus procesos y procedimientos dan una vista esquemática del funcionamiento general de la institución. |
| <p>¿Cómo asegura que los ciudadanos puedan identificar a sus autoridades y funcionarios encargados de las prestaciones o servicios públicos, o bajo cuya competencia se tramiten sus peticiones, solicitudes, reclamos o procedimientos?</p> | 8 | La página Web institucional, redes sociales, Gafetes, gabachas, uniformes del personal, camisetas con logos. Memoria de Labores, | 9 | 9 | A través del usuario se identificaran situaciones de insatisfacción que servirán para el planteamiento de medidas correctivas y preventivas sobre las situaciones encontradas. |
| <p>¿De qué manera asegura que los ciudadanos puedan presentar con facilidad sus peticiones, solicitudes o reclamos a los órganos y entes de la organización? ¿Cómo asegura que reciban una respuesta oportuna y adecuada? ¿Cómo mide la organización su desempeño en estos aspectos?</p> | 7 | Cumplimiento de la ley de Acceso a la Información, Existe apertura a escuchar quejas y reclamos de parte de la Dirección y Jefaturas, dando seguimiento de una manera informal | 8 | 9 | Mecanismos para evaluar la satisfacción de los usuarios servirán para la evaluación y seguimiento de todos los requerimientos de los usuarios. |

DEBERES DERECHO DE LOS CIUDADANOS

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|--|--------------|-------|---|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Deberes y derechos ciudadanos</p> <p>¿De qué manera asegura a los ciudadanos un trato respetuoso y deferente por parte de sus autoridades y funcionarios? ¿Cómo se facilita el ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos? ¿Cómo se evalúa la efectividad de tales facilidades?</p> | 8 | Fortaleciendo al personal sobre aspectos de valores institucionales, reglamento institucional, ética y servicio al cliente. Se facilita el ejercicio de los derechos y deberes a través de la información de contacto inicial, charlas educativas, Se evalúa en la encuesta de satisfacción del usuario. | 8 | 9 | A través de los mecanismos de evaluación de la satisfacción del usuario se identificarán situaciones de insatisfacción que servirán para el planteamiento de medidas correctivas y preventivas sobre las situaciones encontradas. |
| <p>¿Cómo los ciudadanos participan en la formación de las políticas de la organización y en las evaluaciones de su desempeño? ¿Cómo tienen los ciudadanos acceso a los resultados de la gestión?</p> | 5 | No hay participación ciudadana en la formulación de políticas y en la evaluación de su desempeño, A través de la rendición de cuentas, Memoria de Labores tienen los ciudadanos acceso a los resultados | 6 | 8 | El ciudadano no tiene participación directa, participa indirectamente a través de mecanismos como encuestas las cuales son analizadas por medio del grupo de calidad. |

EVALUACIÓN CAPITULO IV ORIENTACIONES Y ESTRATEGIAS SECCION I

ORIENTACIONES Y ESTRATEGIAS

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|---|-----------------|---|--------------|-------|--|
| | | | 1°AÑO | 3°AÑO | |
| <p>Decisión política y perspectiva sistémica</p> <p>¿De qué manera se concreta el apoyo político a la organización para implantar calidad orientada a satisfacer las necesidades y expectativas de los ciudadanos? ¿En qué consiste dicho apoyo?</p> | 7 | Se cuenta con el plan de gobierno, apoyo logístico de la Secretaria de Gobernación, Implementación de Premiación a la Calidad y a las Mejores prácticas. Es necesario un presupuesto más acorde a las necesidades. Para la atención de las personas con discapacidad. Se necesita incorporar la opinión de la población con discapacidad en las políticas | 8 | 9 | El modelo de Gestión por Procesos es parte del plan de gobierno, apoyo logístico de la Secretaria de Gobernación, Implementación de Premiación a la Calidad y a las Mejores Prácticas impulsadas por el Estado. |
| <p>Calidad institucional</p> <p>¿De qué manera la organización vincula, alinea e integra los conceptos de racionalización del gasto, comunicación de resultados alcanzados, transparencia y responsabilidad pública y rendición de cuentas a la sociedad, con la calidad en los servicios que presta? ¿Cómo mide y evalúa los resultados de esta integración</p> | 7 | Se ha ido avanzando a través del plan quinquenal, rendición de cuentas, planificación de metas, plan anual de compras, en los procesos de atención. | 8 | 9 | Las mejoras que se realicen con la implementación del modelo serán basadas en los requisitos del usuario, por lo tanto el servicio que se les brindara a los usuarios de la zona occidental se adaptara a sus necesidades, generando cada vez más una mejor imagen en la gestión de la organización. |

Matriz Comparativa con la implementación del MGP capítulo IV Sección I: Orientaciones y Estrategias

Tabla 3 - Orientaciones y estrategias carta iberoamericana

| ORIENTACIONES PARA FORMULAR POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PUBLICA | | | | | |
|---|-----------------|---|--------------|-------|--|
| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Gestión pública al servicio de la ciudadanía</p> <p>¿Cómo conoce la organización las expectativas y necesidades de los ciudadanos y orienta su servicio y su compromiso para alcanzar una sociedad de bienestar? ¿Cómo innova y/o adapta sus servicios continuamente a los requerimientos sociales?</p> | 6 | Encuestas de satisfacción no realizadas periódicamente, con la participa de los ciudadanos en los grupos de interés. Evaluaciones iniciales del área técnica, El modelo de atención se adecuó a las realidades de los Centros regionales | 7 | 9 | La Institución contara con un sistema de evaluación tanto para el cliente interno e externo por medio del buzón de sugerencias y encuestas a través de los cuales se conocerán los requerimientos y necesidades que tienen los consumidores. |
| <p>¿Cómo busca satisfacer en forma equilibrada las expectativas y necesidades de los ciudadanos? ¿Cómo expone sus políticas al debate de los diferentes sectores sociales para asegurar dicha búsqueda?</p> | 8 | Entrevista y evaluaciones iniciales, planes de tratamiento individualizado, programas de terapias grupales, orientación y asesoría continua a usuarios y familiares. Integración educativa, donativo aditamentos y sillas de ruedas adaptadas. Reuniones de Gabinete Departamental. | 8 | 9 | El Modelo realizara un seguimiento de la percepción del cliente en relación al cumplimiento de sus requisitos por parte de la institución, y los usuarios percibirán que la Institución se preocupa sobre los temas que les afectan. |

ORIENTACIONES PARA FORMULAR POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PUBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|---|--------------|-------|---|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| Hacia una gestión pública para resultados ¿Cómo la organización evalúa la creación de valor público a través del impacto y los resultados de su desempeño? ¿Cómo analiza la evolución del desempeño y el cumplimiento de las metas? ¿Cuáles son los mecanismos de control y monitoreo que utiliza? ¿Cómo usa los resultados para la adecuada toma de decisiones y para adoptar medidas correctivas? | 8 | No se evalúa el impacto. Se realiza evaluación semestral del desempeño del recurso humano, así como evaluación mensual de del desempeño del cumplimiento de metas de atención. Revisión de indicadores epidemiológicos mensuales. Se revisa Dirección, Jefaturas y personal técnico y se establece estrategias para mejorar de acuerdo a las necesidades de corrección encontradas. Seguimiento al control de Riesgos mensual, Seguimiento al plan operativo. | 9 | 9 | Apoyados por la automatización de los procesos del modelo de gestión utilizando los indicadores que muestra cada proceso y las estadísticas respectivas, se evaluará si los objetivos planteados son alcanzados o no, y proveerá insumos en tiempo real para la toma de decisiones. |
| Compromiso social y ambiental ¿Cuáles son las actividades que realiza la organización, en su compromiso de servir a la sociedad, para promover esfuerzos que contribuyan al desarrollo social, económico y ambiental de forma sostenible, además de sus atribuciones legales, que no sean incompatibles con las mismas? | 4 | Coordinación de integración escolar, apoyo a grupos de interés, toma de pruebas auditivas, coordinaciones extra institucionales para toma de exámenes, oportunidades de trabajo | 4 | 4 | - |

ORIENTACIONES PARA FORMULAR POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PUBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|---|-----------------|--|--------------|-----------|---|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Responsabilidad directiva, liderazgo y constancia de objetivos</p> <p>¿Cómo evalúa la organización las competencias de sus directivos, en especial la vocación de servicio y la concepción ética? ¿Cómo rinden cuenta por su desempeño? ¿Cómo definen la visión, misión, objetivos y metas, de la organización, conforme con la ley? ¿Cómo se comprometen personalmente con la calidad? ¿Cómo motivan, facultan y reconocen al personal que de ellos depende?</p> | 8 | Evaluación del Desempeño, EFQM, A nivel local se rinde cuentas por medio de informes, seguimiento a planes, memoria de labores. La misión y visión está alineada a las políticas institucionales. A nivel local se observa el compromiso a través del fortalecimiento del recurso en aspectos de calidad, concientización, aplicación en planes operativos, trabajo en equipo, programa educativo del usuario interno. | 9 | 10 | El modelo dará apoyo a la rendición de cuentas por medio de informes, seguimiento a planes memoria de labores. La misión y visión está alineada a las políticas institucionales. |
| <p>¿Cómo los niveles político y directivo integran en el ejercicio de sus funciones aspectos como calidad del servicio, sostenibilidad y equilibrio en los objetivos, ética en su comportamiento, respeto a la legalidad y los derechos humanos y búsqueda continua del bienestar social?</p> | 6 | El nivel directivo del ISRI ha integrado el enfoque de la calidad en los comités de calidad existentes en todos los centros, la carta iberoamericana. Existe un comité de ética institucional y la normativa está alineada con la normativa de gobierno | 7 | 9 | El modelo se fomentó a través del compromiso directo de la dirección a mejorar la calidad en la gestión para beneficio directo de la razón de ser del centro que son sus usuarios estos principios rigen todo el diseño del modelo. |

ORIENTACIONES PARA FORMULAR POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PUBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|--|--------------|-------|---|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Gestión por procesos</p> <p>¿Cómo la organización orienta sus actividades al desarrollo de estrategias en términos de procesos? ¿Cómo utilizan datos y evidencia para definir objetivos, metas y compromisos a alcanzar? La metodología deberá detallarse al responder la pregunta 45.</p> | 6 | A pesar de que existen procesos definidos, de ingreso, atención y egreso establecidos en el modelo de atención no se tiene una gestión por proceso | 8 | 9 | El centro busca adoptar la gestión por procesos y a través de este modelo empezando con los procesos misionales, para posteriormente incorporar el enfoque en todos los procesos del centro. |
| <p>¿Ha adoptado la gestión por procesos? ¿La misma tiene en cuenta al ciudadano como eje fundamental de la intervención pública? ¿Se adoptan enfoques y se diseñan procesos de prestación de servicios desde la perspectiva del ciudadano, usuario o beneficiario?</p> | 6 | El eje de la prestación de servicios es el ciudadano pero no se ha adoptado la gestión por procesos | 8 | 9 | El eje del modelo de gestión por procesos es el usuario y el modelo propuesto gestiona todos los procesos misionales, para dejar el camino a la institución de incorporar el enfoque en todos los procesos del centro. gestión por procesos |

ORIENTACIONES PARA FORMULAR POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PUBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|---|-----------------|---|--------------|-------|--|
| | | | 1°AÑO | 3°AÑO | |
| <p>Desarrollo de capacidades de los funcionarios públicos</p> <p>¿Cómo la organización evalúa las capacidades, creatividad innovadora, motivación y compromiso de sus autoridades, directivos y funcionarios? ¿Cómo se valora al personal?</p> | 6 | A través de la evaluación del desempeño, Involucramiento del personal en diferentes actividades y comités valorando sus cualidades. Existe el día del empleado Sin embargo no existe un plan de reconocimiento sistemático para el personal | 7 | 8 | El modelo evalúa el desempeño de los directivos y sus habilidades, a través de los resultados obtenidos por el centro en general, no evalúa a personas individuales sino actuaciones de grupos de personas para obtener un resultado final al desarrollarse un proceso completo. |
| <p>¿Cómo se comprometen las autoridades de la organización en promover la satisfacción, el desarrollo y el bienestar de sus colaboradores, estableciendo para ello prácticas laborales de alto rendimiento y flexibilidad para obtener resultados en un clima laboral adecuado?</p> | 7 | Realización de reuniones de coordinación y comunicación, Plan de capacitación anual, promoción de un trabajo ético, propiciar el trabajo en equipo, A nivel local existe una actitud propositiva de gestión. | 8 | 9 | El modelo se fomentó a través del compromiso directo de la dirección a mejorar la calidad en la gestión. |
| <p>¿Cómo elabora normas éticas de comportamiento para los funcionarios? ¿Cómo establece un sistema de profesionalización en base al mérito? ¿Cómo sensibiliza, capacita e implica al personal en torno a la calidad del servicio público?</p> | 8 | En base a Ley de Ética Gubernamental, El personal participa en comités, reuniones continuas de la Dirección del Centro con el personal, Se utiliza la Carta Iberoamericana de la Calidad para evaluar los servicios, utilización de otras herramientas de calidad | 8 | 9 | El modelo fomenta que personal participa en comités, reuniones continuas de la Dirección del Centro con el personal para evaluar la calidad del servicio. |

ORIENTACIONES PARA FORMULAR POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PUBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|---|--------------|-------|---|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Desarrollo de capacidades de los funcionarios públicos</p> <p>¿Cómo promueve el trabajo colaborativo y participativo entre el personal, evalúa la percepción del mismo sobre la organización y la calidad de su gestión? ¿Cómo utiliza incentivos vinculados a la evaluación del desempeño para promover la calidad?</p> | 8 | A través de equipos de trabajo, fortaleciendo a través de capacitación al personal, reuniones del personal, programa de educación, Se vincula en compromisos del usuario interno señalados en la evaluación del desempeño. | 9 | 9 | El modelo apoya con la evaluación del cliente interno (su personal), y la percepción que tiene sobre la organización y el clima laboral, para tomar las medidas necesarias para fomentar un ambiente ideal que promueva el máximo desempeño de las labores. |
| <p>Participación de los empleados públicos</p> <p>¿Cómo la organización promueve y facilita la participación de sus empleados y de los representantes de los mismos para la mejora de la gestión?</p> | 8 | Apertura y promoción institucional de equipos de calidad reuniones mensuales de los equipos a nivel institucional. Apertura institucional para la participación del Sindicato de Trabajadores, Convocatorias del Nivel Central para la participación en revisión de normativas, se escuchan sugerencias | 9 | 10 | El modelo de gestión implica que el grupo gestor incluya a representantes de las áreas involucradas con la prestación del servicio, de modo que todos los sectores sean tomados en cuenta para toma de decisiones. |

ORIENTACIONES PARA FORMULAR POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PUBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|---|-----------------|---|--------------|-------|--|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Aprendizaje innovación y mejora de la calidad</p> <p>¿Cómo la organización fomenta el aprendizaje de su personal y lo incluye dentro de sus objetivos? ¿Cómo se promueve la innovación y la mejora continua en el desarrollo de nuevos servicios y procesos en la organización propiciando su racionalización, simplificación y normalización? ¿Cómo se utiliza el método del ensayo y error para proponer mejoras?</p> | 8 | Se fomenta a través del programa educativo al usuario interno, Plan de capacitación institucional, realiza gestiones y coordinaciones con otras instituciones. Se involucra al usuario interno en revisión y diseño de programas, revisión de modelo de atención, participación en comisiones de trabajo y apoyo en algunas iniciativas de trabajo. Se propicia la investigación operativa. | 9 | 9 | Todas las partes del modelo se interrelacionan de manera que entre ellas se retroalimenten y fluyan de una forma que garantice la eficacia en la aplicación del modelo y su mejora continua. |
| <p>Colaboración y cooperación</p> <p>¿Cómo la organización determina las organizaciones públicas o privadas para colaborar con el fin de: acercar servicios a los ciudadanos, crear sinergias y mejorar la eficacia, eficiencia y economía de los servicios, mejorar la calidad de los mismos y compartir las mejores prácticas, generando aprendizaje y gestionando el conocimiento?</p> | 7 | Se han aprovechado oportunidades gestionando con otras entidades públicas, privadas y autónomas para realizar actividades que generen aprendizaje y sinergia, favoreciendo la economía de los servicios. | 7 | 7 | - |

EVALUACIÓN CAPITULO IV SECCIÓN II USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE A GESTIÓN PUBLICA

Matriz Comparativa con la implementación del MGP capítulo IV Sección II: Uso de acciones e instrumentos para la calidad de la gestión pública

Tabla 4 – Uso de acciones e instrumentos para la calidad de la Gestión Pública.

| USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA | | | | | |
|---|-----------------|---|--------------|-------|---|
| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| ¿Utiliza la organización alguna norma dictada por el Estado que le facilita la aplicación de acciones, técnicas e instrumentos para la calidad? | 8 | Carta Iberoamericana de la Calidad, 5's, Normas técnicas del Control Interno, LEPINA. Ley de Equiparación de Oportunidades, Ley de Información y Transparencia, Ley de Ética Gubernamental. | 8 | 8 | - |
| La dirección estratégica y el ciclo de mejora | 6 | Existe un plan estratégico que se basa en los elementos del plan de gobierno, se han realizado revisiones al plan estratégico para valoración de las actividades y la flexibilidad de su reorientación, Sobre un plazo quinquenal, orientado a la visión de la organización, Uno de los procesos críticos que permite programación de compras, proceso de rehabilitación. | 7 | 8 | El Manual de Mejora Continua del modelo permitirá que sea un modelo sostenible en el tiempo y flexible a cambios y no como un arreglo rápido frente a un problemática puntual del centro además está basado sobre la base de la identificación de los procesos críticos del centro, estratégicos y de apoyo |
| ¿En qué elementos se basa la Dirección Estratégica (D.E.) de la Organización? ¿Cómo esta desarrolla un enfoque flexible, que le permita anticipar y adaptarse a las necesidades de la sociedad? ¿Cuáles son los procesos críticos que permiten alcanzar los objetivos establecidos en la D.E.? | | | | | |

USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|---|--------------|-------|---|
| | | | 1°AÑO | 3°AÑO | |
| ¿Cómo se incluye en la DE los ciclos de mejora? ¿Cómo se establecen objetivos y planes para alcanzarlos? ¿Cómo se comparan los resultados con los objetivos? ¿Cómo se utiliza el resultado de la comparación para la mejora del proceso de planificación estratégica? | 6 | Se establece plan de trabajo y objetivos, se han comparado los resultados con los objetivos, efectuando algunas acciones de mejora. | 7 | 8 | Es a través de los indicadores del modelo que se mide el grado de cumplimiento de la dirección estratégica del centro. |
| Prospectiva y análisis de la opinión ciudadana ¿Cómo se utilizan técnicas de prospectiva y estudio del entorno general y específico durante el proceso del planeamiento estratégico? ¿Cómo se orientan a la identificación de los principales retos y necesidades de la sociedad? ¿Cómo se determinan las oportunidades y las amenazas a partir del análisis de entorno realizado? ¿Cómo se identifican las mejores prácticas? | 1 | Se determinan oportunidades y amenazas en base a FODA | 7 | 9 | Mediante el Dashboard y los indicadores epidemiológico se puede establecer una proyección estadística sea este de carácter demográfico o epidemiológico, con el fin de poder enfocar los servicios del centro hacia uno o varios sectores claves. |

USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|---|-----------------|--|--------------|-------|--|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>¿Cómo se detectan y se priorizan los atributos de calidad que caracterizan los servicios según los ciudadanos? ¿Cómo se evalúan las expectativas y requerimientos de los ciudadanos sobre los servicios? ¿Se realizan encuestas de opinión para conocer el nivel de satisfacción del ciudadano respecto a los servicios? ¿Cómo se utilizan los resultados para mejorar la calidad del servicio?</p> | 5 | Se realiza encuesta de opinión para conocer la satisfacción del usuario y los resultados coinciden con las necesidades de fortalecimiento en el plan operativo institucional, Falta concretizar esos resultados de la encuesta en la calidad de los servicios | 6 | 8 | LA calidad se priorizara mediante la opinión de los usuarios en la encuesta de satisfacción o buzón de sugerencias |
| <p>Participación ciudadana para la mejora de la calidad</p> <p>¿Cómo la organización desarrolla mecanismos de participación ciudadana? ¿Se utilizan algunos de los siguientes: comités consultivos, grupos de trabajo con ciudadanos y representantes de la sociedad, foros, encuentros, jornadas de intercambio de experiencias con otras instituciones o Administraciones Públicas y actividades similares, o encuestas de opinión y sistemas de recojo de sugerencias de mejora y atención de reclamos? Especifique cuales.</p> | 4 | Encuesta de satisfacción, grupos de interés, rendición de cuentas. Se realizan intercambios de experiencias con instituciones al interior del ISRI. Participación en foro de promoción de derechos de los niños, participación en Comité Social del Gabinete Gubernamental, participación en jornada de puesta en común de estudiantes de baja visión, Panamá. | 7 | 9 | Se diseñaron mecanismos para la recaudación y análisis de la opinión de los clientes externos o demandantes del centro, con el fin de encontrar brechas de satisfacción, permitiendo reenfocar los servicios del Centro. |

USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|---|--------------|--------|---|
| | | | 1º AÑO | 3º AÑO | |
| <p>Adopción de modelos de excelencia</p> <p>¿Ha adoptado la organización modelos de excelencia, integrales u holísticos? ¿Cómo los utiliza para el análisis sistemático y riguroso para lograr una acción coherente?</p> | 6 | Evaluación EFQM, Carta Iberoamericana de Calidad | 7 | 8 | Si ha adoptado el modelo de gestión por procesos que es la base tanto para el modelo EFQM, como para las Normas ISO 9000. |
| <p>Premios a la calidad o excelencia</p> <p>¿Postula la organización a premios a la calidad o excelencia respaldados por modelos de excelencia en la gestión, como medio para estimular la mejora, el aprendizaje y el reconocimiento de la gestión y la difusión de las mejores prácticas?</p> | 4 | A nivel local en este periodo se hicieron acciones de mejora, pero no de postulación. | 5 | 7 | El centro adoptara un modelo de gestión por procesos, el cual le permitirá encontrar brechas de mejora, para su posterior sistematización y aplicación a un modelo de excelencia o calidad. |

USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|---|-----------------|---|--------------|-------|--|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Aplicación de la gestión por procesos</p> <p>¿De qué manera la organización aplica una gestión de procesos? (Si no aplica una gestión por procesos pasar a la pregunta 46)</p> | 4 | Hay identificados en el modelo de atención algunos procesos, pero no se realiza una gestión por procesos. | 6 | 9 | El modelo utiliza las diferentes herramientas como el mapa de procesos, fichas de procesos, manuales de procedimientos, sistema de indicadores, y la creación de un grupo de calidad que da el seguimiento del modelo. |
| <p>¿De qué manera identifica los requerimientos, necesidades y expectativas de los diferentes destinatarios de las prestaciones y servicios públicos, así como de otros posibles grupos de interés?</p> | 0 | - | 6 | 8 | Mediante mecanismos que permitan recaudar o censurar las opiniones de los usuarios respecto a la calidad de los servicios del Centro, para esto será la encuesta de satisfacción del cliente, y el buzón de sugerencias. |
| <p>¿De qué manera identifica los procesos necesarios para la prestación del servicio público y la adecuada gestión de la organización? ¿Cómo identifica los procesos clave u operativos, de apoyo a la gestión y estratégicos? ¿Cómo establece la relación entre los mismos (por ejemplo a través de un mapa de proceso)?</p> | 0 | - | 7 | 9 | Los procesos se identificaron y registraron mediante el MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DEL CRIIO, el cual contiene la identificación de los procesos estratégicos, claves y de apoyo. |
| <p>¿Cómo se definen los objetivos y los beneficios que cada uno de los procesos aporta a los grupos de interés?</p> | 0 | - | 7 | 9 | Mediante el manual de procesos, específicamente en la ficha de procesos. |

USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|---|-----------------|--------|--------------|--------|--|
| | | | 1º AÑO | 3º AÑO | |
| <p>Aplicación de la gestión por procesos</p> <p>¿Cómo se detallan y precisan las diferentes actividades que componen el proceso o procedimiento concreto, para el cumplimiento de los diferentes requerimientos?</p> | 0 | | 7 | 9 | En la ficha del proceso, el procedimiento se desglosa o se describe mediante un diagrama de flujo con la metodología ANSI, la cual es adaptada internacionalmente para el modelamiento de procesos administrativos. |
| <p>¿De qué manera se definen las obligaciones de la organización y las que corresponden a autoridades y directivos encargados de los procesos y procedimientos?</p> | 0 | - | 7 | 9 | En cada proceso se identifica un responsable, el cual es el dueño del proceso. |
| <p>¿Cómo define los indicadores que permiten la medición y control del desarrollo de la marcha adecuada del proceso?</p> | 0 | - | 7 | 9 | Se diseñó una metodología para el diseño de indicadores de gestión, así también una guía de indicadores la cual contiene una serie de indicadores que medirán el desempeño de la gestión en los procesos del Centro. |
| <p>¿De qué manera define y desarrolla un sistema de gestión que permite el seguimiento, evaluación y mejora continua de la calidad de los procesos, y la prestación del servicio?</p> | 0 | - | 7 | 9 | Se diseñó un modelo de gestión por procesos, el cual es la base para la implementación de un sistema de gestión o de calidad. |

Los equipos y proyectos de mejora

¿Cuenta la organización con estructuras internas para la ejecución de proyectos de mejora de la calidad? ¿Tienen grupos o equipos de mejora, constituidos por funcionarios públicos y de unidades estables de calidad, con funciones asignadas de apoyo a la mejora de la calidad?

6 **Existe un comité de Calidad de Centro que se reúnen periódicamente en el nivel central con los demás comités.**

7

8

El Modelo propone las actividades del comité de calidad que será el encargado de realizar evaluaciones internas de calidad, que darán como resultados acciones de mejora al modelo a través de la Implantación de acciones correctivas y preventivas con la evaluación de las inconformidades encontradas y problemas en la implantación del Sistema de Gestión por Procesos, orientando a la ejecución de acciones correctivas y preventivas pertinentes, además de un seguimiento de todas las acciones planteadas para lograr las metas deseadas.

USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|---|-----------------|--------|--------------|----------|--------|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| Cartas compromiso o e servicios al ciudadano | 1 | - | 1 | 1 | - |
| ¿Cuenta la organización con Carta Compromiso o Carta de Servicios al Ciudadano? ¿Mediante tales cartas asume compromisos respecto a la prestación del servicio, especificando plazos de ejecución, estándares de calidad para el sistema de información y comunicación y los mecanismos de participación ciudadana? | 1 | - | 1 | 1 | - |
| ¿De qué manera se realiza el seguimiento y evaluación del cumplimiento de los compromisos que expresan? ¿Están sujetas a revisión, actualización y mejora continua? ¿Contempla medidas de reparación o compensación en caso de incumplimiento de los compromisos? | 1 | - | 1 | 1 | - |
| Mecanismos de difusión de información relevante para el ciudadano | 7 | - | 7 | 7 | - |
| ¿Cómo difunde la organización información relevante para los ciudadanos? ¿De qué manera la información incluye los servicios que presta y la forma de acceder a ellos, así como los derechos y deberes de los ciudadanos como destinatarios? | | | | | |

USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|---|-----------------|--|--------------|-------|--------|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>La mejora de la normatividad</p> <p>¿Cómo establece la organización un marco normativo sencillo que facilite la eficacia, eficiencia, agilidad y adaptabilidad de los procesos y procedimientos su mejora continua, evaluando su impacto y la necesidad de agilizar y simplificar los trámites administrativos?</p> | 6 | Existe un marco normativo en la organización que ordena las acciones sin embargo falta el análisis y evaluación en algunos procesos, para que sea simplificador de los trámites técnico administrativos. | 6 | 6 | - |
| <p>El gobierno electrónico</p> <p>¿Cómo la organización logra el acercamiento del servicio a las necesidades ciudadanas a través de la optimización de las tecnologías de la información y la comunicación? ¿Cómo ha mejorado la atención, trámites en línea, participación y transparencia y la propia gestión pública a través de tales tecnologías?</p> | 7 | Se realizan a trámite de información a través de la Unidad de Acceso a la información, además se tienen accesos o enlaces a las páginas web de otras instituciones gubernamentales e instituciones privadas Se ha mejorado a través de la promoción de la página web, Se ha dado apertura para la participación ciudadana a través de sus opiniones, así como se le da a conocer las diferentes actividades realizadas, propiciando la promoción de las personas con discapacidad. | 7 | 7 | - |

USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|---|--------------|-------|---|
| | | | 1°AÑ | 3°AÑO | |
| <p>Medición y evaluación</p> <p>¿Cómo la organización realiza el seguimiento de indicadores, revisa el cumplimiento de los objetivos y de los planes establecidos y evalúa su eficacia y eficiencia? ¿Cómo incorpora la opinión de los diferentes grupos de interés, las evaluaciones y auditorías?</p> | 6 | <p>Se realiza revisión y análisis de cumplimiento de indicadores estadísticos mensuales.</p> <p>Revisión de planes mensual y semestral.</p> | 8 | 9 | Se dará seguimiento a los resultados mediante el manual de la mejora continua |
| <p>¿Cómo adopta estándares de calidad y compara sus indicadores de gestión con respecto a los estándares y objetivos estratégicos establecidos? ¿Cómo analiza el nivel de cumplimiento y la orientación a resultados? ¿De qué manera utiliza la información generada para la adopción de decisiones?</p> | 4 | <p>Solamente se compara el estándar institucional con el indicador de rendimiento, se realiza y analiza mensualmente.</p> <p>No tenemos estándares de calidad para medir los otros indicadores.</p> | 8 | 9 | Se diseñó una guía de indicadores, la cual contendrá los diferentes estándares de gestión que medirán los procesos del Centro, para su análisis se propone un manual de mejora, la cual es una metodología básica para buscar romper con brechas de calidad |
| <p>¿De qué manera instaura una cultura y hábito de medición y evaluación orientada a la obtención de información crítica para la mejora continua de la calidad?</p> | 5 | <p>No existe una cultura de medición pero se tiene el hábito a nivel operativo de reportar información estadística y realizar mediciones de rendimiento y análisis.</p> | 7 | 8 | Mediante el manual de mejora continua, y la conformación de equipos de trabajo de alto desempeño |

USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|--|--------------|-------|---|
| | | | 1°AÑO | 3°AÑO | |
| ¿De qué manera realiza diagnósticos, evaluaciones externas, auto-evaluaciones o revisiones de los sistemas de gestión de forma sistemática a fin de medir avances e identificar puntos críticos en los procesos y en la gestión? | 7 | De forma semestral se realiza internamente Evaluación Cuantitativa y Cualitativa del Expediente Clínico Evaluaciones internas de Auditoría interna de la gestión administrativa. | 8 | 9 | La mejora continua del modelo se basa en la evaluación continua, a través de la aplicación del Ciclo de Shewhart: (Plan, Do, Check, Act), (planificar, hacer, verificar, actuar) de todos los aspectos que conforman el modelo: su diseño, ejecución, las medidas de control y su ajuste. |
| Sugerencias quejas y reclamos de los ciudadanos ¿De qué manera la organización obtiene información respecto a los servicios que presta? ¿Cómo desarrolla la capacidad de escucha y de respuesta efectiva y eficaz? ¿Cuenta con sistemas formalizados que incluyen procedimientos específicos para canalizar sugerencias, quejas y reclamos de los ciudadanos y están integrados al proceso de evaluación revisión y mejora continua? Detalle cuales utiliza. | 7 | Encuesta de satisfacción al usuario externo, Unidad de Acceso a la información. Se atiende las sugerencias o quejas que el usuario presenta. pero no se cuenta con un sistema formal de canalización de sugerencias, quejas y reclamos | 8 | 9 | Los mecanismos para la evaluación del cliente externo será responsable de captar las necesidades de los usuarios, utilizando los medios que consideren necesarios. Se sugieren los mecanismos de encuesta y buzón de sugerencia para captar estas necesidades. |

USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|--|-----------------|--|--------------|-------|--|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| <p>Sistemas de gestión normalizados</p> <p>¿Ha adoptado la organización sistemas de gestión normalizados de calidad, medio ambiente, salud y seguridad laboral u otros? ¿Cuáles? ¿Tales sistemas están certificados? Especifique con qué certificados cuenta.</p> | 7 | Comité de Seguridad de Salud Ocupacional acreditado por el Ministerio de Trabajo, Comité de 5's Comité de Calidad, EFQM. | 7 | 7 | - |
| <p>La gestión del conocimiento</p> <p>¿De qué manera la organización desarrolla procesos sistemáticos para captar, incorporar, generar, adaptar y difundir la información y el conocimiento adquirido?</p> | 6 | Se cuenta con un plan institucional de capacitación emanado de las necesidades de los Centros de Atención, y Planes de Capacitación interno del Centro. Pero no de una forma sistemática su aplicabilidad a excepción del capacitaciones del Comité de Seguridad Ocupacional | 7 | 8 | En la Implementación del modelo el comité será capacitado y a su vez todo el personal del centro en el funcionamiento del modelo, reforzamiento en la Misión, visión, política y despliegue de objetivos del centro. Análisis de datos y toma de decisiones basadas en hechos y mejora continua. |
| <p>¿Cómo sistematiza, formaliza y normaliza procesos, donde se establecen protocolos para generar, validar y difundir el conocimiento? ¿De qué manera se encuentra institucionalizada la gestión del conocimiento como una rutina administrativa?</p> | 6 | A través del Departamento de Recursos Humanos, solicita las necesidades de capacitación de los recursos, creando un Plan de Capacitación. | 7 | 8 | Se establece un proceso de mejora continua para el modelo que establece que toda solución implementada que se verifique y logre mejorar la gestión de la institución, se estandarizara para que el centro no vuelva a caer en situaciones ya corregidas. |

USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|---|-----------------|---|--------------|-------|--|
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| ¿Cómo relaciona la gestión del conocimiento con la disponibilidad de inventarios de competencias generales, técnicas, actitudes y aptitudes de todo el personal de la organización? | 1 | - | 3 | 6 | En la Implementación del modelo el comité será capacitado y a su vez todo el personal del centro en el funcionamiento del modelo, reforzamiento en la Misión, visión, política y despliegue de objetivos del centro. Análisis de datos y toma de decisiones basadas en hechos y mejora continua. |
| ¿Cómo desarrolla procesos de gestión de los repositorios (registros o archivos) de información? | 7 | Se cuenta con la Unidad de Acceso a la Información que centraliza la información generada por los Centros y actúa de acuerdo a lo establecido a la Ley de Acceso de información, siendo ella la responsable de recopilar, clasifica y resguarda la información institucional. | 7 | 8 | A través de la automatización de los procesos, todo queda almacenado en la base de datos del centro, además de dar la oportunidad de imprimir la información que considera necesaria a través de informes. |

| | | | | | |
|--|----------|---|----------|----------|----------|
| <p>¿Cómo establece mecanismos de intercambio de experiencias y redes de acceso o interconexión para identificar mejores prácticas entre funcionarios y con otros organismos públicos e instituciones privadas?</p> | <p>7</p> | <p>Se cuenta en página web con accesos a otras instituciones de gobierno, privadas y de igual manera las actividades realizadas pueden ser compartidas.</p> | <p>7</p> | <p>7</p> | <p>-</p> |
|--|----------|---|----------|----------|----------|

USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|---|-----------------|--|--------------|-------|--------|
| | | | 1°AÑO | 3°AÑO | |
| ¿Cómo se utilizan las dinámicas naturales del trabajo, el conocimiento y la experiencia para generar valor entre los distintos grupos relacionados? ¿Cómo se promueve el trabajo colaborativo y la interacción entre los funcionarios y grupos de interés, grupos formales o grupos de naturaleza espontánea? | 8 | Realización de gestiones con diferentes instituciones que han contribuido a al trabajo colaborativo: Universidad Don Bosco, Bomberos, ISSS, Universidad Nacional, Sub secretaria de Inclusión Social, Joni and Friends, Sub secretaria de Modernización, Ministerio de Educación, Alcaldía Municipal de Santa Ana, Comité de Gestión Gubernamental, Sonrisas Down, APAO, APPAPCRIO., Escuela para Sordos, INDES.MOP, apoyo en la traducción de sordos en tribunales. | 8 | 8 | - |
| Comparación e intercambio de mejores prácticas ¿Cómo la organización compara e intercambia información con otras organizaciones públicas o privadas, sobre sus experiencias, participando en foros y redes de intercambio, a fin de identificar las mejores prácticas para generar aprendizaje y mejora continua? | 5 | Participación de un recurso en pasantía, Adaptación de sillas de ruedas, 5's, Foro Lepina. | 5 | 5 | - |

USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD DE LA GESTIÓN PÚBLICA

| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
|---|-----------------|--|--------------|-------|---|
| | | | 1°AÑO | 3°AÑO | |
| <p>Aportaciones y sugerencias de funcionarios públicos</p> <p>¿Cómo la organización fomenta el aprovechamiento de la experiencia y conocimiento de todo su personal? ¿Cómo regula y promueve la participación canalizando las sugerencias para la mejora continua?</p> | 7 | Participación en comités de trabajo, reuniones mensuales del personal Evaluaciones Multi e interdisciplinario, práctica de consulta en grupos consultivos ad-hoc, participación de auto evaluaciones institucionales. Participación del personal en jornadas de revisión de programas. | 8 | 9 | El modelo apoya con la evaluación del cliente interno (su personal), y la percepción que tiene sobre la organización y el clima laboral, para tomar las medidas necesarias para fomentar un ambiente ideal que promueva el máximo desempeño de las labores. |

EVALUACIÓN CAPITULO V CONSIDERACIONES FINALES

Matriz Comparativa con la implementación del MGP capítulo V: Consideraciones Finales

Tabla 4 - Evaluación consideraciones finales carta iberoamericana

| CONSIDERACIONES FINALES | | | | | |
|---|-----------------|---|--------------|----------|--|
| CRITERIO | PUNT. ACTUAL | ACTUAL | PUNT.IMPLEMT | | MEJORA |
| | | | 1ºAÑO | 3ºAÑO | |
| ¿De qué manera la organización asegura que sigue un proceso estructurado a corto, mediano y largo plazo, orientado a lograr cambios sustanciales y sostenibles? | 8 | A través del plan operativo a corto y mediano plazo Plan Estratégico quinquenal a largo plazo. | 8 | 9 | Con el establecimiento del modelo de gestión, se están formando los cimientos de una organización que vela por la calidad de sus servicios |
| ¿De qué manera las estrategias de calidad son anticipativas y adaptativas, están atentas a los cambios del entorno dinámico? | 6 | A medida que se desarrolla la planificación los cambios solo son adaptativos | 7 | 8 | El Manual de Mejora Continua del modelo permitirá que sea un modelo sostenible en el tiempo y flexible a cambios y a través del sistema de indicadores diseñados, se medirán y controlaran los resultados de los procesos, y el modelo en sí, y será el comité de calidad el encargado de ir mejorando continuamente, analizando los indicadores, y usando otras técnicas para tomar las decisiones que lleven a la organización al éxito. |

| | | | | | |
|---|----------|---|----------|----------|--|
| <p>¿De qué manera el liderazgo y compromiso de las autoridades políticas y del nivel directivo contribuyen a la aplicación de las diferentes orientaciones, acciones e instrumentos contenidos en la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública?</p> | 7 | <p>A nivel local se observa un liderazgo con alto nivel de compromiso y gestión que permiten un empoderamiento para varias acciones contenidas en la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública. Y a nivel Directivo, ha adoptado mecanismos para la participación ciudadana, marco regulatorio, aplicación de la carta Iberoamericana, gestión de calidad., plan quinquenal</p> | 8 | 8 | <p>La implementación del modelo será un compromiso de la dirección para el mejoramiento de la gestión, y la aplicación de una de las principales orientaciones contenidas en la carta hacia una gestión de calidad, implementando la gestión por procesos.</p> |
|---|----------|---|----------|----------|--|

APENDICE I. *Población que padece de alguna limitación permanente según departamento y sexo. Censo 2007*

| EL SALVADOR. | | | | | | | | | |
|--|---------------------------|--|-------------------------|------------------------|-------------------------------------|---------------|--|---|-----------------|
| POBLACIÓN QUE PADECE DE ALGUNA LIMITACIÓN PERMANENTE, | | | | | | | | | |
| POR TIPO DE LIMITACIÓN, SEGÚN DEPARTAMENTO Y SEXO. CENSO 2007. | | | | | | | | | |
| DEPARTAMENTO Y SEXO | CON LIMITACIÓN PERMANENTE | POBLACIÓN CON ALGUNA LIMITACIÓN PERMANENTE | | | | | | | |
| | | MOVERSE O CAMINAR | USAR SUS BRAZOS O MANOS | VER, AÚN USANDO LENTES | OIR, AÚN USANDO APARATOS ESPECIALES | HABLAR | TIENE ALGÚN RETRASO O DEFICIENCIA MENTAL | BAÑARSE, VESTIRSE, ALIMENTARSE POR SÍ MISMO | OTRA LIMITACIÓN |
| TOTAL PAÍS | 235,302 | 70,302 | 30,065 | 70,824 | 27,230 | 32,270 | 27,665 | 26,830 | 65,302 |
| Hombres | 123,548 | 33,876 | 15,688 | 31,782 | 13,764 | 17,118 | 14,919 | 12,647 | 39,337 |
| Mujeres | 111,754 | 36,426 | 14,377 | 39,042 | 13,466 | 15,152 | 12,746 | 14,183 | 25,965 |
| 01 - AHUACHAPÁN | 11,224 | 3,178 | 1,419 | 3,383 | 1,478 | 1,571 | 1,233 | 1,212 | 3,026 |
| Hombres | 6,173 | 1,643 | 798 | 1,618 | 778 | 863 | 689 | 617 | 1,898 |
| Mujeres | 5,051 | 1,535 | 621 | 1,765 | 700 | 708 | 544 | 595 | 1,128 |
| 02 - SANTA ANA | 21,099 | 6,337 | 2,736 | 5,786 | 2,634 | 2,886 | 2,720 | 2,224 | 6,273 |
| Hombres | 11,242 | 3,062 | 1,437 | 2,600 | 1,345 | 1,564 | 1,552 | 1,096 | 3,759 |
| Mujeres | 9,857 | 3,275 | 1,299 | 3,186 | 1,289 | 1,322 | 1,168 | 1,128 | 2,514 |
| 03 - SONSONATE | 14,828 | 4,358 | 1,824 | 4,006 | 1,801 | 2,123 | 1,643 | 1,718 | 4,197 |
| Hombres | 8,081 | 2,171 | 982 | 1,867 | 914 | 1,112 | 879 | 809 | 2,680 |
| Mujeres | 6,747 | 2,187 | 842 | 2,139 | 887 | 1,011 | 764 | 909 | 1,517 |
| 04 - CHALATENANGO | 10,009 | 2,988 | 1,294 | 2,719 | 1,240 | 1,568 | 1,543 | 1,085 | 2,882 |
| Hombres | 5,484 | 1,520 | 747 | 1,266 | 658 | 811 | 823 | 522 | 1,809 |
| Mujeres | 4,525 | 1,468 | 547 | 1,453 | 582 | 757 | 720 | 563 | 1,073 |
| 05 - LA LIBERTAD | 21,931 | 6,734 | 2,828 | 6,455 | 2,545 | 2,915 | 2,555 | 2,185 | 6,230 |

FUENTE: DIGESTYC - VI CENSO DE POBLACIÓN Y V DE VIVIENDA

Según datos proporcionados por el VI censo de población y V vivienda se logra obtener estadísticas en el Censo del año 2007 de la población que padece alguna limitación permanente por tipo de limitación, según Departamento y Sexo. Datos que nos serán útiles para determinar los estándares de nuestros indicadores epidemiológicos y determinar la proporción de nuestro mercado objetivo y la proporción de sus diagnósticos para la determinación de nuestras metas.

Porcentaje por departamentos de la zona Occidental *Porcentaje por Diagnostico de la zona Occidental*

| DEPARTAMENTO | POBLACIÓN | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| AHUACHAPAN | 27,724 | 24% |
| SANTA ANA | 52,695 | 45% |
| SONSONATE | 36,498 | 31% |
| TOTAL | 116,917.00 | 100% |

| Diagnostico | Población | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| NEURO- MOVIMIENTO | 67,003.00 | 57% |
| SENSORIALES Y DE DOLOR | 19,088 | 16% |
| FUNCIONES MENTALES | 10,750 | 9% |
| LA VOZ Y EL HABLA | 6,580 | 6% |
| OTROS | 13,496 | 12% |
| TOTAL | 116,917.00 | 100% |