

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



**“MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS PARA EL
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE
ORIENTE”.**

PRESENTADO POR:

**JOSÉ ALBERTO JIMÉNEZ NAVARRO
JULIO ALBERTO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
JOEL CRISTÓBAL ROMERO VELASCO**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

INGENIERO INDUSTRIAL

CIUDAD UNIVERSITARIA, JUNIO DE 2015

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR :
ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

SECRETARIA GENERAL :
DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

FACULTAD DE INGENIERIA Y ARQUITECTURA

DECANO :
ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO :
ING. JULIO ALBERTO PORTILLO

ESCUELA DE INGENIERIA INDUSTRIAL

DIRECTOR :
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 GESTIÓN POR PROCESOS PARA EL
CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE
ORIENTE”.**

Presentado por :

**JOSÉ ALBERTO JIMÉNEZ NAVARRO
JULIO ALBERTO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
JOEL CRISTÓBAL ROMERO VELASCO**

Trabajo de graduación aprobado por :

Docente Asesor :

ING. JEREMÍAS CABRERA REGALADO

San Salvador, junio de 2015

Trabajo de Graduación Aprobado por :

Docente Asesor:

ING. JEREMÍAS CABRERA REGALADO

INDICE

INTRODUCCIÓN	<i>i</i>
OBJETIVOS	<i>ii</i>
OBJETIVO GENERAL	<i>ii</i>
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<i>ii</i>
ALCANCES	<i>iv</i>
CAPÍTULO I DIAGNOSTICO	2
1. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO	2
1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN A UTILIZAR EN EL ESTUDIO	2
1.2 FUENTES DE INFORMACIÓN.	11
1.3 INSTRUMENTOS Y TECNICAS PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN.	12
1.4 FASES DEL DIAGNÓSTICO	19
2. METODO PARA DESARROLLAR EL DIAGNOSTICO.	23
3. MARCO TEORICO.	24
3.1 ANTECEDENTES DE LA CALIDAD	24
3.1.1 LA GESTIÓN DE LA CALIDAD.	24
3.1.2 MODELO DE GESTIÓN	25
3.1.3 SISTEMA DE GESTION	26
3.1.4 PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD	27
3.1.5 ENFOQUE BASADO EN PROCESOS	28
3.1.6 DEFINICIÓN DE PROCESO.	30
3.1.7 TIPOS DE PROCESOS EN LA INSTITUCION	33
3.1.8 MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS	35
3.1.9 ENFOQUES EN LA GESTION POR PROCESOS	36
3.1.10 LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO CLAVES (IDC)	44
3.1.11 LA CARTA IBEROAMEICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTION PÚBLICA	46
4. MARCO INSTITUCIONAL	47
4.1 ASPECTOS RELACIONADOS A LA REHABILITACIÓN.	47
4.2 INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL (ISRI).	51
4.3 CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ORIENTE (CRIOR).	55
5. MARCO LEGAL.	60
5.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE EL SALVADOR.	60
5.2 LEY DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL	60
5.3 LEY DE CREACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD.	61
5.4 CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA	61
6. DESARROLLO DEL DIAGNOSTICO DEL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE.	67
6.1 RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN SECUNDARIA	67
6.1.1 RESULTADOS DE LA GESTIÓN DEL CRIOR JUNIO 2013 A MAYO 2014	67

6.1.2	RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE LA CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA (CICGP)	76
6.1.3	RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL EFQM EN EL CROR	82
6.2	ESTABLECIMIENTO DE LOS GRUPOS DE INTERÉS A INVESTIGAR.	83
6.2.1	JEFATURAS DEL CROR	83
6.2.2	COLABORADORES DEL CROR:	83
6.2.3	USUARIOS:	83
6.3	TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	83
6.4	TIPO DE INVESTIGACIÓN	84
6.5	SISTEMA DE HIPÓTESIS.	84
6.6	SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO Y LA MUESTRA.	86
6.7	SELECCIÓN Y DISEÑO DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	94
6.7.1	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	95
6.8	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN	95
6.9	PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION	96
6.9.1	HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN USUARIOS:	96
6.9.2	HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN COLABORADORES:	98
6.9.3	HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN JEFATURA:	100
6.10	PRUEBA DE SISTEMAS DE HIPÓTESIS:	102
7.	MODELADO DE LOS PROCESOS DEL CROR	105
7.1	METODOLOGÍA.	105
7.2	IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DEL CROR	107
7.3	MAPA DE PROCESO.	120
7.4	MATRIZ DE PROCESOS	124
7.5	MODELADO DE PROCESOS ACTUALES	131
7.6	PROCESOS OPERATIVOS.	134
7.6.1	PROCESO DE INGRESO A USUARIOS	134
7.6.2	PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE USUARIOS	138
7.6.3	PROCESO DE EGRESO DE USUARIOS	145
7.7	VALOR AGREGADO DE LOS PROCESOS	147
7.7.1	ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS ESTRATÉGICOS	150
7.7.2	ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS	151
7.7.3	ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS DE APOYO	152
7.8	PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA EN EL MODELADO DE PROCESOS	155
8.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	158
8.1	ENUNCIADO DEL PROBLEMA	158
8.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.	159
8.3	ANÁLISIS DEL PROBLEMA	159
8.4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	171
9.	GENERACIÓN Y EVALUACIÓN DE OPCIONES DE SOLUCIÓN	174

9.1	ESPECIFICACIÓN DE OPCIONES	174
10.	CONCEPTUALIZACIÓN DEL DISEÑO	178
10.1	MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS PARA EL CRIOR	184
10.1.1	ESTRUCTURA DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS A DISEÑAR.	185
10.1.2	CRITERIOS DE DISEÑO	186
10.1.3	DESCRIPCION DEL DISEÑO	189
CAPITULO II DISEÑO		195
1.	ESPECIFICACIÓN DEL DISEÑO DEL DISEÑO	195
2.	GESTIÓN DE PROCESOS	195
2.1	FILOSOFÍA INSTITUCIONAL	195
2.2	RELACION ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y ISRI-CRIOR.	200
2.3	REDISEÑO DE PROCESOS.	206
2.3.1	MODELADO DE PROCESOS ACTUALES	218
2.3.2	VALOR AGREGADO DE LOS PROCESOS	242
2.4	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	249
2.5	GUÍA DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS.	397
2.6	GUÍA DE EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO	412
2.6.1	METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO A TRAVÉS DE ENCUESTAS.	414
2.6.2	METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO DEL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ENCUESTA.	414
2.6.3	PROCESO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO	430
3.	GESTIÓN DE INDICADORES	437
3.1	GUIA DE INDICADORES DE GESTION.	437
3.1.1	TIPOS DE INDICADORES	438
3.1.2	INDICADORES DE GESTIÓN.	439
3.1.3	ESTRATEGIAS DEL CRIOR	443
3.1.4	DETERMINACION DE LOS INDICADORES DE LAS ACCIONES CLAVES DEL CRIOR.	445
3.1.5	DEFINICION DE LOS INDICADORES DE LOS PROCESOS.	448
3.1.6	FICHAS DE INDICADORES.	449
4.	GESTION DE MEJORA CONTINUA	454
4.1	MANUAL DE REHABILITACIÓN BASADO EN Y CON LA COMUNIDAD (ESTRATEGIA RBC)	454
4.2	MANUAL PARA LA MEJORA CONTINUA	479
4.3	SISTEMA DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	519
5.	IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS CLAVES, SUS PROPUESTAS DE SOLUCION, BRECHAS, RESULTADOS E IMPACTOS.	530
CAPITULO III		538
1.	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN	538
1.1	DESGLOSE DEL TRABAJO.	539
1.2	PAQUETES DE TRABAJO.	543
1.3	MATRIZ DE PRECEDENCIAS	546
1.4	RECURSOS DE CADA ACTIVIDAD	549

1.5	COSTO POR ACTIVIDAD.	551
1.6	INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL PROYECTO.	555
2.	DETERMINACION DE LOS COSTOS DEL DISEÑO	564
2.1	INVERSIÓN INICIAL DEL PROYECTO	564
2.1.1	INVERSIÓN TANGIBLE	564
2.1.2	INVERSIÓN FIJA INTANGIBLE.	566
2.2	CAPITAL DE TRABAJO.	567
2.2.1	COSTOS DE OPERACIÓN DEL MODELO	569
2.2.2	PRESUPUESTO DE EGRESOS E INGRESOS	573
2.2.3	PRESUPUESTO DE INGRESOS	574
2.2.4	FLUJO DE EFECTIVO PROFORMA	579
2.2.5	ESTADO DE RESULTADOS PROFORMA	580
2.3	FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO	581
2.3.1	FONDOS PROPIOS	581
2.3.2	DONACIONES DE COOPERACIÓN	582
2.4	EVALUACIONES ECONÓMICAS	584
2.4.1	TASA MÍNIMA ATRACTIVA DE RENDIMIENTO (TASA DE DESCUENTO SOCIAL)	584
2.4.2	VALOR ACTUAL NETO (VAN)	584
2.4.3	RELACIÓN BENEFICIO – COSTO (B/C)	586
3.	EVALUACIÓN SOCIAL	588
3.1	IMPACTOS ORGANIZACIONALES.	588
3.2	IMPACTOS EN EL SERVICIO HACIA EL USUARIO.	590
3.2.1	AUMENTO DE LA COBERTURA DEL SERVICIO.	591
3.2.2	AUMENTO DE USUARIOS REHABILITADOS.	592
4.	EVALUACION DE LA CICGP.	593
4.1	CAP. 2: PRINCIPIOS INSPIRADORES	595
4.2	CAP. 3: DEBERES Y DERECHOS DE LOS CIUDADANOS	595
4.3	CAP. 4: ORIENTACIONES Y ESTRATEGIAS	596
4.4	CAP. 5- CONSIDERACIONES FINALES	597
4.5	RESULTADO FINAL	598
5.	Resultados esperados	599
6.	CONCLUSIONES	602
7.	RECOMENDACIONES	604
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	605
9.	GLOSARIO TÉCNICO	607
10.	ANEXOS	611

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Fuentes de información.....	11
Tabla 2 Herramientas para la investigación.....	17
Tabla 3 Diferencia entre proceso y procedimiento.....	32
Tabla 4 Informe estadístico 2013.....	54
Tabla 5 Rendimiento anual por área del CRIOR informe estadístico 2013.....	59
Tabla 6 Ejes estratégicos de la CICGP.....	65
Tabla 7 Resultados de evaluación EFQM en el CRIOR.....	82
Tabla 8 Historial de Usuarios del ISRI año 2013.....	88
Tabla 9 Detalle de usuarios egresados año 2013.....	89
Tabla 10 Definición de variables.....	93
Tabla 11 Personal del CRIOR.....	94
Tabla 12 Prueba de hipótesis.....	104
Tabla 13 Clasificación de procesos CRIOR.....	129
Tabla 14 Resumen de matriz de procesos.....	130
Tabla 15 Clasificación de procesos operativos.....	131
Tabla 16 Análisis de valor agregado.....	154
Tabla 17 problemática identificada en el modelado de los procesos.....	157
Tabla 18 Voz del cliente CRIOR.....	163
Tabla 19 voz de los procesos CRIOR.....	164
Tabla 20 Matriz Funcional/Disfuncional.....	164
Tabla 21 Valoración de requerimientos del cliente (Funcional).....	165
Tabla 22 valoración de la voz de los procesos (Funcional).....	165
Tabla 23 Valoración de la voz del Cliente (Disfuncional).....	166
Tabla 24 Valoración de la voz de los procesos (Disfuncional).....	166
Tabla 25 Tabla de clasificación KANO.....	167
Tabla 26 Resultados voz del cliente.....	168
Tabla 27 resultados voz de los proceso.....	168
Tabla 28 Relación de los elementos recopilados en la etapa de diagnóstico y la conceptualización del diseño.....	183
Tabla 29 Análisis de Misión Institucional.....	197
Tabla 30 Análisis de Visión Institucional.....	197

Tabla 31 Cambios significativos a procedimientos	209
Tabla 32 Clasificación de Procesos del CRIOR	216
Tabla 33 Resumen de matriz de procesos	217
Tabla 34 Clasificación de procesos operativos.....	218
Tabla 35 Resumen de análisis de valor agregado	248
Tabla 36 Características de modelación.....	399
Tabla 37 Características de desarrollo Bonita.....	400
Tabla 38 Características de ejecución Bonita.....	401
Tabla 39 Características de Interfaz Bonita.....	402
Tabla 40 Características de monitoreo Bonita	403
Tabla 41 Menú de diagramación.....	405
Tabla 42 Elementos de diagramación	405
Tabla 43 Elementos de diagramación	406
Tabla 44 Elementos de diagramación	406
Tabla 45 Elementos de diagramación	407
Tabla 46 Consultas en SQL	409
Tabla 47 Actualización de información SQL	410
Tabla 48 Recursos necesarios para implementación	410
Tabla 49 Mecanismos de evaluación del usuario.....	413
Tabla 50 Historial de Usuarios del ISRI año 2013.....	424
Tabla 51 Detalle de usuarios egresados año 2013.....	424
Tabla 52 Definición de variables	428
Tabla 53 Inversión en documentación.....	565
Tabla 54 Inversión en la implementación del proyecto.....	566
Tabla 55 Inversión total del proyecto	566
Tabla 56Grado de avance: Principios inspiradores.....	595
Tabla 57Grado de avance: Deberes y derechos de los ciudadanos.....	595
Tabla 58Grado de avance: Orientaciones y estrategias I.....	596
Tabla 59Grado de avance: Orientaciones y estrategias II.....	597
Tabla 60Grado de avance: Consideraciones finales.....	597

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Método para desarrollar el diagnóstico	23
Ilustración 2 Modelo de un SGC basado en procesos, según ISO 9001	29
Ilustración 3 Esquema de proceso	31
Ilustración 4 Modelo para trabajar procesos	34
Ilustración 5 Esquema de mapa de proceso	34
Ilustración 6 esquema EFQM	39
Ilustración 8 Menú de diagramación	404

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1 caracterización de la población	67
Grafico 2 Procedencia geográfica de usuarios	68
Grafico 3 Distribución porcentual por discapacidad	69
Grafico 4 Distribución porcentual por referencias.....	70
Grafico 5 Distribución porcentual por servicios médicos	71
Grafico 6 Distribución porcentual por servicios de apoyo	72
Grafico 7 Distribución porcentual por servicios de rehabilitación.....	73
Grafico 8 Distribución porcentual por servicios complementarios.....	74
Grafico 9 Distribución porcentual de egresos	74
Grafico 10 Resultados grado de avance en implementación de CICGP	81
Grafico 11 Diagrama de Pareto de las causas del problema.....	162
Grafico 12 voz del cliente CRIOR	169
Grafico 13 voz de los procesos CRIOR.....	170
Grafico 14 Grado de avance en la implementación de la CICGP.	598

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a **Dios** por hacer esto posible, él permitió que todo se diera como tenía que ser, me dio fuerzas para lograr el milagro en tantas ocasiones a lo largo de este camino y sin él nunca hubiese tenido conmigo a todos los que me ayudaron a lograrlo.

Agradezco a mi madre: **Martha Navarro**, porque siempre creyó en mí, tuvo las palabras para impulsarme a seguir adelante, luchó por mí, estuvo pendiente de mis desvelos, se alegró por mí y veló para que no me faltara nada, gracias mamá por ser como eres y estar conmigo en todo momento.

A mi padre: **César Jiménez**, sin su peculiar ejemplo seguramente tampoco lo hubiese logrado, gracias por ello también.

A **Fátima Sorto**, gracias por siempre ayudarme a levantarme, a estar conmigo en situaciones difíciles, apoyarme y no dejarme dormir cuando el cansancio agobiaba. Definitivamente sin tu amor y comprensión no estaría acá.

A mis hermanos: **Tiffanie** y **Bryan**, por siempre creer en mí y saber que lo lograría, estoy seguro que ustedes están orgullosos de mí. Gracias Hermanitos. A toda mi familia, mis primos **Lupe** y **Manuel** que me apoyaron de principio a fin, mis tíos y sobre todo a mi **abuelo** (QDDG) que fue un ejemplo de lucha, perseverancia y coraje, su ejemplo me motivó a seguir adelante.

Mis compañeros de tesis: **Julio** y **Joel**, les agradezco la paciencia en todo este proceso, por el apoyo en momentos cruciales y por sobre todo por haberme dejado aprender de cada uno de ustedes.

Gracias a todos los docentes de la escuela de Ing. Industrial, tanto de la FMO como de la unidad central, de todos he aprendido a lo largo de este trayecto y estoy seguro que seguiré aprendiendo ahora como colegas. Finalmente a nuestro jurado evaluador: **Ing. Jeannette de Pocasangre**, **Ing. Orlando Reyes** y sobre todo a nuestro asesor, **Ing. Jeremías Cabrera**, muchas gracias por su paciencia, perseverancia y sabiduría, un ejemplo como docente y persona, gracias por todo.

JOSE ALBERTO JIMENEZ NAVARRO

AGRADECIMIENTOS

Hay tantas personas a quién agradecer el apoyo y su compañía en el camino hacia el cierre de mi carrera universitaria, me disculpo de antemano con los que no mencionaré por ser tan breve el espacio que tengo para mis agradecimientos, les aseguro que llevo gratos recuerdos y enseñanzas de los momentos que compartimos juntos.

Para tratar de no olvidar a nadie deseo dar gracias en orden cronológico:

A Dios y la Virgen María, por su gran bondad en tantos dones y gracias hacia mí, que aún sin merecerlo, desde muy chico me enseñaron el amor que me tienen, brindándome un hogar acogedor y lleno de cariño.

A mis Padres: María Velasco de Romero (Gloria) por su entrega, tesón, dedicación y perseverancia desde mi concepción hasta siempre, llenándome de amor y de detalles; por nunca dejarme solo, por llevarme de la mano desde muy pequeño a la escuelita, por su insistencia en sacar mi carrera y por tantos buenos consejos brindados. A mi padre, Cristóbal Romero Orellana, que desde su humildad y compromiso me demostró lo importante de siempre levantarse temprano e ir a trabajar para rebuscarse para la comida de la familia, de buscar superarse a sí mismo, por el don de la música fuertemente influenciado por él y de siempre dar gracias a Dios por todo lo que nos da.

A mis hermanos: Maira, Gerber y Kelly que siempre me han dado su apoyo, por ser los mejores hermanos que pude tener, por su unión y entrega. Gracias a Maira por ser una segunda madre, por ser mi primera profesora, por llevarme el primer día al kínder y estar siempre ahí para mí. A Gerber por ser un segundo padre en todo sentido de la palabra, por sus buenos consejos, por su ayuda en tantos desvelos en el bachillerato, por su desprendimiento y entrega en tantas necesidades durante mi desarrollo. A Kelly por ser mi hermanita, con la que compartimos tantas horas de juegos, cantos, desveladas, regañadas y que siempre se preocupó por que hiciera lo correcto.

A mi esposa: Por tanto amor y bendiciones brindadas, por creer siempre en mí, por ver ese algo especial que incluso yo mismo no alcanzo a ver en ocasiones, por ser el pilar fuerte, potente y hermoso que mantiene mi hogar, por brindarme dos razones para vivir: Fernanda y Eduardo, y por tener esa entrega que la caracteriza a diario, siempre, sin descanso, precisa, exacta, ... 12345.

A mi suegra: Patricia Pérez de Somoza por enseñarme con su dedicación, esfuerzo y trabajo la entrega que cada ser humano debe de tener de cara a Dios, por su valiosísima ayuda en mi hogar, con mis hijos y mi esposa, y en especial por sus consejos y por siempre tenerme en sus oraciones.

A mi Suegro y Cuñada: Don Julio Somoza y Ale Somoza, por la excelente acogida en su hogar y hacerme uno más de su casa, por tanto apoyo brindado desde el primer día que conocí su casa en Ahuachapán, hasta el día de hoy.

A mis catedráticos: En especial a la Ing. Jeannette de Pocasangre, al Ing. Jeremías Cabrera y al Ing. Orlando Reyes que han sabido guiarme, darme consejos, brindarme parte de sus conocimientos y sobretodo creer en mí, nunca su apoyo se vio disminuido ni un ápice. En general a todos los catedráticos de la Universidad con los que conviví en algún momento: muchas gracias.

A mis compañeros y amigos: Julio y Alberto, que han sabido contagiarme de su dedicación, alegría, optimismo y empeño. Gracias por que desde el inicio sentí un inmenso apoyo en ustedes, son unas grandes personas y estoy seguro de su éxito profesional después de la Universidad.

A mis compañeros de trabajo: Claudia, Melanie y Mardo que siempre me han apoyado y ayudado, brindándome sus consejos y motivándome para siempre seguir adelante, creyendo en mí y deseándome siempre lo mejor.

Joel Cristóbal Romero Velasco.

Agradecimientos

Infinitas gracias a Dios y a la Virgen María, porque todos mis logros se los debo a su bendición. Gracias Dios porque en los momentos más difíciles siempre estas junto a mí. Gracias por guiarme por el buen camino y por toda la sabiduría que derramaste en mí, todo lo que soy es gracias a ti mi Señor.

*A mi madre **Marta Alicia**, por todo su esfuerzo, por su dedicación, por su sacrificio para hacer de mi lo que soy, porque siempre me dio su apoyo incondicional en todo momento y esas palabras de aliento en el momento justo, porque con su ejemplo me ha motivado y me ha enseñado que todo lo que nos proponemos lo podemos lograr, porque para ella siempre soy el mejor!!! Eres mi ejemplo a seguir, te amo mamá.*

*A mi padre, **Julio Alberto** porque a su manera siempre supo motivarme a seguir adelante, por todo su esfuerzo y los consejos para hacer de mí una mejor persona.*

*A mi hermana **Guadalupe Melany**, por todos sus cuidados, por sus consejos, porque es una parte fundamental en mi vida. A **Alex Rodríguez**, porque más que un tío es mi segundo hermano gracias por tus buenos consejos, por el cariño y por siempre creer en mí.*

*A **Luis Rodríguez** que siempre me ha dado su apoyo incondicional, que siempre ha estado cuando más lo necesite, no se imagina lo importante que es para mí. Más que un tío ha sido como un padre.*

*A **Catalina Santamaría**, por darme fuerzas cada día para seguir adelante, por su apoyo incondicional y las palabras de aliento cuando más las necesite, porque ha vivido de cerca mis éxitos y fracasos y siempre tuvo esa actitud positiva para levantarme cuando decaía, gracias por tanta dedicación y por tanto amor.*

*A mis catedráticos: En especial a la **Ing. Jeannette de Pocasangre**, al **Ing. Jeremías Cabrera** y al **Ing. Orlando Reyes**, gracias por todos los conocimientos transmitidos, por su comprensión y por todos los consejos académicos y personales.*

*A la **Sra. Angélica Rivas** por sus consejos, por todos sus cuidados hacia mí, por su inmenso amor, y por llevarme siempre en sus oraciones*

*A mis compañeros: **Joel y Alberto**, por su esfuerzo y colaboración para que este momento se hiciera posible, gracias por su comprensión.*

*A mis amigos Que han estado de cerca en este trayecto y han sido elementos clave para alcanzar este logro, gracias por todo su apoyo, en especial a **Xavier Guardado, David Arqueta y Balmore Hernández**.*

Julio Alberto Rodríguez

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 Oriente (CRIOR), el cual contribuye a la rehabilitación integral de los usuarios en la zona oriental 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 el diseño 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.

El presente documento contiene el estudio realizado para diagnosticar la situación actual que presenta el Centro de Rehabilitación y que dicha información sirva como insumo principal para el diseño del Modelo de Gestión propuesto para el CRIOR, el cual contiene una serie de manuales y guías de gestión los que se clasifican en tres grandes apartados, la gestión de los procesos que contiene el rediseño, estandarización y documentación de procesos así como la guía para la evaluación de la percepción de los usuarios. El segundo apartado es el de la gestión de indicadores, en el cual se propone una guía de indicadores de gestión para la medición y control del desempeño de la institución. Y finalmente se presenta la gestión de la mejora continua, la cual proporciona una guía para la mejora continua así como un manual para la sensibilización de las jefaturas, así como para la capacitación del personal. Seguidamente se procede a realizar las evaluaciones correspondientes para determinar el impacto que tendrá la inversión realizada y determinar la factibilidad del proyecto. La integración de las propuestas de solución proporcionan un Modelo de Gestión por Procesos idóneo para mejorar el servicio brindado por el centro y asegurar la calidad con la que se opera, obteniendo mejores resultados y usuarios más satisfechos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar un Modelo de Gestión por Procesos para el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, que permita a través de su implementación mejorar los procesos con el fin de aumentar la calidad y la satisfacción de los usuarios del Centro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Demostrar mediante técnicas de investigación cuales son las principales demandas de los pacientes del CRIOR.
- Establecer el modelado de los procesos claves a través de la metodología IDEF0 (Definición de integración de modelado de funciones).
- Elaborar un informe detallado sobre la gestión actual de los procesos, a fin de identificar los procesos que se requieren mejorar.
- Establecer cuáles son los principales problemas que actualmente afectan al CRIOR para su posterior solución.
- Especificar los servicios propuestos por el CRIOR, a partir del rediseño de los procesos identificados.
- Mostrar la estructura de los procesos rediseñados en el CRIOR, con el fin de dar cumplimiento a las necesidades de los usuarios.
- Mostrar los resultados obtenidos en cuanto al valor agregado de los procesos, tomando en cuenta las mejoras propuestas.
- Diseñar el manual de procedimientos definidos y estandarizados del CRIOR.
- Diseñar una guía que contenga los lineamientos básicos para la automatización de procesos.
- Diseñar una guía para la evaluación de la percepción de los usuarios del centro, para medir el nivel de satisfacción en cuanto al servicio recibido.
- Definir y desarrollar un modelo de gestión por procesos orientado a la mejora continua encaminado a mejorar el servicio del paciente.

- Establecer los KPI'S (Indicadores clave de gestión) para la evaluación del modelo de gestión por procesos en el CRIOR, a fin de garantizar su desempeño óptimo, a través de la guía de indicadores de gestión.
- Evaluar el modelo de gestión por procesos desde la perspectiva socio-económica.
- Determinar el impacto social que el proyecto generara en los usuarios internos y externos con la implementación del modelo de gestión.
- Plantear el esquema de implementación del modelo de gestión propuesto.

ALCANCES

HASTA:

- La investigación y análisis de los documentos provenientes de la institución, en los que se registra el desempeño de la misma así como cambios o modificaciones en la estructura de la misma.
- La investigación de la perspectiva en cuanto a la satisfacción de los usuarios del CRIOR con respecto a los servicios recibidos. Mediante el instrumento de encuesta, así mismo con la tabulación y análisis de los resultados.
- La investigación de la perspectiva en cuanto a la calidad del servicio brindado por el personal del CRIOR, por medio de encuestas a los mismos y la tabulación y análisis de resultados.
- El diseño y estandarización de procesos críticos de la institución, para la elaboración del manual de procedimientos.
- El diseño de una guía para la automatización de los procesos, la cual servirá de base para una mejora del servicio basada en la automatización.
- El diseño de una guía de evaluación de la percepción del usuario, para medir la satisfacción que percibe con el servicio recibido.
- El diseño de un manual para la mejora continua para mejorar constantemente el desempeño de la institución y asegurar un servicio de calidad a los usuarios.
- El diseño de una guía de indicadores de gestión, que permita medir y controlar el desempeño de las áreas del centro.
- El diseño de una guía para concientización de las jefaturas, y que puedan comprender la importancia en mejora de la calidad del servicio brindado a los usuarios.
- La realización de las evaluaciones pertinentes del Modelo Diseñado para determinar la factibilidad del mismo.

CAPÍTULO I

DIAGNOSTICO

CAPÍTULO I DIAGNOSTICO

1. METODOLOGÍA DE DIAGNÓSTICO

1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN A UTILIZAR EN EL ESTUDIO

1.1.1 TIPO DE ESTUDIO DE LA INVESTIGACIÓN.

Una investigación se puede dividir en cuatro tipos de estudio: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos. Esta clasificación es importante porque de esto depende la estrategia de investigación; aunque, en la práctica, cualquier estudio puede incluir elementos de más de una de estas cuatro clases de investigación. A continuación se describe los cuatro tipos de investigación.

ESTUDIO EXPLORATORIO.

Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado anteriormente. Es decir, cuando la investigación bibliográfica reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. Los estudios exploratorios sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas específicos, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones (postulados) verificables.

ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Este método identifica las características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación. De acuerdo con los objetivos planteados, el investigador señala el tipo de descripción que se propone realizar. Acude a técnicas específicas en la recolección de

información, como: **La observación, Las entrevistas y Los cuestionarios**. La mayoría de las veces se utiliza el muestreo para la recolección de información, la cual es sometida a un proceso de codificación, tabulación y análisis estadístico.

ESTUDIO CORRELACIONAL

Este tipo de estudio tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables (en un concepto particular). En ocasiones se analiza la relación entre dos variables, lo que podría representarse como x-y; pero frecuentemente se ubican en el estudio relaciones entre tres o más variables. Los estudios correlacionales miden si dos o más variables están relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. Se puede observar que un estudio correlacional implica un estudio descriptivo, debido a la descripción o medición de las variables que se desean correlacionar.

ESTUDIO EXPLICATIVO.

Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos, están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, el interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da este, o porque dos o más variables están relacionadas. Las investigaciones explicativas son más estructuradas que las demás clases de estudios y de hecho implican los propósitos de estas (exploración, descripción y correlación), además que proporcionan un sentido de entendimiento del fenómeno al que hacen referencia.

CONCLUSIÓN:

El Tipo de Estudio seleccionado será **Exploratorio – Descriptivo y explicativo**. Se ha elegido esta combinación de estudios principalmente porque se busca familiarizar a los investigadores con fenómenos relativamente desconocidos para ellos y obtener información más completa sobre un contexto particular de la vida real, en este caso del CRIOR e investigar problemas específicos. De igual forma Descriptivo porque con el estudio se busca identificar las características del universo de investigación, señalar algunas formas de conducta que relacionan variables que causan la situación actual en el CRIOR.

1.1.2 TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN A UTILIZAR.

El diseño de investigación puede ser de dos tipos: experimental y no experimental. A continuación se hace una breve descripción de las características principales de estos tipos de investigación:

INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL

En un experimento, el investigador construye deliberadamente una situación a la que son expuestos varios individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento, condición o estímulo bajo determinadas circunstancias, para después realizar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o condición. Se puede decir que en un experimento se construye una realidad.

INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL.

Es la que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes. Lo que hacemos es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Como señala Kerlinger (1979): ***“La investigación no experimental o ex post-facto es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar de forma aleatoria a los sujetos o las condiciones.”*** En este tipo de investigación, las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

En síntesis, la investigación no experimental es investigación sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa y dichas relaciones se observan tal y como se han dado en su contexto natural.

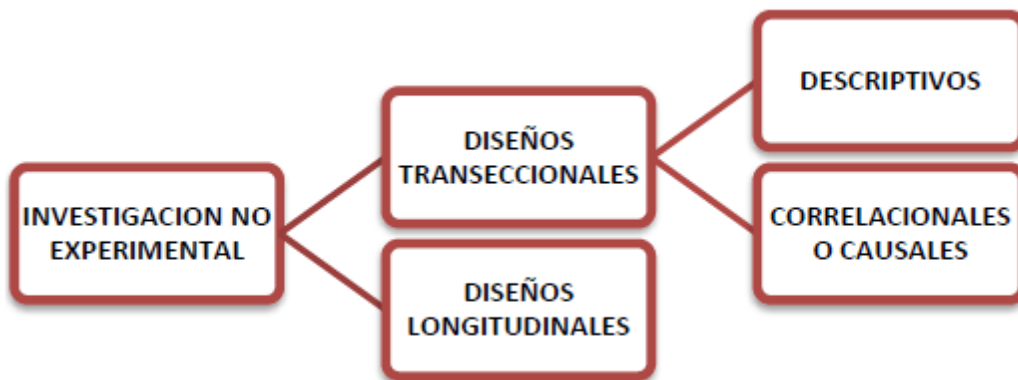
Existen diversos criterios para clasificar a la investigación no experimental, sin embargo, vamos a considerar la siguiente manera de clasificar a dicha investigación: Por su dimensión temporal o el número de momentos o puntos en el tiempo en los cuales se recolectan datos. En algunas ocasiones la investigación se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, o bien en cuál es la relación entre un conjunto de variables en un punto en el tiempo, en estos casos el diseño apropiado (bajo un enfoque no experimental) es el transversal o transaccional.

En cambio, otras veces la investigación se centra en estudiar cómo evoluciona o cambia una o más variables o las relaciones entre éstas. En situaciones como ésta el diseño apropiado (bajo un enfoque no experimental) es el longitudinal. Es decir, los diseños no experimentales se pueden clasificar en:

- a) Transeccionales.
- b) Longitudinales.

DISEÑO TRANSECCIONAL O TRANSVERSAL.

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, es como tomar una fotografía de algo que sucede. Por ejemplo, investigar el número de empleados, desempleados y subempleados en una ciudad en cierto momento. O bien, determinar el nivel de escolaridad de los trabajadores de un sindicato —en un punto en el tiempo. O tal vez, analizar la relación entre la autoestima y el temor de logro en un grupo de atletas de pista (en determinado momento). Los diseños transeccionales se pueden dividir en dos grupos: Descriptivos y Correlacionales o Causales como se muestra a continuación:



TRANSECCIONALES DESCRIPTIVOS.

Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas u objetos una o, generalmente, más variables y proporcionar su descripción. Son, por lo tanto, estudios puramente descriptivos que cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas.

TRANSECCIONALES CORRELACIONALES O CAUSALES.

Los diseños Transeccionales Correlacionales/Causales tienen como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado. Se trata también de descripciones, pero no de variables individuales sino de sus relaciones, sean éstas puramente Correlacionales o relaciones causales. En estos diseños lo que se mide es la relación entre variables en un tiempo determinado.

CONCLUSIÓN:

Tomando como referencia las bases conceptuales anteriores para respaldar la decisión de utilizar un tipo de investigación adecuado se puede decir que en el presente estudio el tipo de investigación a realizar es **no experimental**, debido a que no se manipulan las variables que se pretenden medir, ni se pretende construir o diseñar situaciones específicas para analizar los resultados. Además, la investigación, es del tipo **transeccional Correlacionales o causales**, ya que lo que se busca es determinar la incidencia de ciertas prácticas actuales en el servicio brindado a los usuarios.

1.1.3 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.

DEFINICIÓN DE HIPÓTESIS:

Una hipótesis es un enunciado conjetural o suposición que permite establecer relaciones entre hechos, una proposición sujeta a prueba. Para que existan las hipótesis es necesario que antes existan preguntas, ya que las primeras deberán convertirse en las respuestas, aunque de una manera tentativa.

Entiéndase como axioma una premisa que, por considerarse evidente, se acepta sin demostración, como punto de partida para demostrar otras fórmulas. De esta manera la hipótesis es una premisa usada en el razonamiento y es un supuesto.

Para diferenciar un supuesto de una hipótesis definiremos al supuesto como la premisa de la cual se parte para argumentar, y, generalmente, solo se describe una variable.

Por el contrario una hipótesis la podríamos definir como un “enunciado de una relación entre dos o más variables, sujetas a una prueba empírica. Proposición enunciada para responder tentativamente a un problema”. (Tamayo).

Para considerar una hipótesis como científica se debe considerar tres requisitos según Bunge:

- ✓ Tienen que ser bien formulada y significativa;
- ✓ Tiene que estar fundada en un conocimiento previo, compatible con el cuerpo de conocimiento científico;
- ✓ Tiene que ser empíricamente contrastable mediante los procedimientos objetivos de la ciencia, controlados por técnicas y teorías científicas.

ELEMENTOS DE LAS HIPÓTESIS.

Las hipótesis se componen de 3 elementos: Variables, Los Términos Lógicos y Las Unidades de Análisis.

Una variable es una propiedad que puede variar (adquirir diversos valores) y cuya variación es susceptible de medirse. Ejemplos de variables son el sexo, la motivación intrínseca hacia el trabajo, el atractivo físico, el aprendizaje de conceptos, el conocimiento de historia, la religión, la agresividad verbal, la personalidad autoritaria y la exposición a una campaña de propaganda política. Es decir, la variable se aplica a un grupo de personas u objetos, los cuales pueden adquirir diversos valores respecto a la variable.

Los términos lógicos que ponen en contacto las variables y, son los grados de relación, éstos pueden ser:

a) De oposición: a + estudio — reprobación. a — escolaridad + desempleo.

b) De Similitud o paralelismo: a + escolaridad + ingreso; a - dominio del inglés - inserción laboral.

c) De causalidad: Si la población tuviera + hábitos alimenticios hubiera - enfermedades. Si fumas puedes tener cáncer pulmonar.

d) Recapitulativa: cuando varios elementos están situados como hipótesis. Ej. (Ezequiel Ander, 1995; p 98) La participación de los jóvenes universitarios en los partidos de izquierda está influenciada positivamente por:

Su alejamiento de los medios familiares y sociales.

El seguir carreras humanísticas o sociales.

El actuar en organizaciones estudiantiles.

Las unidades de análisis se refieren a los sujetos, organizaciones o grupos de estudio.

1.1.4 TIPO DE HIPÓTESIS.

Existen diversas formas de clasificar las hipótesis, pero se usara para este estudio la clasificación siguiente: hipótesis nulas, hipótesis de investigación, hipótesis alternativas e hipótesis estadísticas.

HIPÓTESIS NULAS

La hipótesis nula es aquella que nos dice que no existen diferencias significativas entre los grupos..." es decir, "... si esta diferencia es significativa, y si no se debió al azar". (Susan Pick, pp. 40-41).

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

La hipótesis de investigación, o también llamada de trabajo es la que *"proponemos provisionalmente para la investigación, en una etapa anterior al lanzamiento de la investigación definitiva"*. Estas podrían definirse como proposiciones tentativas acerca de las posibles relaciones entre dos o más variables y que cumplen con cinco requisitos:

1. Las hipótesis deben referirse a una situación real.
2. Los términos de la hipótesis tienen que ser comprensibles, precisos y lo más concreto posible.
3. La relación entre variables propuesta por una hipótesis debe ser clara y verosímil (lógica).
4. Los términos de la hipótesis y la relación planteada entre ellos, deben poder ser observados y medidos, o sea tener referentes en la realidad.
5. Las hipótesis deben estar relacionadas con técnicas disponibles para probarlas.

Se les suele simbolizar como H_i , o H_1 , H_2 , H_3 , etc. (si son varias). A su vez, las hipótesis de investigación pueden ser:

HIPÓTESIS DESCRIPTIVAS DEL VALOR O DATO PRONOSTICADO.

Las hipótesis de este tipo se utilizan a veces en estudios descriptivos. Pero cabe comentar que no en todas las investigaciones descriptivas se formulan hipótesis o que éstas son afirmaciones más generales ("La inflación del próximo semestre no será superior a 0.2%", "Durante este año, los presupuestos de publicidad se incrementarán entre un 50 y un 60%", "La motivación extrínseca de los obreros de las plantas de las zonas industriales de disminuirá", etc.).

HIPÓTESIS CORRELACIONALES

Éstas especifican las relaciones entre dos o más variables. Corresponden a los estudios Correlacionales y pueden establecer la asociación entre dos variables (ej.: "La inteligencia está relacionada con la memoria"). A mayor autoestima, habrá menor temor al éxito. (Aquí la hipótesis nos señala que, cuando una variable aumenta, la otra disminuye; y si ésta disminuye, aquélla aumenta.)

HIPÓTESIS DE LA DIFERENCIA ENTRE GRUPOS

Estas hipótesis se formulan en investigaciones dirigidas a comparar grupos. Por ejemplo, supongamos que un publicista piensa que un comercial televisivo en blanco y negro, cuya finalidad es persuadir a los adolescentes que comienzan a fumar cigarrillos para que dejen de fumar, tiene una eficacia diferente que uno en color. Su pregunta de investigación podría ser: ¿es más eficaz un comercial televisivo en blanco y negro que uno en color, cuyo mensaje es persuadir a los adolescentes que comienzan a fumar cigarrillos para que dejen de hacerlo? Y su hipótesis podría quedar formulada así: H_1 : "El efecto persuasivo para dejar de fumar no será igual en los adolescentes que vean la versión del comercial televisivo a color que en los adolescentes que vean la versión del comercial en blanco y negro".

HIPÓTESIS QUE ESTABLECEN RELACIONES DE CAUSALIDAD

Este tipo de hipótesis no solamente afirman las relaciones entre dos o más variables y cómo se dan dichas relaciones, sino que además proponen un "sentido de entendimiento" de ellas. Este sentido puede ser más o menos completo, dependiendo del número de variables que se incluyan,

pero todas estas hipótesis establecen relaciones de causa - efecto. Ej.: H1: "La desintegración familiar de los padres provoca baja autoestima en los hijos".

HIPÓTESIS ALTERNATIVAS

Como su nombre lo indica, son posibilidades alternativas " ante las hipótesis de investigación y nula. Ofrecen otra descripción o explicación distintas a las que proporcionan estos tipos de hipótesis. Por ejemplo, si la hipótesis de investigación establece: "Esta silla es roja", la nula afirmará: "Esta silla no es roja", y podrían formularse una o más hipótesis alternativas: "Esta silla es azul", "Esta silla es verde", "Esta silla es amarilla", etc. Cada una constituye una descripción distinta a las que proporcionan las hipótesis de investigación y nula.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

Las hipótesis estadísticas son la transformación de las hipótesis de investigación, nulas y alternativas en símbolos estadísticos. Se pueden formular solamente cuando los datos del estudio que se van a recolectar y analizar para probar o rechazar las hipótesis son cuantitativos (números, porcentajes, promedios). Es decir, el investigador traduce su hipótesis de investigación y su hipótesis nula (y cuando se formulan hipótesis alternativas, también éstas) en términos estadísticos. Básicamente hay tres tipos de hipótesis estadística, que corresponden a clasificaciones de las hipótesis de investigación y nula: 1) de estimación, 2) de correlación y 3) de diferencias de medias.

CONCLUSIÓN:

Tomando como referencia las bases conceptuales anteriores para respaldar la decisión de utilizar un tipo de hipótesis adecuada se puede decir que en el presente estudio el tipo de hipótesis a utilizar es ***hipótesis de investigación***, debido a que las proponemos provisionalmente para la investigación, en una etapa anterior al lanzamiento de la investigación definitiva, las cuales se comprobar o rechazar al finalizar la investigación.

1.2 FUENTES DE INFORMACIÓN.

Las fuentes de información se clasifican en Fuentes Primarias y Secundarias. Las primeras son fuentes que brindan información del tema en interés de primera mano por medio de un cuestionario estructurado, encuesta, entrevistas, etc. Las fuentes Secundarias son todos aquellos datos que ya existen sobre la temática y que los podemos consultar en bibliografías, internet o en archivos de instituciones u organismos relacionados.

1.2.1 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la realización de esta investigación también se ha establecido un método para la recolección de información de las diversas fuentes tanto primarias como secundarias:

Tabla 1 Fuentes de información

Tipo de Información	Pasos a Seguir
Información Secundaria	Estudio de la encuesta de satisfacción de los usuarios realizada en diciembre del 2013. Estudio de las memorias de labores 2013 y 2012. Estudio de estadísticas del sistema de información del Centro.
Información Primaria	Visita a al CRIOR. Entrevista con el Director. Entrevista con los colaboradores. Entrevista con los usuarios. Llenado de listas de chequeo. Observación directa. Fotografías y video.

1.3 INSTRUMENTOS Y TECNICAS PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1 TIPOS DE INSTRUMENTO PARA LA INVESTIGACIÓN.

Para poder llevar a cabo una recolección de datos y una investigación más completa es necesario pasar de la utilización de información secundaria ya disponible, a la recolección de datos primarios para un propósito específico. Para ello se pueden emplear los métodos cualitativos y de observación para proporcionar resultados representativos para el estudio. Los analistas la mayoría de veces utilizan una variedad de métodos a fin de recopilar los datos sobre una situación existente, como entrevistas, cuestionarios, inspección de registros (revisión in-situ) y observación. Cada uno tiene ventajas y desventajas. Generalmente, se utilizan dos o tres para complementar el trabajo de cada una y ayudar a asegurar una investigación completa.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

Son métodos menos estructurados y más intensivos que las entrevistas estandarizadas basadas en cuestionarios. Existe una relación más prolongada y más flexible con el entrevistado, por lo tanto, los datos resultantes tiene más profundidad y riqueza de contexto. El número de entrevistados es pequeño y solo es parcialmente representativo de cualquier cantidad fijada como meta. Existen tres categorías principales de uso aceptable de métodos de investigación cualitativo:

A. INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA

- ✓ Definición de problemas en una forma más completa.
- ✓ Indicación de hipótesis a ser probadas en una investigación subsecuente.
- ✓ Generación de nuevos conceptos de servicios, soluciones de problemas, etc.
- ✓ Obtención de reacciones a medidas o para conceptos de nuevos productos
- ✓ Realizar la prueba previa de cuestionarios estructurados.

B. INVESTIGACIÓN DE ORIENTACIÓN

- ✓ Aprendizaje del lugar estratégico de vocabulario del consumidor.
- ✓ Educación del investigador hacia un medio ambiente no familiar

C. INVESTIGACIÓN CLÍNICA

- ✓ La obtención de indicios hacia temas que de otra forma serían imposibles de obtener sin métodos de investigación estructurados.

LA ENTREVISTA.

Las entrevistas se utilizan para recabar información en forma verbal, a través de preguntas que propone el analista. Quienes responden pueden ser gerentes o empleados, los cuales son usuarios actuales del sistema existente, usuarios potenciales del sistema propuesto o aquellos que proporcionarán datos o serán afectados por la aplicación propuesta. El analista puede entrevistar al personal en forma individual o en grupos. Sin embargo, las entrevistas no siempre son la mejor fuente de datos de aplicación. Dentro de una organización, la entrevista es la técnica más significativa y productiva de que dispone el analista para recabar datos. En otras palabras, la entrevista es un intercambio de información que se efectúa cara a cara. Es un canal de comunicación entre el analista y la organización; sirve para obtener información acerca de las necesidades y la manera de satisfacerlas, así como consejo y comprensión por parte del usuario para toda idea o método nuevos.

- Entrevistas Individuales de Profundidad

Existen dos tipos básicos de entrevistas de profundidad, estas son: **Entrevistas No dirigidas y las semiestructuradas.**

- Entrevistas No dirigidas:

Son aquellas en que el entrevistado tiene la libertad máxima para responder dentro de los límites de los puntos de interés para el entrevistador. El éxito depende de: el establecimiento de una relación de simpatía, la habilidad para tratar de aclarar y elaborar respuestas interesantes, sin influir sobre el contenido de las respuestas y la habilidad para guiar otra vez la discusión al tema cuando las discreciones son infructíferas, buscado siempre las razones por detrás de los comentarios y respuestas.

- **Entrevistas individuales semiestructuradas o enfocadas**

Aquí el entrevistador trata de cubrir una lista específica de asuntos o sub-áreas. La oportunidad, la redacción exacta y el tiempo asignado a cada área de preguntas se dejan a la discreción del entrevistador. La información básica de mercado, la legislación la actividad competitiva y la información similar pueden ser tratadas en tales entrevistas. La estructura abierta asegura a que los hechos inesperados o actitudes pueden ser buscados fácilmente. Este tipo de entrevista es extremadamente exigente y depende mucho de la habilidad del entrevistador.

MÉTODOS DE OBSERVACIÓN.

La observación está limitada a proporcionar información sobre el comportamiento actual y tiene como propósito determinar que se está haciendo, como se está haciendo, quien lo hace, cuando se lleva a cabo, cuánto tiempo toma, dónde se hace y por qué se hace. Con mucha frecuencia esta limitación se convierte en una excusa para no considerar los métodos de observación y la falta resultante de conocimiento de muchos investigadores de este método significa que no aprecian sus considerables beneficios. Algunos son:

- ✓ La observación casual es un importante método exploratorio
- ✓ La observación sistemática puede ser útil complemento para otros métodos
- ✓ La observación puede ser el método más económico y exacto de recolectar datos para estudiar el comportamiento.

Algunas veces la observación es la única alternativa de investigación.

a) Observación Directa

Este método es usado, a menudo, para obtener indicios en la búsqueda del comportamiento y aspectos relaciones con la conducta de las personas. Puede ser bastante estructurada -con una forma detallada de registro preparado anteriormente- o no estructurado. Independiente de cómo este estructurada la observación, es deseable que los entrevistados no estén conscientes del observador.

b) Limitaciones de los métodos de observación

Los métodos de observación, a pesar de sus muchas ventajas, tienen la limitación crucial; que no pueden observar motivos, actitudes o intenciones, lo cual reduce agudamente su utilidad de diagnóstico. Frecuentemente son más costosos y requieren de mayor tiempo, y pueden producir resultados sesgados si existen problemas de muestreo o si está involucrada una subjetividad significativa del observador. Sin embargo, estos sesgos son por lo general de carácter muy diferente con relación a aquellos que afectan a los métodos de encuestas. Este es uno de los puntos fuertes no usados de los métodos de los cuestionarios: ayuda a incrementar nuestra confianza en las medidas de los cuestionarios, si producen esencialmente resultados cuando se usan como un complemento.

CUESTIONARIO.

Los cuestionarios proporcionan una alternativa muy útil para la entrevista; sin embargo, existen ciertas características que pueden ser apropiada en algunas situaciones e inapropiadas en otra. Al igual que la entrevistas, deben diseñarse cuidadosamente para una máxima efectividad.

Recopilación de datos mediante cuestionarios

Para los analistas los cuestionarios pueden ser la única forma posible de relacionarse con un gran número de personas para conocer varios aspectos del sistema. Cuando se llevan a cabo largos estudios en varios departamentos, se puede distribuir los cuestionarios a todas las personas apropiadas para recabar hechos en relación al sistema. En mayor parte de los casos, el analista no verá a los que responde; no obstante, también esto es una ventaja porque aplican muchas entrevista ayuda a asegurar que el interpelado cuenta con mayor anonimato y puedan darse respuestas más honesta (y menos respuestas pre-elaboradas o estereotipadas). También las preguntas estandarizadas pueden proporcionar datos más confiables.

Selección de formas para cuestionarios

En el desarrollo, distribución de los cuestionarios, tiempo invertido, formato y contenido de las preguntas en la recopilación de hechos significativos es donde debe de ponerse mucha atención al momento de elaborar cada cuestionario. Existen dos formas de cuestionarios para

recabar datos: cuestionarios abiertos y cerrados, y se aplican dependiendo de si los analistas conocen de antemano todas las posibles respuestas de las preguntas y pueden incluirlas. Con frecuencia se utilizan ambas formas en los estudios de sistemas.

Cuestionario Abierto Al igual que las entrevistas, los cuestionarios pueden ser abiertos y se aplican cuando se quieren conocer los sentimientos, opiniones y experiencias generales; también son útiles al explorar el problema básico. El formato abierto proporciona una amplia oportunidad para quienes responden escriba las razones de sus ideas. Algunas personas sin embargo, encuentran más fácil escoger una de un conjunto de respuestas preparadas que pensar por sí mismas.

Cuestionario Cerrado El cuestionario cerrado limita las respuestas posibles del interrogado. Por medio de un cuidadoso estilo en la pregunta, el analista puede controlar el marco de referencia. Este formato es el método para obtener información sobre los hechos. También fuerza a los individuos para que tomen una posición y forma su opinión sobre los aspectos a investigar.

MÉTODO DE ENCUESTA.

La encuesta es la principal elección de los investigadores para la recolección de datos primarios. Los métodos ya expuestos, la investigación cualitativa, la observación y el análisis de datos secundarios tienen más probabilidades de usarse para mejorar o complementar el método de encuestas, que tomar su lugar. Una “encuesta” recoge información de una “muestra.” Una “muestra” es usualmente sólo una porción de la población bajo estudio. El tamaño de muestra requerido en una encuesta depende en parte de la calidad estadística necesaria para los establecer los hallazgos; esto a su vez, está relacionado en cómo esos hallazgos serán usados. Aun así, no hay una regla simple para el tamaño de muestra que pueda ser usada en todas las encuestas. Mucho de esto depende de los recursos disponibles. Los analistas frecuentemente encuentran que una muestra de tamaño moderado es suficiente estadística y operacional. La principal ventaja de una encuesta es que puede recolectar una gran cantidad de datos acerca de un entrevistado individual. Los datos pueden incluir:

- I. Profundidad y alcance del conocimiento
- II. Actitudes, intereses y opiniones
- III. Comportamiento pasado, presente o pretendido
- IV. Variables de clasificación, como medidas demográficas y socioeconómicas de la ocupación y del lugar de residencia.

Además de que para la mayor parte de estos tipos de datos el entrevistado es la única o la mejor fuente. Otra ventaja de este método es la versatilidad; se pueden emplear encuestas en casi cualquier contexto y son adaptables a los objetivos de investigación que necesitan para un diseño descriptivo o causal. Estas ventajas no son fáciles de lograr. Una implantación efectiva requiere de juicio considerable para la elección de un método de encuesta, ya sean entrevistas o cuestionarios por correo, personales o telefónicos.

Por lo anterior revisado se adoptarán las siguientes herramientas:

Tabla 2 Herramientas para la investigación

Grupos de Interés	Instrumento	Justificación del instrumento
USUARIOS	ENCUESTA Y OBSERVACIÓN	La encuesta permitirá recolectar la información requerida de la muestra del grupo de interés de Usuarios, ya que necesitamos recolectar información de su percepción del servicio. De igual forma entra la observación para confirmar si sus respuestas son acorde a su expresión facial y así también formar un juicio del encuestador.
COLABORADORES	ENCUESTA Y OBSERVACIÓN	La encuesta permitirá recolectar la información requerida de la muestra del grupo de interés de colaboradores, ya que necesitamos recolectar información

		<p>de su percepción del servicio.</p> <p>De igual forma entra la observación para confirmar si sus respuestas son acorde a su expresión facial y así también formar un juicio del encuestador.</p>
JEFES	ENTREVISTA Y OBSERVACION	<p>La entrevista permitirá recolectar la información requerida de la muestra del grupo de interés de Jefes, ya que necesitamos recolectar información de su percepción del servicio en cuanto al desempeño de los empleados y la satisfacción de los usuarios.</p> <p>De igual forma entra la observación para confirmar si sus respuestas son acorde a su expresión facial y así también formar un juicio del encuestador.</p>
PROCESOS	MODELACION DE PROCESOS	<p>Como un 3 grupo de interés se ha determinado los procesos del CRIOR, los cuales se deberán modelar, para tener una claridad sobre las posibles mejoras al sistema.</p> <p>Para ello, será la necesaria nuevamente la observación directa en cada uno de las fases de los procesos actuales.</p>

Por lo anterior el diagnóstico de modelo de gestión por proceso está dividido en tres fases:

- ✚ Diagnóstico de la rehabilitación de Integral de Oriente.
 - Requerimientos necesarios para obtener información
 - Sistema de hipótesis
 - Determinación de población
 - Diseño de instrumentos de investigación
 - Tabulación y análisis de resultados
 - Generación de conclusiones
- ✚ Modelación de los procesos
 - Identificación de Procesos
 - Clasificación de Procesos
 - Mapa de Procesos
 - Selección de Procesos
 - Modelado de los procesos
- ✚ Conceptualización del diseño

1.4 FASES DEL DIAGNÓSTICO

1.4.1 DIAGNÓSTICO DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ORIENTE.

En esta fase se elabora un sistema de hipótesis el cual será comprobado mediante el diseño de los instrumentos de recolección de información en donde el objetivo es recabar información sobre las necesidades y los requerimientos que los usuarios esperan como mínimo al momento que se les brinde servicio y también se buscar recabar información sobre los procesos y procedimientos que se llevan a cabo en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

Para llevar a cabo esta fase del diagnóstico se deben desarrollar las siguientes sub fases:

- ✚ **Requerimientos necesarios para obtener información:** en esta sub fase es donde se determinan todos los requerimientos que deben cumplir los instrumentos de recolección de información tomando de base la información de la fase anterior del diagnóstico; más

que todo se realiza un listado de los puntos clave en donde se deben enfocar los instrumentos de recolección de información. Esto se realiza por medio de los siguientes pasos principales:

- Determinar puntos clave en los cuales los instrumentos de recolección de información deben ser enfocados.
- Priorizar requerimientos.

✚ **Diseño de instrumentos de recolección de información:** En esta sub fase en donde se diseñan las encuestas que serán utilizadas para entrevistar a los usuarios y a todo el personal administrativo y operativo del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

✚ **Determinación de la población y muestra:** Es en donde se define el número de usuarios que debe ser entrevistado, justificar la cantidad de trabajadores que se entrevistarán y bajo qué criterios se seleccionó a esa persona en ese puesto en particular.

- Determinar el número de usuarios que se entrevistarán.
- Justificar personal administrativo y operativo que se entrevistará en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.
- Llevar a cabo todas estas entrevistas.

✚ **Tabulación y análisis de resultados:** Se tabula la información recolectada por medio de las encuestas dirigidas a los usuarios y a los trabajadores del centro; toda esta información será analizada para determinar requerimientos y necesidades de usuarios. Con toda esta información se realiza un análisis para determinar los problemas que tiene el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente. A continuación se resumen los pasos para realizar esta sub fase:

- Tabulación y Análisis de información obtenida por medio de entrevistas a usuarios y trabajadores
- Comprobación del sistema de hipótesis
- Generación de conclusiones.

1.4.2 MODELADO DE LOS PROCESOS

La metodología de la modelación de procesos estará constituida por las 5 fases fundamentales para la Identificación y Clasificación de Procesos dentro de la gestión por procesos las cuales son:

- **Identificación de Procesos:**

Se identificarán todos los procesos del CRIOR independientemente de su tamaño, jerarquía o importancia.

- **Clasificación de Procesos:**

Adoptaremos la siguiente clasificación de procesos

a) Procesos de ejecución: 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 (Alta dirección): 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

- **Matriz 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.

- **Selección de Procesos:**

Es importante, y necesario, priorizar los procesos de mayor importancia del centro para 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.

- **Modelado de los procesos**

La modelación de los procesos se realizará mediante la metodología IDEF0 (Definición de Integración de Modelado de funciones), la cual se realizara para validar los procesos y priorizar aquellos que son de suma importancia para el buen funcionamiento del centro, estos serán los que se rediseñaran en la etapa de diseño.

- **Análisis de valor agregado de los procesos**

para finalizar se procede a realizar el valor ganado de los procedimientos que se desarrollan en el centro para identificar cuáles de estos presentan valor agregado para los clientes y cuales presentan valor agregado para la empresa, identificando de igual manera aquellos que no presentan valor agregado.

1.4.3 CONCEPTUALIZACIÓN DEL DISEÑO

Una vez ya priorizados los problemas a resolver, teniendo propuestas de solución para dichos problemas y priorizados los procesos y procedimientos del Centro de Rehabilitación Integral de oriente, se procede a realizar una conceptualización del diseño del modelo de gestión por procesos en donde de forma puntual se especifica los requerimientos que necesita el modelo de gestión por procesos para que en la etapa de diseño sean considerados y en base a estos se diseñe el modelo de gestión por procesos.

La conceptualización del diseño debe contener:

- Generación y priorización de la solución
- Representación clara del diseño
- Descripción de partes componentes del diseño

2. METODO PARA DESARROLLAR EL DIAGNOSTICO.

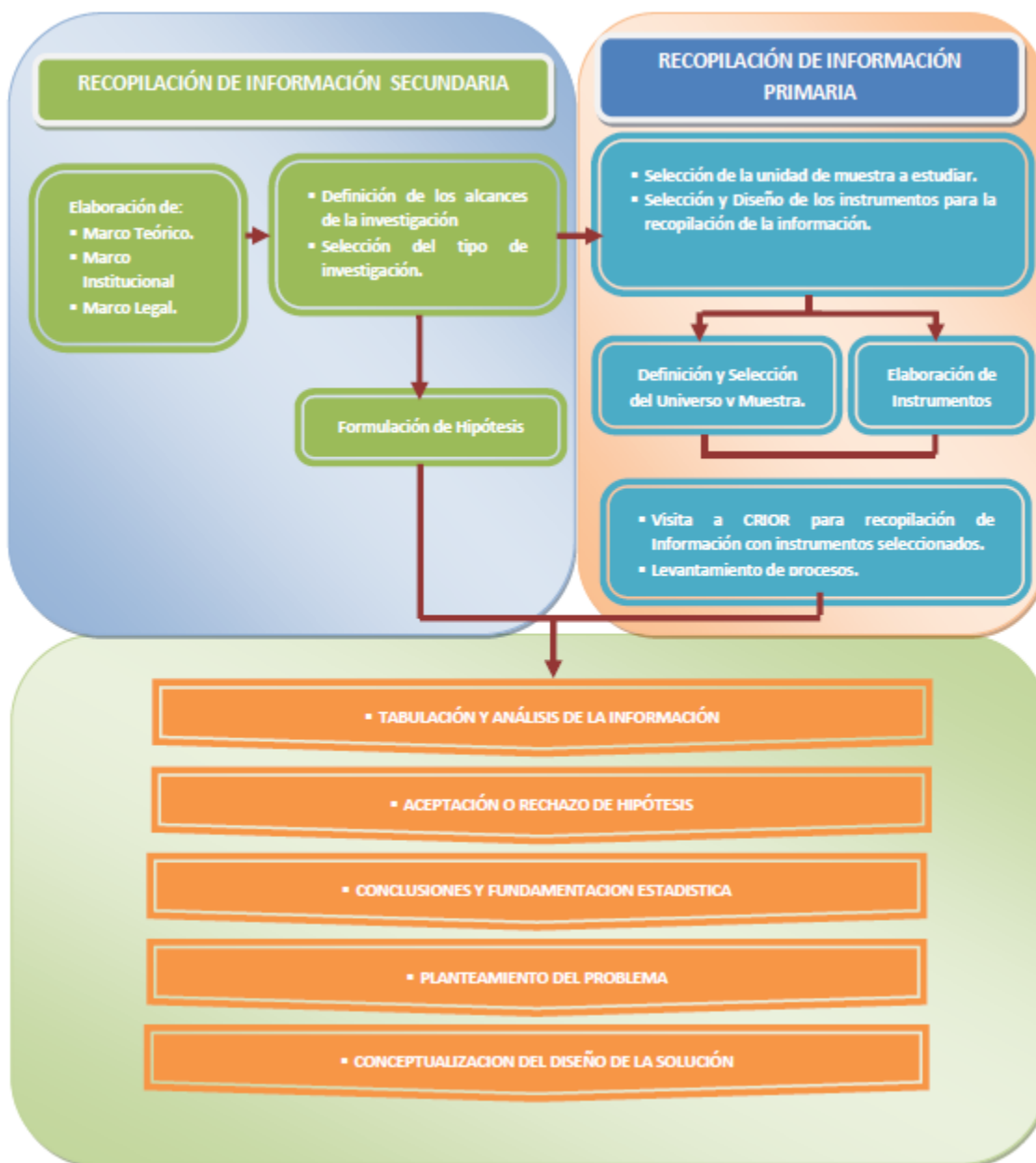


Ilustración 1 Método para desarrollar el diagnostico

3. MARCO TEORICO.

3.1 ANTECEDENTES DE LA CALIDAD

La raíz etimológica de la palabra calidad, esta tiene sus inicios en el término griego Kalos, que significa "lo bueno, lo apto" y también en la palabra latina qualitatem, que significa "cualidad" o "propiedad". En este sentido, calidad es una palabra de naturaleza subjetiva, una apreciación que cada individuo define según sus expectativas y experiencias, es un adjetivo que califica alguna acción, materia o individuo.

DEFINICIÓN GENERAL DE CALIDAD:

Calidades el grado de aceptación o satisfacción que proporciona un producto o servicio a las necesidades y expectativas del cliente

3.1.1 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.

3.1.2 MODELO DE GESTIÓN

El término modelo proviene del concepto italiano de “*modello*”. La palabra puede utilizarse en distintos ámbitos y con diversos significados. Aplicado al campo de las ciencias sociales, un modelo hace referencia al arquetipo que, por sus características idóneas, es susceptible de imitación o reproducción. También al esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja.

El concepto de gestión, por su parte, proviene del latín “*gesio*” y hace referencia a la acción y al efecto de gestionar o de administrar. Se trata, por lo tanto, de la concreción de diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera. La noción implica además acciones para gobernar, dirigir, ordenar, disponer u organizar. De esta forma, la gestión supone un conjunto de trámites que se llevan a cabo para resolver un asunto, concretar un proyecto o administrar una empresa u organización.

Por lo tanto, un modelo de gestión es un esquema o marco de referencia para la administración de una entidad. Los modelos de gestión pueden ser aplicados tanto en las empresas y negocios privados como en la administración pública.

Esto quiere decir que los gobiernos tienen un modelo de gestión en el que se basan para desarrollar sus políticas y acciones, y con el cual pretenden alcanzar sus objetivos.

El modelo de gestión que utilizan las organizaciones públicas es diferente al modelo de gestión del ámbito privado. Mientras el segundo se basa en la obtención de ganancias económicas, el primero pone en juego otras cuestiones, como el bienestar social de la población

3.1.3 SISTEMA DE GESTION

Un sistema de gestión es una estructura operacional de trabajo, bien documentada e integrada a los procedimientos técnicos y gerenciales, para guiar las acciones de la fuerza de trabajo, la maquinaria o equipos, y la información de la organización de manera práctica y coordinada y que asegure la satisfacción del cliente y bajos costos para la calidad.

En otras palabras, un sistema de gestión de la calidad es una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos (recursos, procedimientos, documentos, estructura organizacional y estrategias) para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen al cliente, es decir, planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en satisfacción del cliente y en el logro de los resultados deseados por la organización.

Si bien el concepto de Sistema de Gestión de la calidad nace en la industria de manufactura, estos pueden ser aplicados en cualquier sector tales como los de Servicios y Gubernamentales. En particular, Zeithmal, Parasuraman y Berry (1993) diseñaron el "modelo de las deficiencias" en la gestión de la calidad en las empresas de servicios.

DIFERENCIA ENTRE SISTEMA DE GESTION Y MODELO DE GESTION

Un **Sistema de Gestión** ayuda a lograr las metas y objetivos de una organización mediante una serie de estrategias, que incluyen la **optimización de procesos**, el enfoque centrado en la gestión y el pensamiento disciplinado. Por tanto el Sistema de Gestión es un conjunto de etapas unidas en un proceso continuo, que deja trabajar ordenadamente una idea hasta lograr mejoras y su continuidad y Por lo tanto, un **modelo de gestión** es un esquema o marco de referencia para la administración de una entidad. Los modelos de gestión pueden ser aplicados tanto en las empresas y negocios privados como en la administración pública.

3.1.4 PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

La calidad implica mejorar permanentemente la eficacia y eficiencia de la organización y de sus actividades y estar siempre muy atento a las necesidades del cliente y a sus quejas o muestras de insatisfacción. Si se planifican, depuran y controlan los procesos de trabajo, aumentará la capacidad de la organización y su rendimiento. Pero, además, es necesario indagar con cierta regularidad sobre la calidad que percibe el cliente y las posibilidades de mejorar el servicio que recibe.

Se han identificado ocho Principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la Dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño. Estos ocho principios se derivan de la experiencia colectiva y el conocimiento de los expertos internacionales (que participan en el Comité Técnico responsable de desarrollar y mantener actualizadas las normas) y constituyen la base de las normas de SGC de la familia ISO 9000.

1. Enfoque al cliente:

Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.

2. Liderazgo:

Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

3. Participación del personal:

El personal, a todos los niveles, es la esencia de la organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

4. Enfoque basado en procesos:

Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

5. Enfoque de sistema para la gestión:

Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

6. Mejora continua:

La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de esta.

7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:

Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:

Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

3.1.5 ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

Según la norma ISO 9000:2005 un Proceso es “Una secuencia de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados” (UNE-EN ISO 9000:2005).

La gestión de procesos o gestión basada en procesos es uno de los 8 principios de la gestión de la calidad. Su importancia radica en que los resultados se alcanzan con más eficiencia cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso. La gestión basada en procesos fue uno de los grandes aportes de la gestión de la calidad cuando nació como evolución del aseguramiento de la calidad. En general, cualquier organización tiene establecida una gestión funcional, esto es, se trabaja en departamentos con una definición clara de la jerarquía y se concentra la atención en el resultado de las actividades de cada persona o cada departamento. Al adoptar un enfoque de gestión por procesos, no se elimina la estructura de departamentos de la organización pero se concentra la atención en el resultado de cada proceso y en la manera en que éstos aportan valor al cliente.

Gestionar las actividades con un enfoque basado en procesos proporciona a las organizaciones múltiples ventajas como:

- Facilita la orientación al cliente
- Mejora la eficacia y la eficiencia de las actividades
- Ayuda a estructurar las actividades de la organización
- Permite mejorar el seguimiento y el control de los resultados obtenidos
- Facilita la planificación, el establecimiento de objetivos de mejora y la consecución de los mismos

La siguiente figura ilustra el modelo ISO 9001 de un SGC basado en procesos y refleja gráficamente la integración de los cuatro pilares básicos de la norma ISO 9001 (Responsabilidad de la Dirección, Gestión de los recursos, Prestación del servicio y Medición, análisis y mejora).



Ilustración 2 Modelo de un SGC basado en procesos, según ISO 9001

El enfoque por proceso se fundamenta en:

- ✓ La estructuración de la organización sobre la base de procesos orientados a clientes
- ✓ El cambio de la estructura organizativa de jerárquica a plana
- ✓ Los departamentos funcionales pierden su razón de ser y existen grupos multidisciplinares trabajando sobre el proceso
- ✓ Los directivos dejan de actuar como supervisores y se comportan como líderes
- ✓ Los empleados se concentran más en las necesidades de sus clientes y menos en los estándares establecidos por su jefe.
- ✓ Utilización de tecnología para eliminar actividades que no añadan valor

Las ventajas de este enfoque son las siguientes:

- ✓ Alinea los objetivos de la organización con las expectativas y necesidades de los clientes
- ✓ Muestra cómo se crea valor en la organización
- ✓ Señala como están estructurados los flujos de información y materiales
- ✓ Indica como realmente se realiza el trabajo y como se articulan las relaciones proveedor cliente entre funciones

En este sentido el enfoque en proceso necesita de un apoyo logístico, que permita la gestión de la organización a partir del estudio del flujo de materiales y el flujo informativo asociado, desde los suministradores hasta los clientes.

La orientación al cliente, o sea brindar el servicio para un determinado nivel de satisfacción de las necesidades y requerimientos de los clientes, representa el medidor fundamental de los resultados de las empresas de servicios, lo cual se obtiene con una eficiente gestión de aprovisionamiento y distribución oportuna respondiendo a la planificación de proceso.

3.1.6 DEFINICIÓN DE PROCESO.

La palabra proceso viene del latín “processus”, que significa avance y progreso. Un proceso es el conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracterizan por requerir ciertos insumos (inputs: productos o servicios obtenidos de otros proveedores) y tareas particulares que implican valor añadido, con miras a obtener ciertos resultados.

Proceso no es lo mismo que procedimiento. Un procedimiento es el conjunto de reglas e instrucciones que determinan la manera de proceder o de obrar para conseguir un resultado. Un proceso define qué es lo que se hace, y un procedimiento, cómo hacerlo.

No todas las actividades que se realizan son procesos. Para determinar si una actividad realizada por una organización es un proceso o subproceso, debe cumplir los siguientes criterios:

- ✓ La actividad tiene una misión o propósito claro.
- ✓ La actividad contiene entradas y salidas, se pueden identificar los clientes, proveedores y producto final.
- ✓ La actividad debe ser susceptible de descomponerse en operaciones o tareas.
- ✓ La actividad puede ser estabilizada mediante la aplicación de la metodología de gestión por procesos (tiempo, recursos, costes).

ELEMENTOS DE LOS PROCESOS:

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.

- 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.

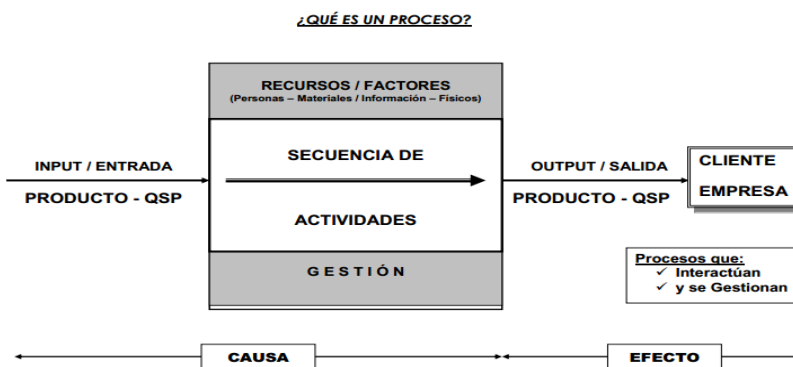


Ilustración 3 Esquema de proceso

De esta forma, también se puede definir proceso como

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

DIFERENCIA ENTRE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

ISO 9000 define:

Proceso: Conjunto de actividades mutuamente interrelacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Procedimiento: Forma específica para llevar a cabo una actividad o proceso

Procedimiento	Proceso
definen la secuencia de los pasos para ejecutar una tarea	Transforman las entradas en salidas mediante la utilización de recursos.
Los procedimientos existen, son estáticos	Los procesos se comportan son estáticos.
Están impulsados por la finalización de tareas.	Están impulsados por la concreción de un resultado
Los procedimientos se implementan	Los procesos se operan y gestionan
Se centran en el cumplimiento de las normas	Se centran en la satisfacción del cliente y otras partes interesadas
Recogen actividades que pueden realizar personas de diferentes departamentos con diferentes objetivos	Contiene actividades que pueden realizar personas de diferentes departamentos con objetivos comunes.

Tabla 3 Diferencia entre proceso y procedimiento

TRASLADO DEL LENGUAJE COLOQUIAL

Proceso: **Que hacemos**

Procedimiento: **Como lo hacemos**

3.1.7 TIPOS DE PROCESOS EN LA INSTITUCION

En el diagrama de procesos anterior se mencionan tres tipos de procesos distintos, que a continuación se definen:

PROCESOS CLAVES (EJECUCIÓN).

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 (se centra en aportarle valor).

En estos procesos, generalmente, intervienen varias áreas funcionales en su ejecución y son los que pueden demandar más recursos.

PROCESOS ESTRATÉGICOS (ALTA DIRECCIÓN)

Los procesos estratégicos son aquellos establecidos por la Alta Gerencia y definen como opera el negocio y como se crea valor para el 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 DE APOYO

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 o usuarios.

Con base en anterior un modelo para trabajar los procesos podría definirse como:

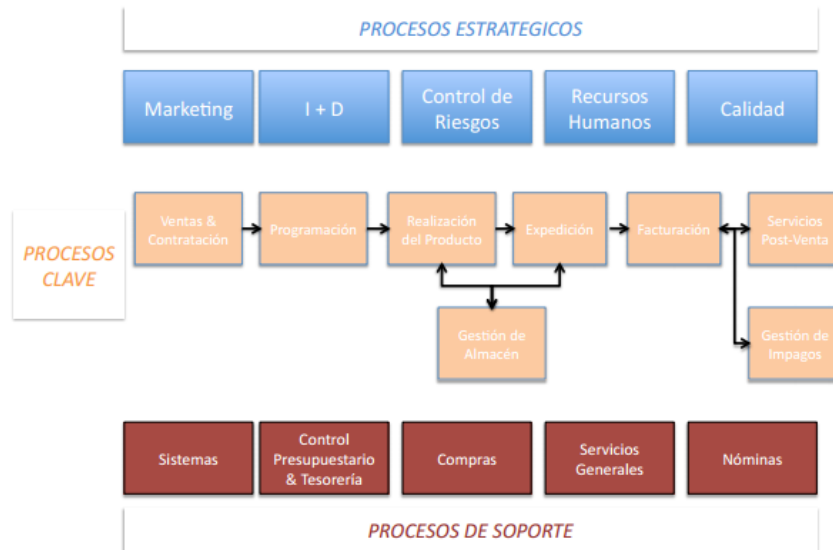


Ilustración 4 Modelo para trabajar procesos

MAPA DE PROCESOS

Un mapa de procesos es un diagrama de valor un inventario gráfico de los procesos de una organización. Una forma de diagramar un mapa de procesos es la siguiente:



Ilustración 5 Esquema de mapa de proceso

El mapa de procesos proporciona una perspectiva global-local, obligando a "posicionar" cada proceso respecto a la cadena de valor. Al mismo tiempo, relaciona el propósito de la organización con los procesos que lo gestionan utilizándose también como herramienta de consenso y aprendizaje.

MANUAL DE PROCESOS

Un manual de procesos es el documento que contiene la descripción de actividades que deben seguirse en la realización de las funciones de una unidad administrativa, o de dos o más de ellas.

El manual incluye además los puestos o unidades administrativas que intervienen precisando su responsabilidad y participación. Suelen contener información y ejemplos de formularios, autorizaciones o documentos necesarios, máquinas o equipo de oficina a utilizar y cualquier otro dato que pueda auxiliar al correcto desarrollo de las actividades dentro de la empresa.

En él se encuentra registrada y transmitida sin distorsión la información básica referente al funcionamiento de todas las unidades administrativas, facilita las labores de auditoría, la evaluación y control interno y su vigilancia, la conciencia en los empleados y en sus jefes de que el trabajo se está realizando o no adecuadamente.

3.1.8 MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS

Un **modelo de gestión** es un esquema o marco de referencia para la administración de una entidad.¹

Los modelos de gestión pueden ser aplicados tanto en las empresas y negocios privados como en la administración pública, esto quiere decir que los **gobiernos** tienen un modelo de gestión en el que se basan para desarrollar sus políticas y acciones, y con el cual pretenden alcanzar sus objetivos.

El modelo de gestión que utilizan las organizaciones públicas es diferente al modelo de gestión del ámbito privado. Mientras el segundo se basa en la obtención de ganancias económicas, el primero pone en juego otras cuestiones, como el bienestar social de la **población**.

La tendencia actual de la sociedad occidental tanto en el sector privado como en el público es la adopción de modelos de gestión que sirvan de referente y guía en los procesos permanentes de mejora de los productos y servicios que ofrecen.

Un modelo de referencia para la organización y gestión de una empresa permite establecer un enfoque y un marco de referencia objetivo, riguroso y estructurado para el diagnóstico de la organización, así como determinar las líneas de mejora continua hacia las cuales deben orientarse

¹ <http://definicion.de/modelo-de-gestion/#ixzz3UWks3vLH>

los esfuerzos de la organización. Es, por tanto, un referente estratégico que identifica las áreas sobre las que hay que actuar y evaluar para alcanzar la excelencia dentro de una organización. Un modelo de gestión de calidad es un referente permanente y un instrumento eficaz en el proceso de toda organización de mejorar los productos o servicios que ofrece. El modelo favorece la comprensión de las dimensiones más relevantes de una organización, así como establece criterios de comparación con otras organizaciones y el intercambio de experiencias.

La utilización de un modelo de referencia se basa en que:

- Evita tener que crear indicadores, ya que están definidos en el modelo.
- Permite disponer de un marco conceptual completo.
- Proporciona unos objetivos y estándares iguales para todos, en muchos casos ampliamente contrastados.
- Determina una organización coherente de las actividades de mejora.

Posibilita medir con los mismos criterios a lo largo del tiempo, por lo que es fácil detectar si se está avanzado en la dirección adecuada.

3.1.9 ENFOQUES EN LA GESTION POR PROCESOS

SEIS SIGMA

SEIS SIGMA es una metodología de *mejora de procesos*, centrada en la reducción de la variabilidad de los mismos, consiguiendo reducir o eliminar los defectos o fallos en la entrega de un producto o servicio al cliente. La meta de 6 Sigma es llegar a un máximo de 3,4 *defectos* por millón de eventos u oportunidades (DPMO), entendiéndose como *defecto* cualquier evento en que un producto o servicio no logra cumplir los requisitos del cliente.

Seis sigma utiliza herramientas estadísticas para la caracterización y el estudio de los procesos, de ahí el nombre de la herramienta, ya que sigma es la desviación típica que da una idea de la variabilidad en un proceso y el objetivo de la metodología seis sigma es reducir ésta de modo que el proceso se encuentre siempre dentro de los límites establecidos por los requisitos del cliente.

Obtener 3,4 defectos en un millón de oportunidades es una meta bastante ambiciosa pero loguable. Se puede clasificar la eficiencia de un proceso con base en su nivel de sigma:

- ✓ 1 sigma= 690.000 DPMO = 31% de eficiencia
- ✓ 2 sigma= 308.538 DPMO = 69% de eficiencia
- ✓ 3 sigma= 66.807 DPMO = 93,3% de eficiencia
- ✓ 4 sigma= 6.210 DPMO = 99,38% de eficiencia
- ✓ 5 sigma= 233 DPMO = 99,977% de eficiencia
- ✓ 6 sigma= 3,4 DPMO = 99,99966% de eficiencia

Seis Sigma ha ido evolucionando desde su aplicación meramente como herramienta de calidad a incluirse dentro de los valores clave de algunas empresas, como parte de su filosofía de actuación.

Aunque nació en las empresas del sector industrial, muchas de sus herramientas se aplican con éxito en el sector servicios en la actualidad.

Seis sigmas se ha visto influida por el éxito de otras herramientas, como lean Manufacturing, con las que comparte algunos objetivos y que pueden ser complementarias, lo que ha generado una nueva metodología conocida como Lean Seis Sigma.

PRINCIPIOS DE SEIS SIGMA

- **Liderazgo**
Comprometido de arriba hacia abajo. Esta metodología implica un cambio en la forma de realizar las operaciones y de tomar decisiones. La estrategia se apoya y compromete desde los niveles más altos de la dirección y la organización.
- **Seis Sigma se apoya en una estructura directiva que incluye personal a tiempo completo:**
La forma de manifestar el compromiso por Seis Sigma es creando una estructura directiva que integre líderes de negocio, de proyectos, expertos y facilitadores. Cada uno de los líderes tiene roles y responsabilidades específicas para formar proyectos de mejora.
- **Entrenamiento:**
Cada uno de los actores del programa de Seis Sigma requiere de un entrenamiento específico. Varios de ellos deben tomar un entrenamiento amplio, conocido como curriculum de un black belt.
- **Acreditación:**
Orientada al cliente y enfocada a los procesos. Esta metodología busca que todos los procesos cumplan con los requerimientos del cliente y que los niveles de calidad y desempeño cumplan con los estándares de Six Sigma. Al desarrollar esta metodología se

requiere profundizar en el entendimiento del cliente y sus necesidades. Con base en ese estudio sobre el cliente se diseñan y mejoran los procesos.

- **Dirigida con datos:**

Los datos y el pensamiento estadístico orientan los esfuerzos de esta metodología- Los datos son necesarios para identificar las variables de calidad y los procesos y áreas que tienen que ser mejorados.

- **Se apoya en una metodología robusta:**

Se requiere de una metodología para resolver los problemas del cliente, a través del análisis y tratamiento de los datos obtenidos.

El proceso Seis Sigma (six sigma) se caracteriza por 5 etapas concretas:

- **Definir**, que consiste en concretar el objetivo del problema o defecto y validarlo, a la vez que se definen los participantes del programa.
- **Medir**, que consiste en entender el funcionamiento actual del problema o defecto.
- **Analizar**, que pretende averiguar las causas reales del problema o defecto.
- **Mejorar**, que permite determinar las mejoras procurando minimizar la inversión a realizar.
- **Controlar**, que se basa en tomar medidas con el fin de garantizar la continuidad de la mejora y valorarla en términos económicos y de satisfacción del cliente.

MODELO EFQM

La **Fundación Europea para la Gestión de la Calidad** (en inglés, *European Foundation for Quality Management*, **EFQM**) fue fundada en 1988 por los presidentes de las catorce mayores compañías europeas, con el apoyo de la Comisión Europea. En 2011 se registraron alrededor de 500 organizaciones, desde multinacionales o importantes compañías de ámbito nacional hasta universidades e institutos de investigación. La Fundación asume su papel como clave en el incremento de la eficacia y la eficiencia de las organizaciones europeas, reforzando la Calidad en todos los aspectos de sus actividades, así como estimulando y asistiendo el desarrollo de la mejora de la Calidad.

Como parte de este estímulo, la EFQM (una fundación localizada en Bélgica) otorga todos los años el Premio Europeo a la Calidad, utilizando como criterio de decisión el Modelo de Excelencia EFQM. El impulso para fundar esta poderosa red de administración fue la necesidad de crear un marco de trabajo para la mejora de la calidad, teniendo como referencias los modelos Malcolm

Baldrige de los Estados Unidos y, sobre todo, el Premio Deming en Japón, pero adecuado a las necesidades del contexto europeo.

El Modelo de Excelencia EFQM fue introducido en 1991 como el marco de trabajo para la autoevaluación de las organizaciones y como la base para juzgar a los concursantes por el Premio Europeo de la Calidad, el cual fue entregado por primera vez en 1992. Este modelo es el más ampliamente utilizado en Europa en la materia y se ha convertido en la base para la evaluación de las organizaciones en la mayoría de los Premios, nacionales y regionales, de Calidad en toda Europa.

Desde sus inicios, la EFQM se ha orientado con la visión de ayudar a crear organizaciones europeas fuertes que practiquen los principios de la administración de la calidad total en sus procesos de negocios y en sus relaciones con sus empleados, clientes, accionistas y comunidades donde operan. Desde la revisión de 2010 todos los ejes puntúan un 10%, menos el de Resultados en Clientes y los resultados clave que ponderan un 15%.



Ilustración 6 esquema EFQM

MISION.

Estimular y asistir a las organizaciones en toda Europa para desarrollar actividades de mejora enfocadas en lograr la excelencia en la satisfacción al cliente, la satisfacción de los empleados, el impacto en la sociedad y en los resultados de negocios.

IMPORTANCIA.

Con la ayuda de la EFQM y a través del ejemplo de sus miembros, las organizaciones en Europa han comenzado a aceptar que la administración de la calidad total es una forma de administrar actividades para ganar eficiencia, efectividad y ventaja competitiva, asegurando el éxito a largo plazo al satisfacer las necesidades de los clientes, empleados, entidades financieras, accionistas y la comunidad en general.

La implementación de programas de administración de la calidad total permite alcanzar beneficios significativos, tales como un incremento en la eficiencia, reducción de costos y mayor satisfacción de los clientes, todo orientado a mejorar los resultados de los negocios.

La EFQM tiene un rol clave en la mejora de la efectividad y la eficiencia de las organizaciones europeas al reforzar la importancia de la calidad en todos los aspectos de sus actividades. También contribuye asistiendo y estimulando el desarrollo de políticas para el mejoramiento de la calidad.

CERTIFICACION.

Las entidades que hayan implantado el modelo pueden voluntariamente presentar su candidatura para obtener un Reconocimiento a la Excelencia en la Gestión basado en la aplicación del Modelo EFQM de Excelencia, que se instrumenta mediante los Sellos de Excelencia EFQM:

Compromiso hacia la excelencia / committed to excellence:

Mediante este proceso de reconocimiento, la organización identifica su nivel de gestión y entra en una dinámica de la mejora continua a través de las acciones de mejora. Se accede a este sello cuando el resultado de la Autoevaluación con respecto al Modelo EFQM de Excelencia, es homologado en 200 ó más puntos EFQM. Para este nivel, la homologación no es imprescindible si la organización posee un Certificado ISO 9001 en vigor.

Excelencia europea 300+ o 3 estrellas / recognised for excellence 3 stars:

Mediante este proceso de reconocimiento, la organización identifica su nivel de gestión y elabora una Memoria descriptiva de las actividades de gestión y resultados conseguidos. Se accede a este sello cuando el resultado de la Autoevaluación, con respecto al Modelo EFQM de Excelencia, es homologado por un licenciario en 300 ó más puntos EFQM.

Excelencia europea 400+ o 4 estrellas / recognised for excellence 4 stars:

El proceso de obtención es idéntico al correspondiente con el nivel de Excelencia Europea 300+. Se accede a este sello cuando el resultado de la Autoevaluación con respecto al Modelo EFQM de Excelencia es homologado por un licenciataria en 400 ó más puntos EFQM.

4. Excelencia europea 500+ o 5 estrellas / recognised for excellence 5 stars:

El proceso de obtención es idéntico al nivel de Excelencia Europea 300+ y 400+ exceptuando el formato de la Memoria. Se accede a este sello cuando el resultado de la Autoevaluación con respecto al Modelo EFQM de Excelencia es homologado por un evaluador en 500 ó más puntos EFQM.

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

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

NORMAS ISO 9000

ISO 9000 es un conjunto de normas sobre calidad y gestión de calidad, establecidas por la Organización Internacional de Normalización (ISO). Se pueden aplicar en cualquier tipo de organización o actividad orientada a la producción de bienes o servicios. Las normas recogen tanto el contenido mínimo como las guías y herramientas específicas de implantación como los métodos de auditoría. El ISO 9000 especifica la manera en que una organización opera sus estándares de calidad, tiempos de entrega y niveles de servicio. Existen más de 20 elementos en los estándares de esta ISO que se relacionan con la manera en que los sistemas operan.

VENTAJAS

Su implementación aunque supone un duro trabajo, ofrece numerosas ventajas para las empresas, como pueden ser:

- ✓ Estandarizar las actividades del personal que trabaja dentro de la organización por medio de la documentación.
- ✓ Incrementar la satisfacción del cliente al asegurar la calidad de productos y servicios de manera consistente, dada la estandarización de los procedimientos y actividades.
- ✓ Medir y monitorear el desempeño de los procesos.
- ✓ Incrementar la eficacia y/o eficiencia de la organización en el logro de sus objetivos.
- ✓ Mejorar continuamente en los procesos, productos, eficacia, entre otros.
- ✓ Reducir las incidencias negativas de producción o prestación de servicios.
- ✓ Mantienen la calidad.

DESVENTAJA

- ✓ Los esfuerzos y costos para preparar la documentación e implantación de los sistemas.

CERTIFICACION

La única norma de la familia ISO 9000 que se puede certificar es la ISO 9001:2008.

Para verificar que se cumplen los requisitos de la norma, existen unas entidades de certificación que auditan la implantación y aplicación, emitiendo un certificado de conformidad. Estas entidades están vigiladas por organismos nacionales que regulan su actividad.

Para la implantación o preparación previa, es muy conveniente que apoye a la organización una empresa de consultoría, que tenga buenas referencias, y el firme compromiso de la Dirección de que quiere implantar el Sistema, ya que es necesario dedicar tiempo del personal de la empresa para implantar el Sistema de gestión de la calidad.

A la hora de elegir una empresa de asesoramiento, es necesario definir cuál es la necesidad del proyecto. Es en función de esta necesidad que la empresa debe elegir entre las variadas ofertas del mercado. Es importante que la empresa que lo asesore aplique conceptos de calidad integral.

PROCESO DE CERTIFICACION

Con el fin de ser certificado conforme a la norma ISO 9001 (única norma certificable de la serie), las organizaciones deben elegir el alcance que vaya a certificarse, los procesos o áreas que desea involucrar en el proyecto, seleccionar un registro, someterse a la auditoría y, después de terminar con éxito, someterse a una inspección anual para mantener la certificación.

Los requerimientos de la norma son genéricos, a raíz de que los mismos deben ser aplicables a cualquier empresa, independientemente de factores tales como: tamaño, actividad, clientes, planificación, tipo y estilo de liderazgo, etc. Por tanto, en los requerimientos se establece el "qué", pero no el "cómo". Un proyecto de implementación involucra que la empresa desarrolle criterios específicos y que los aplique, a través del SGC, a las actividades propias de la empresa. Al desarrollar estos criterios coherentes con su actividad, la empresa construye su Sistema de Gestión de la Calidad.

En el caso de que el auditor encuentre áreas de incumplimiento, la organización tiene un plazo para adoptar medidas correctivas, sin perder la vigencia de la certificación o la continuidad en el proceso de certificación (dependiendo de que ya hubiera o no obtenido la certificación).

Un proyecto de implementación, involucrará, como mínimo:

- ✓ Entender y conocer los requerimientos normativos y cómo los mismos alcanzan a la actividad de la empresa.
- ✓ Analizar la situación de la organización, dónde está y a dónde debe llegar.
- ✓ Construir desde cada acción puntual un Sistema de Gestión de la Calidad.
- ✓ Documentar los procesos que sean requeridos por la norma, así como aquellas que la actividad propia de la empresa requiera.
- ✓ La norma solicita que se documenten procedimientos vinculados a: gestión y control escrito, registros de la calidad, auditorías internas, producto no conforme, acciones correctivas y acciones preventivas.
- ✓ Detectar las necesidades de capacitación propias de la empresa.
- ✓ Durante la ejecución del proyecto será necesario capacitar al personal en lo referido a la política de calidad, aspectos relativos a la gestión de la calidad que los asista a comprender el aporte o incidencia de su actividad al producto o servicio brindado por la empresa (a fin

de generar compromiso y conciencia), proporcionando herramientas de auditoría interna para aquellas personas que se desempeñen en esa posición.

- ✓ Realizar Auditorías Internas.
- ✓ Utilizar el Sistema de Calidad (SGC), registrar su uso y mejorarlo durante varios meses.
- ✓ Solicitar la Auditoría de Certificación.
- ✓ Las normas ISO se clasifican en ISO 9000 (vocabulario de la calidad), 9001 (modelo para sistema de gestión), 9004 (directivas para mejorar el desempeño).

La **Norma ISO 9001:2008** elaborada por la Organización Internacional para la Estandarización (ISO), determina los requisitos para un Sistema de gestión de la calidad (SGC) que pueden utilizarse para su aplicación interna por las organizaciones, sin importar si el producto o servicio lo brinda una organización pública o empresa privada, cualquiera que sea su tamaño, para su certificación o con fines contractuales.

Dependiendo del país, puede denominarse la misma norma "ISO 9001" de diferente forma agregándose la denominación del organismo que la representan dentro del país: UNE-EN-ISO 9001:2008 (España), IRAM-ISO 9001:2008, etc., acompañada del año de la última actualización de la norma.

3.1.10 LOS INDICADORES DE DESEMPEÑO CLAVES (IDC)

Los IDC pueden ser definidos como variables, relación de variables u otros factores relevantes y críticos de un sistema o proceso, que permiten monitorear continuamente su evolución y tendencia en el tiempo, con relación a los objetivos fijados (adaptado de Beltrán J., 2011).

LOS IDC EN EL CONTROL DE GESTIÓN

Si recordamos aquella máxima que se repite en los ambientes empresariales: "lo que no se describe, no se puede medir, lo que no se mide, no se puede controlar, lo que no se controla, no se puede gestionar, y lo que no se gestiona, no se puede mejorar", se puede aseverar que la práctica de la gestión empresarial requiere de manera ineludible del empleo de indicadores de gestión, que los estamos denominando IDC, para entender, medir y controlar la evolución de los procesos y de la organización entera.

PROPÓSITOS DE LOS IDC

Los propósitos del empleo de los IDC pueden ser resumidos en los siguientes principales:

- ✓ Posibilitar una adecuada interpretación de lo que ocurre con el sistema o proceso bajo monitoreo, en función de la estrategia y objetivos planteados,
- ✓ Permitir la toma de medidas preventivas y/o correctivas, cuando las variables exhiben tendencias o valores imprevistos,
- ✓ Facilitar la evaluación de las consecuencias de las medidas tomadas, y,
- ✓ Viabilizar el monitoreo del mejoramiento continuo.

ASPECTOS BÁSICOS PARA LA APLICACIÓN DE LOS IDC

La idoneidad de un IDC puede ser calificada a partir de los siguientes aspectos básicos:

- ✓ Que el IDC sea cuantificable o al menos verificable y susceptible de representación gráfica,
- ✓ Que su obtención sea fiable y con la menor subjetividad posible,
- ✓ Que mida directa o indirectamente la evolución y tendencia de una o más variables relevantes del sistema o proceso,
- ✓ Que tenga un responsable de su gestión,

NATURALEZA DE LOS IDC

En términos generales, los IDC que se emplean comúnmente en los ámbitos organizacionales pueden clasificarse en cuatro macro tipos:

- ✓ IDC de eficacia, aquellos que monitorean variables relativas a las acciones realizadas para la obtención de los resultados esperados,
- ✓ IDC de eficiencia, aquellos que monitorean variables relativas a los recursos empleados para la realización de las acciones requeridas,
- ✓ IDC de productividad, aquellos que monitorean variables relativas a los recursos empleados para la obtención de los resultados esperados,
- ✓ IDC de calidad, aquellos que monitorean variables relativas al cumplimiento de especificaciones o requerimientos.

3.1.11 LA CARTA IBEROAMEICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTION PÚBLICA

La Carta Iberoamericana 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.

Constituye un marco de referencia que posibilita el desarrollo de procesos de reforma en la Administración Pública iberoamericana mediante el uso de técnicas y herramientas de gestión de calidad en el sector público, las cuales se pueden adecuar a la idiosincrasia de los países iberoamericanos, a las particularidades de sus Administraciones Públicas y a la naturaleza propia del ámbito público.

Se estructura de la siguiente manera:

- ✓ El Capítulo Primero contiene los cuatro objetivos fundamentales de la Carta.
- ✓ El Capítulo Segundo, define los principios inspiradores de una gestión pública de calidad.
- ✓ El Capítulo Tercero establece los derechos y deberes de la ciudadanía para una gestión pública de calidad.
- ✓ El Capítulo Cuarto propone nueve ejes y orientaciones estratégicas, y sugiere la aplicación de diversas acciones e instrumentos para lograr una gestión pública de calidad centrada en la ciudadanía.
- ✓ El Capítulo Quinto recoge las consideraciones finales para la optimización en el desarrollo de las orientaciones, acciones e instrumentos de calidad propuestos.

GESTION PÚBLICA

Es la aplicación de todos los procesos e instrumentos que posee la administración pública para lograr los objetivos de desarrollo o de bienestar de la población. También se define como el ejercicio de la función administrativa del gobierno.

4. MARCO INSTITUCIONAL

4.1 ASPECTOS RELACIONADOS A LA REHABILITACIÓN.

4.1.1 DISCAPACIDAD

El significado de la palabra discapacidad se refiere a “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”, así lo establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se han identificado cinco niveles de discapacidad que van desde Grado 1, Discapacidad nula, hasta Grado 5, Discapacidad muy grave.

La Ley 22431 (del año 1981) es una ley nacional de protección integral del discapacitado.

En el artículo 1º dice que DISCAPACITADO, es toda persona que por un daño permanente o prolongado, sufre un déficit funcional que le impide auto valerse e integrarse socialmente.

A través del tiempo, las discapacidades se han dividido en tres grandes grupos según el órgano o sistema afectado.

Físicas:

Movilidad limitada a causa de parálisis cerebral, secuelas de enfermedades infecciosas o hereditarias, paraplejía y discapacidades de movilidad pasajera por accidentes o violencia.

Sensoriales:

Discapacidad visual, ciegos y débiles visuales; discapacidad auditiva, sordos e hipo acústicos.

Intelectuales:

Deficiencia mental y problemas de aprendizaje.

Para establecer una convención respecto de los tipos y características de las discapacidades, existe una Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), de la organización Mundial de la Salud.

Esta clasificación no acepta del todo la división de las discapacidades en los tres grupos, anteriormente mencionados porque la mayoría de las veces no es posible clasificar a un paciente dentro de un solo tipo de discapacidad. Sin embargo, se adopta esta clasificación contenida en el código europeo con el fin de facilitar la comprensión de los términos.

En la CIDDM se enfatiza que es importante no confundir el término “discapacidad”, con otros términos relacionados como lo son minusvalía y deficiencia. Para una fácil comprensión se presentan a continuación.

DEFICIENCIA O DAÑO

Cualquier pérdida o anormalidad psicológica, fisiológica o de la estructura anatómica. Otra forma de expresarlo: Pérdida del uso o perturbación de cualquier parte del cuerpo, sistema o función.

Ejemplo:

Limitación del rango de movimiento. Se refiere a la función de una parte del cuerpo de la totalidad de la persona.

MINUSVALÍA O DESVENTAJA

Es la desventaja para un individuo, que resulta de una deficiencia o discapacidad, que limita o evita el desempeño de un rol que es normal para ese individuo. (Dependiendo de la edad, sexo y factores sociales y culturales).

En rehabilitación es importante tener conceptos claros para hacer bien el enfoque del paciente. Generalmente el paciente viene derivado con un diagnóstico. El médico rehabilitador debe hacer un:

- a. Diagnóstico etiológico
- b. Diagnóstico anatómico
- c. Diagnóstico funcional

El mismo debe ser lo suficientemente sencillo como para permitir una evaluación rápida; reproducible, de manera que se pueda mantener una constante; objetivo y emplear factores medibles para que los resultados sean estadísticamente confiables; descriptivos, para reflejar de manera precisa la situación real e integral para poder ser utilizado para el tratamiento y para la investigación epidemiológica.

REHABILITACIÓN

La rehabilitación en medicina es definida por la OMS como “el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posibles” y como parte de la asistencia médica encargada de desarrollar las capacidades funcionales y psicológicas del individuo y activar sus mecanismos de compensación, a fin de permitirle llevar una existencia autónoma y dinámica. El objetivo se mide en parámetros funcionales, en el restablecimiento de su movilidad, cuidado personal, habilidad manual y comunicación.

A partir de que en el año 2000 la OMS introdujera la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad (CIF-2000) y la Salud el funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud y los factores contextuales, tanto personales como ambientales, lo que implica la participación activa de la persona a la que concierne su propia rehabilitación y el deber de la sociedad con las personas minusválidas, englobando todas las medidas destinadas a prevenir o a reducir al mínimo inevitable las consecuencias funcionales, físicas, psíquicas, sociales y económicas de las enfermedades y cuantas situaciones originen minusvalía transitoria o indefinida.

COMPETENCIA PROFESIONAL

La especialidad médica que se dedica a la rehabilitación en salud es la medicina física y rehabilitación (en adelante MFR) que se define como la especialidad médica a la que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posibles.

FUNDAMENTOS Y COMPETENCIAS

La formación en MFR tiene como objetivo que el futuro profesional de la MFR alcance los conocimientos, técnicas, habilidades, actitudes y responsabilidades necesarias para que sin perjuicio de la necesaria actualización de conocimientos, otorgue a los ciudadanos una prestación sanitaria especializada en términos de calidad, seguridad y eficiencia. El médico especialista en MFR debe adquirir condiciones de liderazgo que le permitan abordar el carácter interdisciplinar y el diálogo y comunicación interprofesional necesarios en el ejercicio de esta especialidad. El médico especialista en MFR fundamenta sus actividades asistenciales en la investigación científica y en la evidencia probada, procurando una utilización racional y precisa de los recursos diagnósticos y terapéuticos. Este especialista procura aportar la suficiente y adecuada información para que la persona pueda participar razonadamente, según las diversas opciones, en la decisión de su proceso asistencial y sociosanitario.

COMPETENCIAS PROFESIONALES EN MFR.

El nivel y competencias profesionales del especialista en MFR se caracterizan por:

- a. Una aproximación biopsicosocial hacia personas de todas las edades, con lesiones agudas o crónicas o con discapacidad permanente o transitoria. Sus actividades se centran fundamentalmente, en las enfermedades y problemas que afectan a los sistemas musculoesquelético, neurológico, cardíaco y vascular, respiratorio y endocrino, abordando asimismo disfunciones urogenitales, por dolor y cáncer, por quemaduras, trasplantes y amputaciones. A este respecto, el Médico Especialista en MFR sigue y desarrolla en los correspondientes servicios de MFR un proceso asistencial rehabilitador que consiste en la prevención, tratamiento y evaluación de la persona con discapacidad, siendo componentes de este proceso la admisión, historia clínica, evolución, alta e informe clínico.
- b. La Medicina Física y Rehabilitación promueven la salud y previene, diagnostica, evalúa, prescribe y trata el estado de enfermedad. Establece una prioridad en el logro de objetivos de funcionalidad ergonómicos, ocupacionales y de reintegración. Utiliza los medios farmacológicos, físicos terapéuticos naturales o modificados no ionizantes, los ocupacionales, los del lenguaje, de la comunicación y cognición y las ayudas técnicas en donde se incluyen las ortoprótesis de uso externo.
- c. La rehabilitación previene y trata la aparición de disfunciones secundarias a problemas congénitos y adquiridos, agudos y crónicos, en personas de todas las edades y tiene una connotación propia en la evaluación del daño corporal y la valoración y tratamiento de la discapacidad, favoreciendo la integración social del discapacitado en la comunidad.
- d. Asimismo es competencia propia del médico especialista en MFR, las actividades dirigidas al diagnóstico funcional y de discapacidad, con la prevención, evaluación, prescripción terapéutica, durante el programa asistencial.
- e. Una vez realizada la prescripción del programa terapéutico por el médico especialista en MFR, el proceso asistencial se desarrolla, sin perjuicio de la autonomía técnica y científica de este especialista, con la colaboración de otros profesionales, con titulación adecuada

para la prestación de cuidados terapéuticos. A este respecto los citados cuidados terapéuticos se tipifican en las aplicaciones de medios físicos, de técnicas de tratamiento funcional u ocupacional, de educación de trastornos funcionales, de la fonación, lenguaje o comunicación, de realización y adaptación de ortoprótesis y ayudas técnicas, y otros cuidados sanitarios o sociosanitarios.

Finalmente constituye el marco general de actuación del especialista en MFR la responsabilidad ética en el cumplimiento de los deberes de información, confidencialidad y preservación de datos, así como el control de calidad y sus indicadores y la formación continuada ante el avance científico con evidencia probada.

CENTRO DE REHABILITACIÓN

Hospitales, fábricas y escuelas donde aparte de la prescripción farmacológica se realiza educación o reeducación en un ambiente coordinado, tranquilo, con cálida disciplina, extremadamente sostenida, tratando de imitar todos los eventos psicofísicos que puede tener el paciente al regresar a la casa, a la calle y al trabajo.

4.2 INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL (ISRI).

HISTORIA²

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.

Ese ente se encargaría de darle atención médica a las personas que eran ingresadas en los hospitales sin recibir la asistencia adecuada, también se ayudaría a las personas con parálisis cerebral que por sus bajos recursos no asistían ni a los hospitales.

En estos primeros pasos dentro del campo de la rehabilitación el experto estadounidense David Amato propuso tres puntos fundamentales.

² Ver página web: http://www.isri.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=56

- ✓ Entrenamiento en el exterior de personal técnico en el campo de la rehabilitación.
- ✓ Divulgación del concepto de rehabilitación para despertar el interés del público y del gobierno en esta rama de la medicina.
- ✓ La creación de un centro integral nacional de rehabilitación.

Sobre el primer punto se logró a través del gobierno del Coronel José María Lemus, becas para la capacitación de personal en el exterior, se envió a Estados Unidos a estudiar medicina física y rehabilitación a un médico, y a un ingeniero a estudiar aparatos ortopédicos y miembros artificiales, ambos destacados en el departamento de medicina física y rehabilitación del Medical Center de Nueva York, a cargo del Dr. Howard Rusk.

También se enviaron a México a seis enfermeras graduadas a estudiar fisioterapia, dos profesoras a estudiar terapia ocupacional, dos profesores a estudiar terapia de lenguaje y cuatro jóvenes a estudiar fabricación de aparatos ortopédicos y miembros artificiales.

Luego de finalizada su capacitación y al regresar al país este personal empezó a brindar sus conocimientos en el recién creado departamento de medicina física y rehabilitación del Hospital. El éxito alcanzado por la excelente atención científica brindada a la población con discapacidad llevó 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 de Inválidos (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 las dependencias:

- ✓ Asilo Sara
- ✓ Rehabilitación para Ciegos
- ✓ 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 servicios.

Con el correr del tiempo el ISRI, se reestructuró con base a la demanda de las personas con discapacidad, y hoy en día 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 pasaran 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.

Un hecho trascendental que marca la nueva historia de ISRI, surge cuando la Asamblea Legislativa decide aprobar el cambio del nombre del Instituto y es así como a partir del 28 de enero del 2012, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, según el decreto legislativo número 970, publicado en el Diario Oficial Nº 12, tomo Nº 394.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DEL ISRI

A continuación se presentan las estadísticas correspondientes a la productividad y rendimiento de los servicios en general por centro de atención en el año 2013. Los datos con los que se ha realizado el siguiente cuadro informativo, han sido obtenidos de los informes enviados por los centros de rehabilitación que conforman el ISRI a nivel nacional.

PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO GENERAL EN LOS SERVICIOS DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN³

CENTROS DE ATENCIÓN	PROGRAMADO	REALIZADO	% REALIZADO
Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez y la Adolescencia (CRINA)	194,923	177,017	91%
Centro del Aparato Locomotor (CAL)	142,705	118,378	83%
Centro de Audición y Lenguaje (CALE)	125,268	107,466	86%
Centro de Rehabilitación de Ciegos "Eugenia de Dueñas"	102,178	45,862	45%
Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO)	120,454	117,297	97%
Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR)	107,542	97,264	90%
Centro de Atención a Ancianos "Sara Zaldívar" (CAASZ)	162,346	148,128	91%
Unidad de Consulta Externa (C.EXT)	67,696	59,862	88%
Centro de Rehabilitación Profesional (CRP)	18,435	11,943	65%
TOTAL GENERAL	1,041,547	883,217	85%

Tabla 4 INFORME ESTADISTICO 2013

Productividad de los servicios en los centros de atención y unidad de consulta externa e informe epidemiológico del ISRI.

³ Informe estadístico ISRI 2013

4.3 CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ORIENTE (CRIOR).

HISTORIA.

El Centro de Rehabilitación de Oriente (CRIOR) nace a través de la iniciativa del Club 20-30 FUNTER, nace el 13 de julio de 1987, fue construido en la ciudad de San Miguel con fondos de la Campaña Teletón 20-30. A partir del 1988 se incorpora y se vuelve una de las dependencias del ISRI. Atendiendo la necesidad de las personas con discapacidad de la zona oriental del país, brindando servicios de rehabilitación en las áreas físicas, sensorial, comunicación humana y pre vocacional de forma oportuna y eficaz.

El 14 de febrero de 1994, el CRIOR inicia los servicios de elaboración de prótesis a usuarios con amputación de miembros superior y miembro inferior, produciendo aditamentos que se requiere para otras patologías.

En 1998, el centro ha llevado la rehabilitación hasta los lugares más remotos de la zona a través de la Unidad Móvil, satisfaciendo la demanda de aquellos pacientes que por su misma naturaleza de la lesión o discapacidad o accesibilidad al centro no pueden asistir a sus tratamientos, además sea logrado capacitar en un 80% a los promotores de salud de la zona en lo que respecta la prevención en rehabilitación, se han realizado supervisiones y adiestramiento con el personal de los centros de primer nivel ubicados en lo rural de la zona.

En Mayo de 2000, se extiende los servicios de apoyo con el área de Audiología con la finalidad de conocer la capacidad auditiva y descartar problemas de audición a través de los estudios de Audiometría tonal, audiometría de Campo Libre, Logoaudiometria para la discriminación de la palabra.

En el área de Terapia Física niños extiende los servicios con la creación del Taller de Sillas Especiales donde se confecciona adaptaciones y elaboración de sillas especiales a usuarios con discapacidad no mantienen una postura adecuada en sentado y en aquellos que no podrán deambular o ser independientes.

El CRIOR por su naturaleza multidisciplinaria desarrolla una diversa gama de actividades desde la atención en tratamientos personalizados a los pacientes que demandan. Los servicios donde se han impartido 16,553 atenciones individuales y 14,211 de atenciones grupales en el periodo de enero a junio de 2007.

La demanda de los servicios de Rehabilitación son en un 59% de afecciones músculos esqueléticos, 26% neurológicas, reumatológicas en 15%; de los cuales el 49% son de sexo masculino y 51% de sexo femenino siendo el 54% menor de edad y el 46% mayor de edad. Los cuales provienen en un 36% de la zona rural y el 64% de la urbana de los departamentos de San Miguel, Morazán, Usulután y La Unión.

Las atenciones proporcionadas en el periodo de enero a diciembre de 2006 a las personas que demandan los servicios de rehabilitación son de 59,824, de los cuales se les dio de alta a 1,542 personas en las diferentes condiciones.

4.3.1 SERVICIOS DE REHABILITACIÓN ⁴

TERAPIA OCUPACIONAL.

Restablecer las habilidades que le permitan al usuario niño, adolescente y adulto, desempeñar sus actividades de vida diaria, tomando en cuenta sus características biológicas, psicológicas, sociales y familiares, detectando aptitudes, actitudes y la capacidad funcional óptima para mejorar y promover la calidad de vida.

TERAPIA FÍSICA ADULTOS

- ✓ Recuperar y mantener la rehabilitación y habilitación física de los usuarios.
- ✓ Involucrar a la socialización a usuarios y familiares en el proceso de Rehabilitación.
- ✓ Contribuir al fortalecimiento del desarrollo del CRIOR.

TERAPIA FÍSICA NIÑOS

- ✓ Desarrollar las funciones psicomotoras y sensoriales del niño(a) por medio de diferentes técnicas que aplicadas en forma sistematizada y secuencial sean dirigidas e impulsadas a organizar los movimientos y el tono muscular.

⁴ Rendición de cuentas y consulta ciudadana CRIOR 2014

- ✓ Ofrecer alternativas de atención a usuarios niños(as) para involucrar y socializar a padres de familia y/o cuidadores en el proceso de rehabilitación.

EDUCACIÓN FÍSICA ADAPTADA.

Brindar atención adecuada a través de actividades tendientes a mejorar la coordinación dinámica general y específica de los usuarios de acuerdo a sus capacidades físicas o mentales.

TERAPIA EDUCATIVA.

Contribuir a la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de las patologías orgánicas y neurosensoriales.

TERAPIA DE LENGUAJE.

Contribuir a la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de las patologías del lenguaje manifestadas a través de trastornos en la voz, el habla, la comunicación y las funciones orofaciales

UNIDAD MÓVIL (R.B.C).

- ✓ Sensibilizar en prevención, detección e identificación a promotores de salud y líderes o miembros comunitarios, sobre el problema que enfrentan las personas discapacitadas y la forma de atención con la que pueden participar para el proceso de rehabilitación y la referencia temprana a los diferentes centros de atención.
- ✓ Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad a través de la participación activa de las propias personas con discapacidad, su familia y comunidad.

SERVICIO MÉDICO.

Proporcionar a todo usuario que asiste consulta médica haciendo énfasis en su discapacidad, llevando así un seguimiento en su salud y su proceso de rehabilitación, como los avances del tratamiento en las diferentes terapias.

SERVICIOS DE APOYO.

1. **Psicología.**

Favorecer el manejo y aceptación de la discapacidad en pacientes, familiares y/o responsables.

2. **Odontología.**

Contribuir a la detección, prevención, evaluación, diagnóstico y rehabilitación de niños y adultos con alteraciones en su aparato masticatorio

3. **Servicio de Audiología.**

Conocer la capacidad auditiva y descartar problemas de audición a través de los estudios de Audiometría tonal, audiometría de Campo Libre, Logo audiometría.

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.

✓ **Enfermería**

▣ Colaborar en la atención en consulta médica a todo usuario que solicite los servicios de rehabilitación a nivel oriental del país.

▣ Promover la salud mental de los usuarios del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

✓ **Trabajo Social.**

Proveer servicio de apoyo social a usuarios y su grupo familiar en coordinación con la comunidad para favorecer su integración.

✓ **Laboratorio de Prótesis**

Elaborar aditamentos ortopédicos órtesis y/o prótesis a usuarios de acuerdo a la patología que presenta, contribuyendo con ello a la rehabilitación e incorporación a la vida productiva.

✓ Proporcionar atención a todo usuario que amerite el uso de órtesis y prótesis.

4.3.2 RENDIMIENTO ANUAL POR ÁREA DE SERVICIO.⁵

Los datos presentados a continuación han sido obtenidos de los registros llevados por el Centro de Rehabilitación Integran de Oriente, corresponden a los servicios brindados en las diferentes áreas con las que se cuenta, evidencian las estadísticas del año 2013.

AREA	Programado	Realizado	% Realizado
Servicios de rehabilitación	73,302	69,614	95%
Servicios médicos	8,482	6,195	73%
Servicios de apoyo	25,758	20,912	81%
Servicios complementarios	561	543	97%

Tabla 5 Rendimiento anual por área del CRIOR informe estadístico 2013

⁵ Informe estadístico ISRI 2013

5. MARCO LEGAL.

5.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE EL SALVADOR.

La bases dentro de la ley se encuentran en la misma constitución de la república, en la cual se responsabiliza al estado de mantener el orden económico de manera general y aumentar la productividad tomado en cuenta los interés de los consumidores, todas las entidades gubernamentales deben de proveer de servicio de calidad máxime aquellos que están relacionadas con la salud y rehabilitación de las personas para que esta se pueden desenvolver en la sociedad de manera integral.

Art. 35.- El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores, y garantizará el derecho de éstos a la educación y a la asistencia.

Art. 37.- El trabajo es una función social, goza de la protección del Estado, y no se considera artículo de comercio.

El Estado empleará todos los recursos que estén a su alcance para proporcionar ocupación al trabajador, manual o intelectual, y para asegurar a él y a su familia las condiciones económicas de una existencia digna. De igual forma promoverá el trabajo y empleo de las personas con limitaciones o incapacidades físicas, mentales o sociales.

Art. 101: El orden económico debe responder esencialmente a principios de justicia social, que tiendan a asegurar a todos los habitantes del país una existencia digna del ser humano.

El Estado debe de promover el desarrollo económico y social mediante el incremento de la producción, la productividad y la racional utilización de los recursos, de la misma manera que fomentar los diversos sectores de la producción y defender los intereses de los consumidores.

5.2 LEY DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

DECRETO N° 503:

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:

La rehabilitación del inválido;

El estudio físico, psicológico, vocacional y social del inválido;

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.

5.3 LEY DE CREACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD.

En agosto de 2011 entro en vigencia la LEY DE CREACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD. La cual obliga a las empresas públicas o privadas que presten servicios o productos al sector público a estar debidamente acreditados bajo un organismo autorizado.

Art.1.- El objeto de la presente Ley es la Creación y Regulación del Sistema Salvadoreño para la Calidad, que en adelante se denominará “El Sistema o SSC”, siendo sus objetivos los siguientes: Integrar la infraestructura nacional de la calidad, encargada de desarrollar, fortalecer y facilitar la cultura de calidad, promoviendo la competitividad de los sectores productores, importadores, exportadores y comercializadores en general, de bienes y servicios, generando confianza en el intercambio de estos; y Contribuir a proteger los derechos de los consumidores y el goce a un medio ambiente sano, garantizando la seguridad y calidad de los productos, incluidos los alimentos y servicios, así como todo tipo de equipo e instalaciones, procurando la salud de las personas y la salud animal y vegetal.

5.4 CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA

Se debe tomar en cuenta los requisitos que exige el convenio de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública que se cita a continuación:

La XIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, realizada en el 2003, incluyó en su Declaración de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, una resolución en la que los altos mandatarios de los 21 países expresaron su compromiso para avanzar en la profesionalización de la función pública de los países de la región y respaldaron los principios y orientaciones de la “Carta Iberoamericana de la Función Pública”.

“Teniendo en consideración que el objetivo de toda política pública es el bienestar de las personas, se requiere fortalecer las capacidades institucionales públicas para dar satisfacción a los requerimientos ciudadanos de integración y pertenencia. A tal efecto, es necesario impulsar criterios de universalización que atiendan la diversidad y complejidad de dichos requerimientos, así como fortalecer la calidad de la gestión pública para que sea un real instrumento al servicio de la cohesión social”.

CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD

La Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, aprobada por la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado en la ciudad de San Salvador, en junio del 2008, a propuesta del CLAD, promueve la adopción de un conjunto de principios, orientaciones, acciones e instrumentos para la mejora continua de la calidad en la gestión pública, en los países iberoamericanos.

CONTENIDO DE LA CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD. ⁶

CAPÍTULO PRIMERO: finalidad de la carta y noción de calidad en la gestión pública

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.

⁶ Ver: CARTA IBEROAMERICANA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA 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

- 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 lentamente para acometer los retos y desafíos del desarrollo integral de sus respectivas sociedades y lograr el bienestar de sus ciudadanos.

CAPÍTULO SEGUNDO: principios inspiradores de una gestión pública de calidad

La carta de la calidad en la gestión pública se basa en 14 principios básicos que son

- 1) Principio de servicio público
- 2) Principio de legitimidad democrática
- 3) Transparencia y participación ciudadana
- 4) Principio de legalidad
- 5) Principio de coordinación y cooperación
- 6) Principio de ética pública
- 7) Principio de acceso universal
- 8) Principio de continuidad en la prestación de servicios
- 9) Principio de imparcialidad
- 10) Principio de eficacia
- 11) Principio de eficiencia
- 12) Principio de economía
- 13) Principio de responsabilizarían
- 14) Principio de evaluación permanente y mejora continúa

CAPÍTULO TERCERO: derechos y deberes de los ciudadanos para una gestión pública de calidad

En este capítulo describe 10 derechos que los ciudadanos tienen en relación a la calidad de los servicios que obtienen del estado y el más importante de estos es Acceder a cualquier servicio público o prestación a que tengan derecho recibiendo una atención y asistencia ágil, oportuna y adecuada, situación que en la realidad nacional no se da, pero que la gestión por procesos busca concretar.

Pero también se contemplan 4 deberes en los que los ciudadanos deben participar para la mejora de la calidad de la gestión pública:

- a) Contribuirá al sostenimiento de los costes de la gestión pública.
- b) Dará un trato respetuoso y conforme a principios éticos a los funcionarios y autoridades públicas.
- c) Realizará un uso adecuado de los bienes y servicios públicos.
- d) Participará en el ciclo de formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas.

CAPÍTULO CUARTO: orientaciones, acciones e instrumentos para formular políticas y estrategias de calidad en la gestión pública

Criterios orientadores.

La función pública es uno de los elementos centrales de articulación de los sistemas político-administrativos. Por ello, la modernización de las políticas públicas de gestión del empleo y los recursos humanos constituye un eje de las reformas de la gestión pública emprendidas durante las últimas décadas por un número significativo de gobiernos en diferentes partes del mundo. Esta Carta se posiciona como un instrumento al servicio de estrategias de reforma que incorporan los criterios inspiradores de tales esfuerzos de modernización, y promueve la adopción de los mismos por los sistemas de función pública de los países de la comunidad iberoamericana.

La función pública como sistema integrado.

Para el cumplimiento de las finalidades que le son propias, la función pública debe ser diseñada y operar como un sistema integrado de gestión cuyo propósito básico o razón de ser es la

adecuación de las personas a la estrategia de la organización o sistema multi organizativo, para la producción de resultados acordes con tales prioridades estratégicas.

Se consideran 9 ejes fundamentales y las acciones e instrumentos para lograr la calidad en la gestión pública:

Ejes estratégicos de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública.	Epígrafe	Componentes de un modelo para el diagnóstico de la calidad.
Orientación al servicio de la ciudadanía	24,25	Ciudadanos y sociedad
Gestión pública para resultados	26	Resultados
Compromiso social y ambiental	27	Responsabilidad social
Responsabilidad directiva, liderazgo y constancia de objetivos.	28,29	Liderazgo
Gestión por procesos	30,31	Procesos
Desarrollo de capacidades de los empleados Públicos	32,33	Personas en la organización
Participación de los empleados públicos para la mejora de la calidad de la gestión.	34	Procesos
Proceso continuo de aprendizaje, innovación	35	Planificación estratégica
Relaciones de colaboración y cooperación orientadas a la mejora de la calidad.	36	Información y conocimiento

Tabla 6 Ejes estratégicos de la CICGP⁷

⁷CARTA IBEROAMERICANA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA 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

CAPÍTULO QUINTO: consideraciones finales acerca de la eficacia de la carta

En este capítulo se hace mención una serie de recomendaciones que se deben considerar para la implementación de la gestión por proceso y lograr la calidad en estos.

Con el objeto de ayudar a las organizaciones a avanzar en la implementación de las propuestas de la Carta, se ha desarrollado la Guía de Autoevaluación del Grado de Avance en la Implementación de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública

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 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.

6. DESARROLLO DEL DIAGNOSTICO DEL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE.

6.1 RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN SECUNDARIA

6.1.1 RESULTADOS DE LA GESTIÓN DEL CRIOR JUNIO 2013 A MAYO 2014⁸

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA EDAD Y SEXO

La población que de Junio 2013 a Mayo 2014 recibió atención en los servicios del Centro Rehabilitación Integral de Oriente, CRIOR, fue de 2,959 de los cuales 1,518 (51%) fueron masculinos y 1,441 (49%) femeninos; encontrándose un predominio del sexo masculino.

De la población el grupo de edad con mayor pesos porcentual es el que corresponde a las edades de 1-4 años en un 24.6%; en segundo lugar 5 a 11 años con 11.5%, en tercer lugar corresponde al grupo de la población de mayor de 60 años.

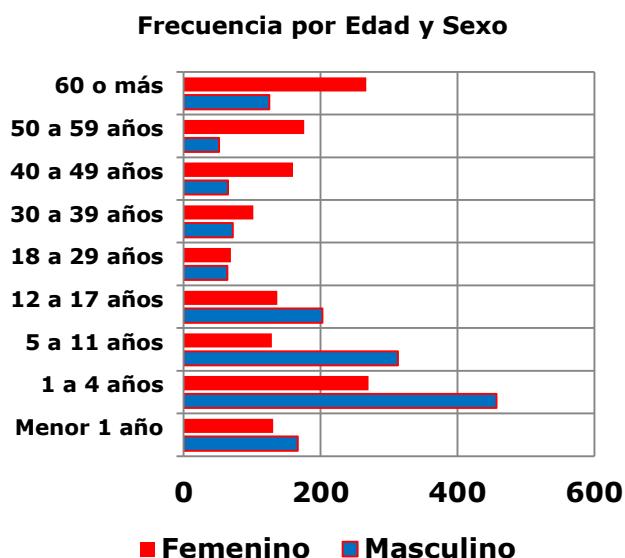


Grafico 1 caracterización de la población

Del total de la población atendida el 61.06% corresponde a menores de 17 años predominando en este grupo el sexo masculino y para el grupo correspondiente a los mayores de 18 años con 38.94%; predominando en este grupo el sexo femenino.

PROCEDENCIA

El CRIOR durante el periodo de Junio 2013 a Mayo 2014 y por ser un centro regional de naturaleza multidisciplinaria brindo la atención de las personas con discapacidad de los cuatro departamentos de la zona oriental del país; y que la población con mayor procedencia que fue atendida en los servicios del Centro fue de San Miguel 74.5%, La Unión 11.9%, Morazán 6.9%, Usulután 6.7% De los departamento de San Miguel, los municipios con mayor procedencia fueron: San Miguel 79.02%; Moncagua 4.03%; de La Unión el municipio de San Alejo con 17.94%

⁸ Gestión de servicios de gestión CRIOR Junio 2013 Mayo 2014

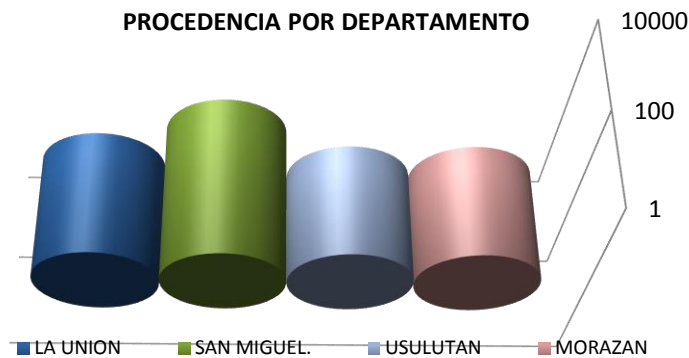


Grafico 2 Procedencia geográfica de usuarios

NIVEL ACADÉMICO Y OCUPACION

De la población atendida en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente. CRIOR, se encontraba al momento de su inscripción de Junio 2013 a Mayo 2014, entre las edades 5 a 11 años un 31% se encontraban en educación inicial y un 19.7% en primaria incompleta. En el rango de los 12 a 17 años el 53% tenía primaria incompleta siendo su ocupación estudiante, en el rango de 18 a 29 años el 22.6% tenía su bachillerato completo; en los rangos de 30 a mayor de 60 años la ocupación principal es ama de casa.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

La incidencia por discapacidad atendidas en los servicios médicos de Junio 2013 a Mayo 2014; las cuales las Funciones Neuromusculares relacionadas con el Movimiento el 37% (1,307), Funciones de la Voz y el Habla representan el 1% (27); Funciones Mentales el 41% (1,427), las Funciones Sensoriales y Dolor 20.83% (727) y funciones de los Sistema Digestivos, metabólico y endocrino 0.03% (1).

Distribucion porcentual por discapacidad

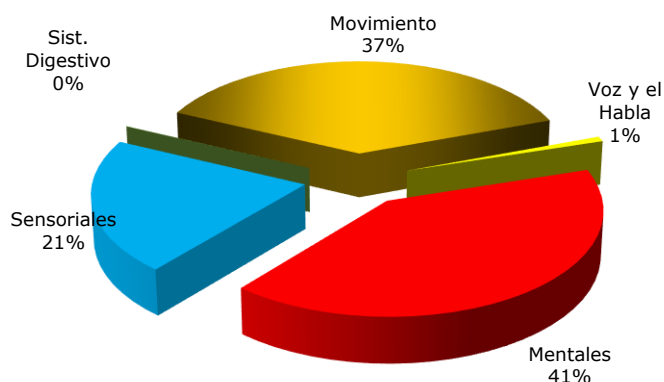


Grafico 3 Distribución porcentual por discapacidad

Los principales diagnósticos relacionados con **Funciones Neuromusculo esqueléticas y Relacionadas con el Movimiento** se dividen en tres grupos:

Primer grupo: Funciones de la Articulación y los Huesos 50.80% (664) donde se encuentran con mayor índice porcentual la Contractura Articular con 68.83% (457), Otras Lesiones del Hombro 4.37% (29); Amputaciones Traumáticas de Miembro Inferior, Especificado 3.77% (25).

Segundo grupo: funciones Musculares con 29.07% (380), encontrando con mayor índice porcentual en este grupo los Trastornos del Nervio Facial 34.21% (130); Hemiplejia Flácida 11.58% (44) y Cuadriplejia Espástica 9.74% (37).

Grupo tres: Funciones Relacionadas con el movimiento 20.12% (263) encontrando las Anormalidades de la Marcha y de la Movilidad 74.14% (263) y otras Anormalidades de la Marcha y de la Movilidad y las no Especificadas 16.73% (44).

Los principales diagnósticos relacionados funciones mentales se dividen en dos grandes grupos: la Mentes Especificas (83.81%) y Las mentales Globales (16.19%), dentro del primer grupo encontramos: Trastorno de Lenguaje Expresivo 28.91% (396), Trastorno del lenguaje Expresivo 35.79% (428), retraso del desarrollo 19.98%. (239). En el segundo grupo se encuentran:

Perturbación de la Actividad y de la Atención 32.47% (75), Trastorno del desarrollo de las habilidades Escolares, No Especificado 32.90% (76).

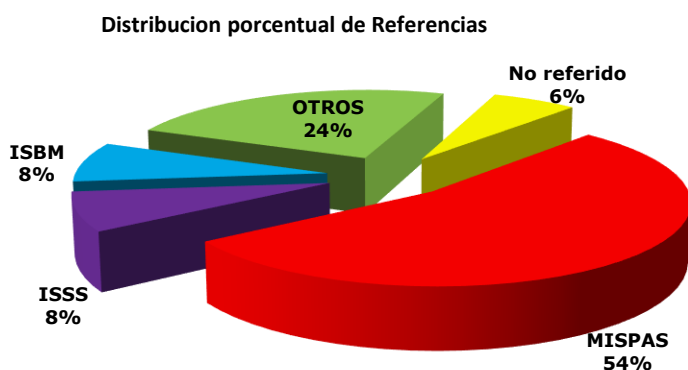
Los principales diagnósticos relacionados con las Funciones Sensoriales y de Dolor se dividen en tres grandes grupos Funciones Auditivas y Vestibulares 1.24% (9), Funciones Sensoriales Adicionales 98.07% (713) y Vista y Funciones Relacionadas 0.69% (12).

Los principales diagnósticos relacionados con las funciones de la voz y el habla con 0.77% dentro del cual presenta mayor índice porcentual las alteraciones de la voz 44.44% (12), Tartamudez 29.63% (8).

Los principales diagnósticos relacionados con las funciones del Sistema Digestivo, Metabólico y Endocrino se encuentra al Dificultad y mala administración de la alimentación con 0.03%.

REFERENCIA DE USUARIOS

Durante el periodo de Junio 2013 a Mayo 2014, el 6.2% (99/1,596) de la demanda de servicios de rehabilitación fueron sin referencia; y el 93.80% (1,497/1,596) de la población que fueron referidos al CRIOR de las siguientes Instituciones de salud: MISPAS 53.45% (853), Bienestar Magisterial 8% (127); ISSS 7.8% (124). El restante 24.62% (393) fueron referidos por instituciones privadas o no relacionadas con salud



Los establecimientos que representan el mayor índice de referencia son: Los No Relacionados con el MISPAS 47.6% (759); Hospital S.J.D. San Miguel 33.8% (539), Hospital Bloom 1.8% (29).

Gráfico 4 Distribución porcentual por referencias

SERVICIOS MEDICOS

Los servicios médicos en CRIOR, brindaron 6,411 Consultas Médicas de primera vez y subsecuente, durante el periodo de Junio 2013 a Mayo 2014.

Los Servicios médicos Especializados, estuvieron enfocados a la identificación, evaluación, diagnóstico y pronóstico de la discapacidad; con un rendimiento global del 71.12% obteniendo un rendimiento por cada especialidad el siguiente: **Fisiatría 112.99%** esto es debido a la atención de usuarios por cupo del convenio ISBM y así como programación adicional de usuarios en agenda, **Ortopedia 87.42%** ; **Pediatría 68.44%**, esto se debe a inasistencia de usuarios a consulta médica; **Neurología 79.50%** este rendimiento es debido a inasistencia de usuarios a consulta médica así como ausencia del médico por incapacidad médica, permisos personales; **Otorrinolaringología 0%** este rendimiento se debe a que el periodo de enero a septiembre se encontraba con plaza vacante debido a renuncia de médico especialista desde agosto de 2012, en octubre del 2013 se cubre plaza vacante con médico de especialidad de **reumatología** con un rendimiento de octubre de 2013 a mayo 2014 del 41%; esto se debe a la inasistencia de usuarios.

La consulta médica de Evaluación de la discapacidad a ejecutado 418 (60.32%) atenciones, **Medicina General** posee un rendimiento 90%. ; ejecuta la función como médico de contacto inicial, y de consulta de medicina general para apoyar el área de la consulta, el cual va relacionado con la demanda.

Distribución Porcentual por Servicio Medico

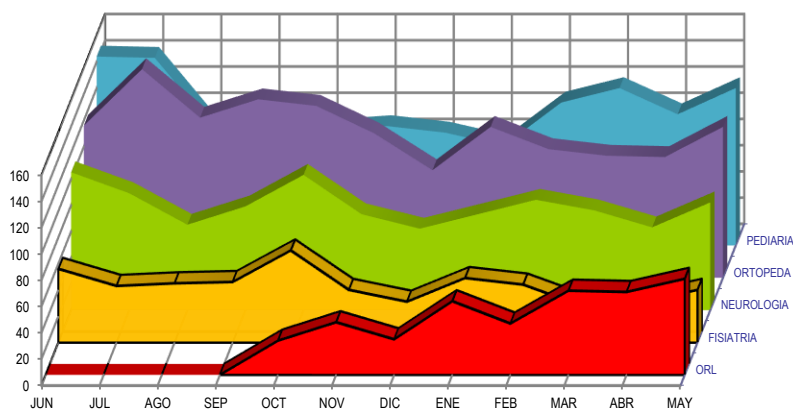
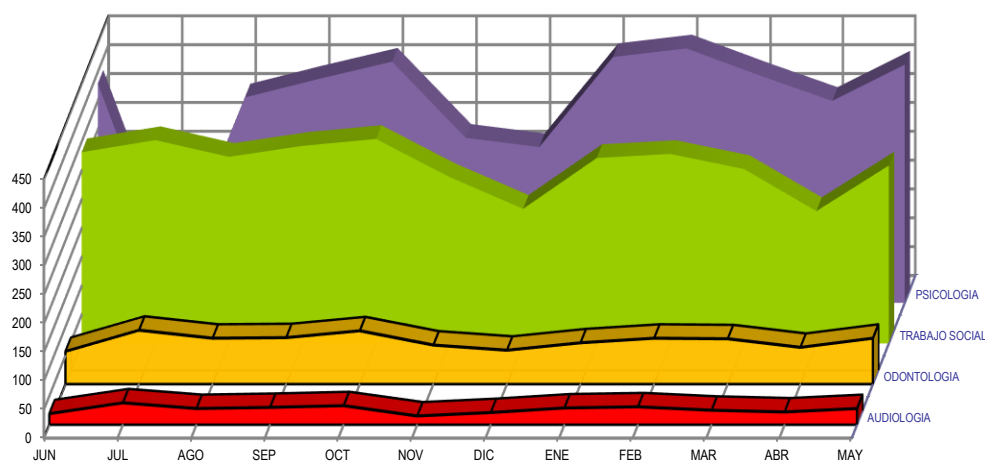


Gráfico 5 Distribución porcentual por servicios médicos

SERVICIOS DE APOYO

En el periodo de Junio 2013 a Mayo 2014 los Servicios de Apoyo han brindado 9,493 atenciones en las diversas áreas que contempla alcanzaron un rendimiento global del 112.12%, siendo el rendimiento por cada área el siguiente: Psicología 124.66%, Trabajo Social con un 104%, Odontología 99%. Audiología 90.63%.

Distribución Porcentual por Servicio de Apoyo



AUDIOLOGIA
PSICOLOGIA

90.63%

ODONTOLOGIA

99%

TRABAJO SOCIAL

104%

124%

Grafico 6 Distribución porcentual por servicios de apoyo

SERVICIOS DE REHABILITACION

En el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente CRIOR durante el periodo de Junio 2013 a Mayo 2014 los servicios de rehabilitación brindaron 68,714 atenciones en las diferentes áreas de Terapias, obteniendo un rendimiento global del 87.87%, siendo el rendimiento por cada servicio el siguiente: Terapia Educativa 102.26%, Terapia Física 90.31% Terapia Ocupacional 85.57%, Terapia de Lenguaje 84.52%, y Ed. Física 70.62%.

El incumplimiento del 12.137% es debido a ausencia del personal por incapacidades médica y por ausencia del usuario por diferentes causas.

Grafico 9 Distribución Porcentual por Servicio de Rehabilitación

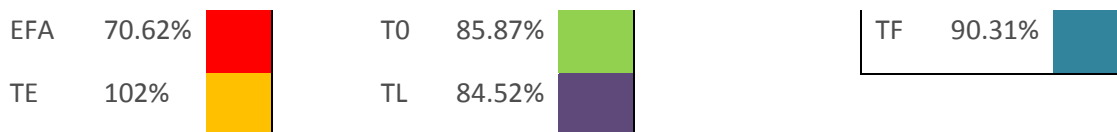
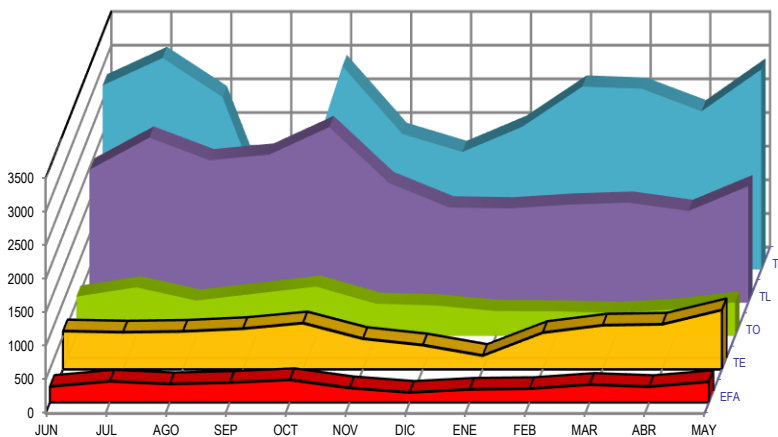


Grafico 7 Distribución porcentual por servicios de rehabilitación

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Durante el periodo de Junio 2013 a Mayo 2014 brindo en los servicios Complementarios correspondientes a la elaboración y entrega de ayudas técnicas como diseño de aditamentos de ortesis y prótesis, componentes y sillas especiales a los usuarios de la zona oriental que demanden los servicios, los cuales alcanzaron un rendimiento global del 77%, siendo el rendimiento por cada Taller de Producción lo siguiente: Sillas Especiales 100%; Ayuda Técnicas 69.06%, y Componentes 103.45%

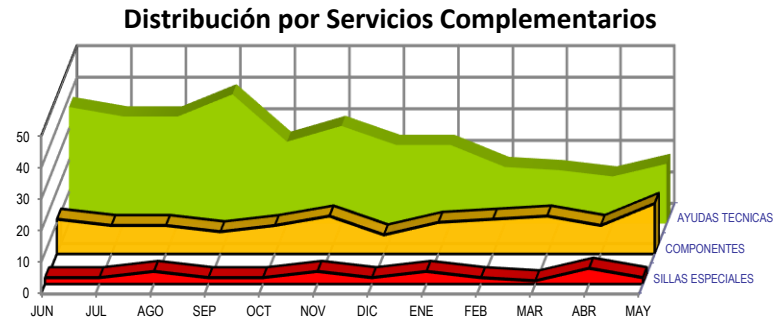


Grafico 8 Distribución porcentual por servicios complementarios

RESULTADOS DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN

Los egresos de los diferentes servicios de atención alcanzan un 63% de los usuarios que concluyeron satisfactoriamente su proceso de rehabilitación, habiendo alcanzado los objetivos propuestos. Un 37% son los que abandonaron los servicios por diferentes causas (enfermedades, razones personales, porque se sentían mejor y no esperando la consulta respectiva, por desplazamiento de su lugar de origen y entre otros) y/o aquellos que fueron referidos o que por condiciones médicas del usuario no podía continuar con el proceso.

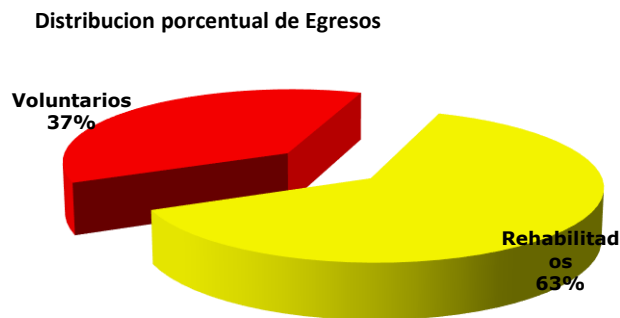


Grafico 9 Distribución porcentual de egresos

Logros:

- Se realizaron capacitación al personal del CRIOR sobre:
 - ✓ Charla sobre violencia de genero
 - ✓ Jornada de Salud mental (Cine Forum, actividades de convivencias)
 - ✓ Charla de auto cuidado
 - ✓ Acoso laboral
 - ✓ Ética Gubernamental
 - ✓ Orientación y Sensibilización sobre personas con autismo.
 - ✓ Involucramiento del personal en la diferentes comités

6.1.2 RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE LA CARTA IBEROAMERICANA DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA (CICGP)⁹

A continuación se presentan los cuadros resúmenes con los puntajes obtenidos mediante la aplicación de la Guía de Autoevaluación del Grado de Avance en la Implementación de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral en el año 2013.

CAPÍTULO SEGUNDO: principios inspiradores de una gestión pública de calidad

Cuadro resumen de calificación:

A continuación se presentan los puntajes obtenidos mediante la aplicación de la guía de autoevaluación referentes al capítulo segundo:

Puntaje máximo Capítulo Segundo de la CICGP	160
Puntaje alcanzado Capítulo Segundo de la CICGP	123
Grado de Avance Capítulo Segundo de la CICGP	77%

CONCLUSIONES CAPITULO SEGUNDO

Principales Resultados alcanzados:
se cuenta con valores institucionalizados
Se practican valores éticos
se cuenta con marco regulatorio
Principales Fortalezas:
Plan Operativo Anual de Centro y cada una de las áreas
Se cuenta con Marco Regulatorio
Modelo de atención y provisión de servicios
Seguimiento a la ejecución presupuestaria
Participación de usuarios internos y externos a través de los grupos de interés
Uso de indicadores para la medición de los resultados y toma de decisiones

⁹Guía de Autoevaluación del Grado de Avance en la Implementación de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral en el año 2013

Principales Oportunidades de Mejora para el desarrollo de proyectos bajo los lineamientos del Reconocimiento a Prácticas Promisorias en la Gestión Pública	
Oportunidad	Programa a desarrollar y metas a alcanzar
Elevar el nivel de participación de la ciudadanía	Rendición de cuentas estandarización de mecanismo de evaluación
Fortalecer comunicación directa con los usuarios externos	del usuario
Establecimiento de redes de apoyos	programa de RBC

CAPÍTULO TERCERO: derechos y deberes de los ciudadanos para una gestión pública de calidad

Cuadro resumen de calificación:

Puntaje máximo Capítulo Tercero de la CICGP	100
Puntaje alcanzado Capítulo Tercero de la CICGP	67
Grado de Avance Capítulo Tercero de la CICGP	67%

CONCLUSIONES CAPITULO TERCERO

Principales Resultados alcanzados:
Acceso a la información
se dan a conocer los derechos y deberes

Principales Fortalezas:
cumplimiento de la ley de acceso a la información
implementación del modelo de atención

Principales Oportunidades de Mejora para el desarrollo de proyectos bajo los lineamientos del Reconocimiento a Prácticas Promisorias en la Gestión Pública	
Oportunidad	Programa a desarrollar y metas a alcanzar
Modelo de atención	evaluación y monitoreo de las acciones realizadas
ley de acceso a la información	medición del impacto del modelo de atención

CAPÍTULO CUARTO SECCION I: orientaciones, acciones e instrumentos para formular políticas y estrategias de calidad en la gestión pública

Cuadro resumen de calificación Sección I:

Puntaje máximo Sección I Capítulo Cuarto de la CICGP	170
Puntaje alcanzado Sección I Capítulo Cuarto de la CICGP	107
Grado de Avance Sección I Capítulo Cuarto de la CICGP	63%

CONCLUSIONES SECCIÓN I CAPITULO CUARTO

Principales Resultados alcanzados:
Estableciendo de alianzas micro redes de salud
Desarrollo de los conocimientos en los profesionales a través de capacitaciones, talleres, congresos y otros

Principales Fortalezas:
Plan de Operativo Anual de Unidad de RBC

Principales Oportunidades de Mejora para el desarrollo de proyectos bajo los lineamientos del Reconocimiento a Prácticas Promisorias en la Gestión Pública	
Oportunidad	Programa a desarrollar y metas a alcanzar
Capacitación al personal	Fortalecimiento de programa de salud mental

CAPITULO CUARTO SECCION II: Uso de acciones e instrumentos para la calidad en la gestión pública

Cuadro de calificación sección II:

Puntaje máximo Sección II Capítulo Cuarto de la CICGP	360
Puntaje alcanzado Sección II Capítulo Cuarto de la CICGP	229
Grado de Avance Sección II Capítulo Cuarto de la CICGP	64%

CONCLUSIONES SECCIÓN II CAPITULO CUARTO

Principales Resultados alcanzados:
procesos definidos para la ejecución de procesos esenciales: ingreso, atención y egreso
se cuenta con los flujogramas para cada uno de los procesos

Principales Fortalezas:
aplicación de las diferentes herramientas de autoevaluación: EFQM, FODA, CLAD
Se cuenta con diferentes comités y equipo de Gerencia de calidad
apertura para capacitaciones
política de puertas abiertas
Se cuenta con diferentes indicadores

Principales Oportunidades de Mejora para el desarrollo de proyectos bajo los lineamientos del Reconocimiento a Prácticas Promisorias en la Gestión Pública	
Oportunidad	Programa a desarrollar y metas a alcanzar
elaboración de carta de compromiso	diseño y ejecución para elaboración de carta compromiso
fortalecimiento de equipo de gerencia de calidad	programa para asignación de roles
fortalecimiento del uso de los indicadores	elaboración de manual de calidad para definir funciones
	ejecutar un programa de empoderamiento de indicadores

CAPÍTULO QUINTO: consideraciones finales acerca de la eficacia de la carta

Cuadro de calificación:

Puntaje máximo Capítulo Quinto de la CICGP	30
Puntaje alcanzado Capítulo Quinto de la CICGP	22
Grado de Avance Capítulo Quinto de la CICGP	73%

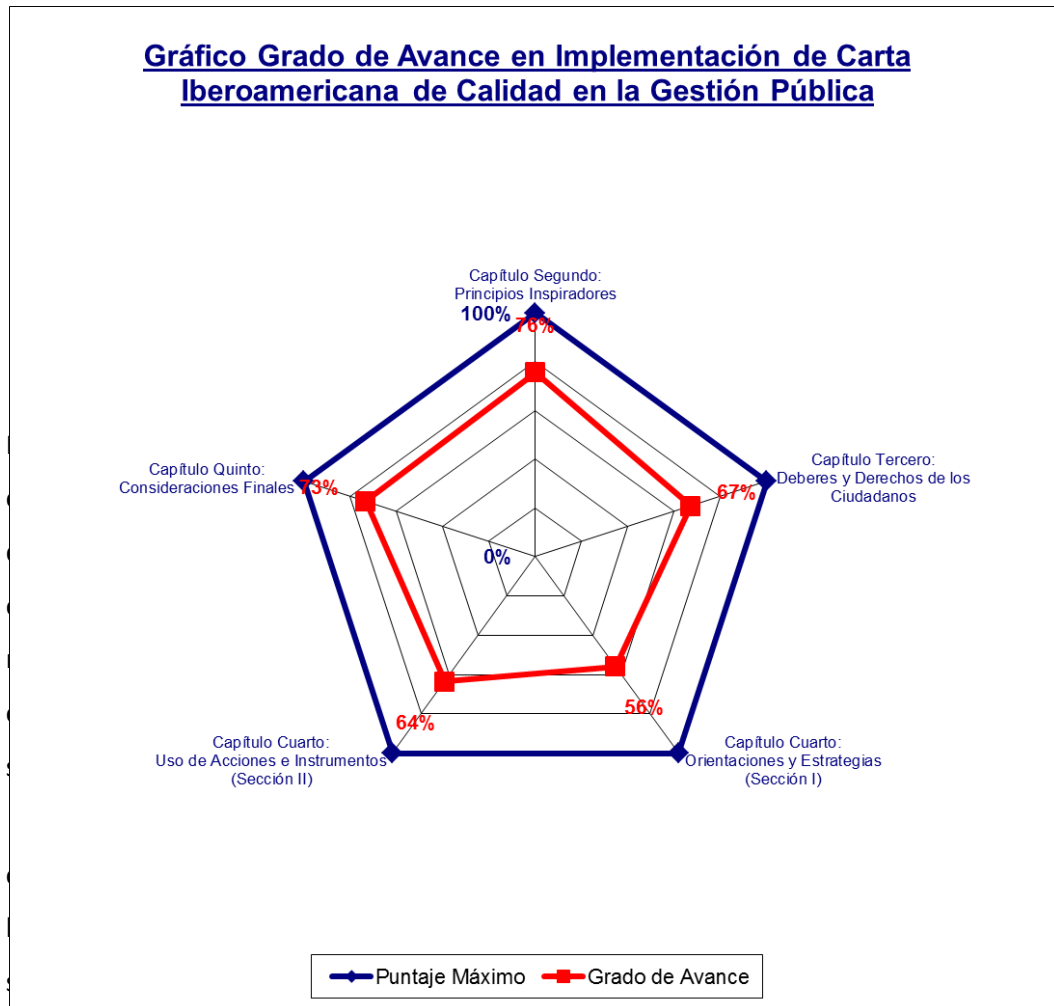
CONCLUSIONES CAPITULO QUINTO

Principales Resultados alcanzados:	
Se cuenta con estrategias definidas en beneficio de usuario externo	
Contar con espacios disponibles para los diferentes comités	
Apoyo de las diferentes autoridades	
Principales Fortalezas:	
Planes operativos y estrategias adaptables	
Principales Oportunidades de Mejora para el desarrollo de proyectos bajo los lineamientos del Reconocimiento a Prácticas Promisorias en la Gestión Pública	
Oportunidad	Programa a desarrollar y metas a alcanzar

Gráfico del grado de avance en implementación de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública

A continuación se presenta de manera gráfica el grado de avance en la implementación de la Carta Iberoamericana de Calidad en la gestión pública.

Grafico 10
Resultados
grado de
avance en
imple-
mentación de
CICGP



Se puede observar que el avance en la implementación de la CICGP es del 56% en el capítulo cuarto sección I, y el mejor avance percibido es en el capítulo segundo con un 76% en el grado de avance en la implementación.

6.1.3 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL EFQM EN EL CRIOR

FACTOR	PUNTAJE	DEBILIDAD	RECOMENDACIONES	ESTRATEGIAS
LIDERAZGO	69	Predominio de la Comunicación informal sobre la informal	Mejorar la comunicación formal e erradicar la informal	Uso de cartelera, información por escrito, charlas, divulgación de acuerdos en reuniones
		No se cuenta con la medición de los resultados de la misión, visión y valores institucional	Elaborar y ejecutar un instrumento para conocer los resultados de aplicación de la misión, visión y valores institucionales	Aplicar instrumento cada seis meses
		No cuenta con un plan de incentivos	Elaborar y ejecutar un plan de incentivos y participación de actividades de mejora	Divulgar el plan de incentivos de reuniones con el personal de manera periódica
POLITICAS Y ESTRATEGIAS	43	Falta de empoderamiento para la aplicación de políticas y estrategias institucionales	Motivar al personal para el desarrollo de un habito autodidacta sobre las políticas y estrategias institucionales	Diseñar en el plan operativo los espacios para lectura de las normativas y estrategias institucionales Planificar la lectura de normativas y estrategias institucionales
PERSONA	52	No se ha establecido un mecanismo para la comunicación formal	Fortalecer el plan de Salud mental	ejecutar el plan de salud mental con el involucramiento del personal
		Incipiente compromiso, autonomía e iniciativa	Motivar al personal para el desarrollo del compromiso autonomía e iniciativa	Promover la auto realización y conductas proactivas
		Incipiente trabajo en equipo		
RECURSOS Y ALIANZAS	65	No se cuenta con sistema de alianzas	Elaborar un plan para establecimiento de alianzas	Divulgar un plan para establecimiento de alianzas
		No se cuenta definido el proceso de establecimiento de alianzas	Diseñar y estandarizar un proceso para establecer alianzas	Solicitar proceso de alianzas
PROCESOS	63	Deficiente aplicación, monitoreo, supervisión y actualización de cada uno de los procesos	Estandarizar un plan de supervisión para el cumplimiento de los procesos.	Aplicación de la supervisión
RESULTADOS DE LOS CLIENTES	74	Deficiente proceso para adquisición de la opinión de los clientes	Elaborar un plan para la adquirían de la opinión de los clientes	Ejecutar el plan para conocer la opinión de los clientes
RESULTADOS DEL PERSONAL	49	Carece de programa para conocer la percepción del personal	Elaborar un programa para la recolección de las percepción del personal	Sistematizar e implementar el programa para medir la percepción del personal
IMPACTO DE LA SOCIEDAD	26	Poco impacto en la sociedad	Elaborar un plan para impacto en la sociedad	Establecimiento de alianzas locales
RESULTADOS DE LA ORGANIZACIÓN	92	Escaso empoderamiento para la medición periódica de los resultados	Motivar al personal para establecer una cultura de medición de los resultados	Realizar reuniones para desarrollar la motivación de una cultura de medición

Tabla 7 Resultados de evaluación EFQM en el CRIOR

6.2 ESTABLECIMIENTO DE LOS GRUPOS DE INTERÉS A INVESTIGAR.

Los requerimientos de información establecidos en el apartado anterior ayudan a identificar los grupos de interés, los cuales son: las **Jefaturas del CRIOR, colaboradores del CRIOR y los usuarios.**

6.2.1 JEFATURAS DEL CRIOR

La entrevista permitirá recolectar la información requerida de la muestra del grupo de interés de Jefes, ya que necesitamos recolectar información de su percepción del servicio en cuanto al desempeño de los empleados y la satisfacción de los usuarios.

De igual forma entra la observación para confirmar si sus respuestas son acorde a su expresión facial y así también formar un juicio del encuestador.

6.2.2 COLABORADORES DEL CRIOR:

En este grupo se incluirán a todos los colaboradores que participan de los procesos clave del CRIOR, ya que ellos brindarán la información requerida para dar respuesta a los requerimientos determinados anteriormente. También se incluye en este grupo a la dirección del Centro, esto debido a que el director es, al mismo tiempo, parte de los doctores que brindan el servicio a los usuarios.

6.2.3 USUARIOS:

Como usuarios se deberá entender a todas las personas que reciben procesos de consulta médica, evaluaciones y terapias dentro de las instalaciones del CRIOR. De igual forma se convierte en usuarios del CRIOR los acompañantes que representan a los usuarios directos cuando éstos sean menores de edad o no puedan valerse por sí mismo tanto física y/o mentalmente, pues son ellos los interesados para que se le brinden las terapias a los pacientes.

6.3 TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación que se llevará a cabo, se realiza por medio del tipo de **investigación “No experimental”**, ya que no se manipulan deliberadamente las variables, puesto que solo se observa el fenómeno en su ambiente natural para luego analizarlo. Dentro de este diseño la investigación

se clasifica como transeccional, debido a que se recolectan datos de un solo momento, en un tiempo único su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, estos pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores.

6.4 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Los tipos de investigación que existen son: Exploratorias, Descriptivas, Correccionales y Explicativas.

Para el presente trabajo la investigación será de carácter **descriptiva**, ya que solamente se describe la situación actual de los servicios que el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente presta a la población, en cuanto a términos de sus características y rasgos importantes de la misma para obtener una imagen real del sujeto de estudio.

La investigación descriptiva permite medir la situación actual del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente. Los estudios descriptivos, buscan especificar propiedades importantes relacionadas al rubro de salud que toma en cuenta los programas de rehabilitación que se le brinda a la población.

El objetivo de 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.

6.5 SISTEMA DE HIPÓTESIS.

Pregunta de Investigación: ¿Por qué el CRIOR no logra satisfacer la demanda de los servicios de rehabilitación y lograr resultados óptimos?

- ✓ El 10% de los servicios programados anualmente (20,000 servicios) no se realizan por que los pacientes olvidan su cita por el largo tiempo en que se las programan.
- ✓ El 64% de los pacientes del CRIOR proceden de la zona Urbana porque el acceso a los servicios es más fácil.

- ✓ El 65% de los servicios de rehabilitación brindados son de Grado 3 y no del Grado 1 el cual es el fin de la institución.
- ✓ Únicamente el 63% de los usuarios del servicio de rehabilitación concluyen satisfactoriamente su proceso en el CRIOR.
- ✓ El 37% de los usuarios se retira del proceso en CRIOR por no estar satisfecho con el servicio y atención brindada.
- ✓ El 15% de los usuarios abandonan el proceso de rehabilitación porque están satisfechos con los resultados inmediatos obtenidos.
- ✓ El 10% de los usuarios abandonan el proceso por dificultades en el traslado hacia el CRIOR desde su lugar de origen, generalmente por vivir en zonas rurales de difícil acceso.
- ✓ Por lo menos 250 pacientes se encuentran en lista de espera por más de 4 meses.
- ✓ El nivel de satisfacción de la demanda es del 50% debido a que existe una mala distribución de cargas de trabajo en las diferentes áreas de atención rehabilitación.
- ✓ Más del 70% de los colaboradores del CRIOR desconocen las normas, políticas, misión y visión de la institución.
- ✓ Por lo menos el 80% de los procesos del CRIOR no se encuentran debidamente documentados.
- ✓ Más del 50% de actividades realizadas no posee un registro oportuno y completo para su control interno.

- ✓ El 60% de los servicios brindados no se han actualizado desde la última revisión de 1992 por lo que ya están desfasados de mejores prácticas actuales.
- ✓ Los usuarios que llegan por primera vez deben esperar por lo menos dos horas para ser atendidos en la consulta general y revisión médica.
- ✓ Más del 50% de los usuarios no identifican el proceso a seguir en su rehabilitación por falta de señalización e información dentro del centro, retrasando los procesos.
- ✓ Más del 25% de los colaboradores del CRIOR no poseen un manual que defina sus labores y responsabilidades dentro del Centro.
- ✓ El 40% de las terapias no cuentan con estándares de tiempo y recursos.
- ✓ El 30% de los servicios que brinda el CRIOR no cuentan con los recursos tecnológicos necesarios para realizar la terapia.
- ✓ Por lo menos el 20% de los colaboradores del CRIOR poseen habilidades multidiestros, y sirven de apoyo a dos o más áreas del centro.
- ✓ El 70% de los colaboradores del CRIOR desisten de aplicar nuevas prácticas de trabajo por temor al cambio y las consecuencias en sus puestos de trabajo.

6.6 SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO Y LA MUESTRA.

El propósito de un estudio estadístico suele ser extraer conclusiones acerca de la naturaleza de una población. Al ser la población grande y no poder ser estudiada en su integridad en la mayoría de los casos, las conclusiones obtenidas deben basarse en el examen de solamente una parte de ésta, lo que llevara, en primer lugar a la justificación, necesidad y definición de las diferentes técnicas de muestreo.

CONCEPTOS BÁSICOS.

Antes de entrar en mayores detalles sobre las técnicas estadísticas que se podrán utilizar será necesario primero definir algunos conceptos fundamentales en estadística.

Universo o Población: Estadísticamente se define como un conjunto de individuos o de objetos que poseen una o varias características comunes. No se refiere esta definición únicamente a los seres vivos; una población puede estar constituida por los habitantes de un país por los peces de un estanque, así como por los establecimientos comerciales de un barrio, las unidades de vivienda de una ciudad, o el número de empresas en una determinada área.

Muestra: En términos estadísticos, la muestra es una parte de la población, o sea, un número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo. Se obtiene con la finalidad de investigar, a partir del conocimiento de sus características particulares, las propiedades de la población. La muestra es en esencia, un subgrupo de la población, es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se llama población. En la práctica, estudiar todos y cada uno de los elementos que conforman la población no es aconsejable, ya sea por la poca disponibilidad de recursos, por la homogeneidad de sus elementos, porque a veces es necesario destruir lo que se está midiendo, por ser demasiado grande el número de sus componentes o no se pueden controlar; por eso se recurre al análisis de los elementos de una muestra con el fin de hacer inferencias respecto al total de la población.

Encuesta: Recaudación sistemática de información acerca de una población definida para estudiar sus características, a través del juego de formularios aplicados sobre una muestra de unidades de población. La encuesta constituye así la base del sistema de información estadística, permitiendo proporcionar datos completos y fiables.

Estadística Descriptiva: Es la ciencia que analiza, organiza, recopila e interpreta información cualitativa en gráficas o tablas y se encarga de establecer los parámetros que definen una población.

Estadística Inferencial: Es el tipo de estadística que interpreta la información de tal manera que nos pueda llevar a sacar conclusiones válidas, a partir del estudio de una muestra.

6.6.1 DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.

USUARIOS DEL CENTRO

Para identificar el nivel de satisfacción de los usuarios se tomarán en cuenta todos aquellos usuarios que se encuentren activos. Pero dado que no se cuenta con un dato actualizado, se tomará como referencia la última actualización registrada en el centro, la cual data de diciembre del año 2013.

Con dicho dato se calculará la muestra, asumiendo que de un año al otro los usuarios se han mantenido estables, ya que no se ha realizado ninguna acción extraordinaria que haya logrado un aumento en las atenciones brindadas.

Historial de usuarios Año 2013

Tipo de usuario	Cantidad	Detalle
Usuarios en rehabilitación	3,290	Son todos los usuarios activos que están recibiendo algún tipo de servicios, incluyendo algunos usuarios que están dados de alta pero llega cada cierto periodo a evaluación.
Egresos	1,387	Usuarios que han sido dado de alta definitiva del centro.
Activos	1,903	Usuarios que continúan en procesos de rehabilitación.

Tabla 8 Historial de Usuarios del ISRI año 2013

Para el cierre del 2013 los usuarios activos fueron 1903. Para efectos de análisis se entenderá éste dato como un promedio, es decir que si se hubiese hecho algún corte durante cualquier periodo del año se hubieran encontrado a los mismos 1903 usuarios activos.

Estos usuarios egresados se describen junto con sus causales el siguiente cuadro.

Egresos	Cantidad	Detalle
Rehabilitados	770	Usuarios que recibieron el alta definitiva del centro por rehabilitación exitosa.
Procedimientos incompletos	520	Alta registrada por inasistencia del usuario al centro.
Otros egresos	97	Usuarios que han sido dados de alta luego de alguna intervención médica u otro caso, luego del periodo de recuperación pueden regresar por algún tipo de rehabilitación.
Total	1387	Total Usuarios Egresados.

Tabla 9 Detalle de usuarios egresados año 2013.

POBLACIÓN.

Para esta investigación se han determinado 2 grupos de interés: el primero es el de COLABORADORES del CRIOR y el segundo corresponde a los USUARIOS del Centro.

Por **COLABORADORES** entenderemos a las personas que laboran en el Centro y que reciben un salario por el cumplimiento de sus actividades, por lo tanto se excluyen de esta población estudiantes practicantes que trabajan como horas sociales en dicho centro.

Por **USUARIOS** entenderemos a las personas que reciben directamente la atención de rehabilitación o al acompañante que represente a éste cuando el que recibirá la terapia no posea todas sus facultades para representarse así mismo, es decir por ser menor de edad, mayor de edad o por tener problemas mentales.

Parámetros:

- ✓ Flujo elevado de usuarios directos e indirectos
- ✓ Heterogeneidad en las características de los usuarios indirectos, por lo tanto no se afecta la representatividad de la muestra.
- ✓ Ambiente que puede propiciar la confianza y facilitar el abordaje a los encuestados.

DETERMINACIÓN DEL TIPO DE MUESTREO.

El método utilizado para seleccionar la muestra será: **Muestreo Aleatorio Simple**. Teniendo en cuenta todas las características que presenta el estudio, considerado que cualquier persona que hace uso de los servicios tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para ser encuestado, además permite conocer con mayor certeza el grado de error que existirá en la muestra que se obtenga.

DETERMINAR EL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se ha establecido como punto geográfico para realizar la investigación las instalaciones del CRIOR ya que se necesita conocer la percepción de los usuarios que reciben los servicios del centro y es donde, lógicamente, con seguridad encontraremos a los usuarios.

Abordaje de la muestra seleccionada:

- ✓ Ubicarse en los puntos geográficos seleccionados dentro del Centro.
- ✓ Seleccionar personas (usuarios indirectos) al azar

Tiempo requerido para la recolección de información:

- ✓ Las encuestas se realizarán en un periodo de 2 semanas.

PROBABILIDAD DE ÉXITO Y FRACASO.

La probabilidad de éxito se considera como la probabilidad de que la parte interesada pueda conteste la encuesta. Por tanto, la probabilidad de fracaso será la probabilidad de que el individuo se niega a contestar la encuesta. Se realizara el número de intentos necesarios para obtener 20 usuarios directos del centro de rehabilitación, este constituirá la probabilidad del 100%.

A continuación se presentan las preguntas con la que se realizó la prueba piloto para determinar el valor de la probabilidad de éxito (p) y la probabilidad de fracaso ($1-p$):

Prueba piloto para determinar la probabilidad de éxito y la probabilidad de fracaso para el estudio:

PRUEBA PILOTO PARA DETERMINAR P Y Q

1. ¿Es usted usuario directo de los servicios de rehabilitación del CRIOR?

- Sí No

Si respondió SI pase a la pregunta 3.

2. ¿Es usted acompañante de una persona que recibe atención en el Centro?

- Sí No

Si respondió NO fin de la encuesta.

3. Según la siguiente escala ¿cómo calificaría el servicio de rehabilitación brindado por el centro?

- Muy Malo Malo Regular Bueno Muy Bueno Excelente

4. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que se ingresó la solicitud al Centro hasta la primera terapia?

- Menos de 1 Semana
 2 Semanas
 1 Mes
 2 Meses
 3 Meses
 4 Meses
 Más de 5 Meses.

DETERMINACIÓN DE P Y Q.

De las 20 personas que fueron encuestadas, 18 de ellas responderían satisfactoriamente la encuesta. Las 2 personas restantes no estarían dispuestas a responder la encuesta o estaban en el centro por razones ajenas a la rehabilitación.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA PILOTO.

Prueba piloto			
Probabilidad de éxito	P	18	90%
Probabilidad de fracaso	Q	2	10%
Total		20	100%

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Debido a que el tamaño de la población es menor a 500,000 unidades muestrales, se utilizará la siguiente ecuación para determinar el tamaño de la muestra

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times (1 - p)}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times (1 - p)}$$

Donde

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada

q = probabilidad de fracaso (1-p)

d = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción)

Nivel de confianza (Z): El intervalo de confianza de la media nos da el porcentaje de seguridad que hace que la media muestral sea representativa de la media del universo. Para nuestra investigación se utilizará el intervalo de confianza de 1.96, lo que nos proporciona el 95% de confianza, según la tabla del nivel de confianza.

Error máximo admisible (d): El error máximo que puede aceptarse en los resultados es por lo general 10%, ya que variaciones mayores hacen dudar acerca de la validez de la información, pero para obtener una menor variación se determinó una precisión del 6 %.

DESARROLLO DE LA ECUACIÓN.

VARIABLES

VARIABLES	SÍMBOLO	VALOR
Tamaño de la población	N	1903
Nivel de confianza	Z	1.96
Probabilidad de éxito	p	0.90
Probabilidad de fracaso	q	0.10
Precisión (Error admisible)	d	0.06

Tabla 10 Definición de variables

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times (1-p)}{d^2 \times (N-1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times (1-p)} = \frac{1903 \times 1.96^2 \times 0.90 \times (1-0.90)}{0.06^2 \times (1903-1) + 1.96^2 \times 0.90 \times (1-0.90)} = 91.47 \approx 91$$

Total de encuestas: 91 para el grupo de interés de USUARIOS.

6.6.1.1 COLABORADORES Y JEFES DEL CRIOR:

En este grupo se incluirán a todos los colaboradores que participan de los procesos clave del CRIOR, ya que ellos brindarán la información requerida para dar respuesta a los requerimientos determinados anteriormente. También se incluye en este grupo a la dirección del Centro, esto debido a que el director así como los jefes de las diferentes áreas forman parte fundamental de los procesos que se ejecutan y están al tanto del su desarrollo.

POBLACIÓN OBJETIVO

Para conocer las percepciones de los colaboradores se tomarán en cuenta a todas las personas que trabajan en el CRIOR ya que todos están directamente relacionados con el proceso de rehabilitación por lo tanto se vuelve necesario conocer sus opiniones, a continuación se muestra una tabla resumen con el número de trabajadores.

POBLACION Y MUESTRA

En el caso de la evaluación de la satisfacción del cliente Interno, debido a que la población es baja y conocida será igual a la muestra de personas a encuestas para el estudio.

Recurso humano

Personal	Cantidad
Ley de salarios	58
Contrataciones de servicios	4
Convenios	3
Total	65

Tabla 11 Personal del CRIOR

Usando la misma metodología y sabiendo que los COLABORADORES son 65 y es una población finita lo que se realizará será un CENSO y se encuestará al 100% de las personas que ahí trabajan.

Total de encuestas: 65 para el grupo de interés de COLABORADORES.

6.7 SELECCIÓN Y DISEÑO DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Para poder desarrollar un estudio de forma completa, es importante realizar una selección adecuada y específica del instrumento que se empleara para la recopilación de la información, así como el tipo de datos que serán de utilidad para desarrollar el diagnóstico, aspectos que a continuación se detallan.

INSTRUMENTOS Y TECNICAS PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN.

Para llevar a cabo la investigación se utilizarán las siguientes técnicas e instrumentos:

Encuestas:

El objetivo de esta técnica es la obtención de datos a través del instrumento de la guía de preguntas para conocer la situación actual del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, tanto desde el punto de vista de los jefes del centro en estudio como el personal operativo, quienes son los que tienen contacto directo con los usuarios.

Estos cuestionarios sirven como instrumentos de recolección de datos, los cuales contienen una serie de preguntas con el objeto de identificar debilidades y fortalezas que actualmente posee el CRIOR en cuanto a calidad y procesos.

Observación:

Esta técnica consistirá en hacer una inspección al personal involucrado en la prestación de los servicios, lo cual permitirá identificar si la solución verdaderamente se aplica por parte del personal operativo.

6.7.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Ver anexo 1

Instrumentos de recolección de información.

6.8 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN

Ver anexo 2

Resultados obtenidos a través de análisis de los datos recolectados.

6.9 PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION

6.9.1 HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN USUARIOS¹⁰:

- ♿ El servicio de rehabilitación más demandado en el CRIOR es el de terapia de lenguaje, en el área de servicios de apoyo la consulta psicológica es la más solicitada mientras que en los servicios médicos, la consulta general es la que más usuarios atiende.
- ♿ En el transcurso del año el 49% de los usuarios encuestados no ha faltado ninguna vez a la cita que le ha sido programada, mientras que el 51% restante se ha ausentado más de una vez a su cita por razones diversas.
- ♿ El 36% de los usuarios encuestados lleva menos de 6 meses asistiendo a consulta en el CRIOR, el 43% de 6 meses a 2 años, mientras que el 21% ha hecho uso de los diversos servicios prestados en el CRIOR por más de 2 años.
- ♿ El 71% de los usuarios que se encuentran en proceso de rehabilitación, no tienen conocimiento del tiempo en el cual finalizara dicho proceso, mientras que el 29% restante sí tiene conocimiento del tiempo aproximado en el cual concluirá su proceso de rehabilitación.
- ♿ El 84% de los usuarios encuestados manifiesta estar “siempre” satisfecho con el servicio recibido en el CRIOR, el 11% “casi siempre”, el 2% de los encuestados se encuentra “indeciso”, mientras que el 3% “a veces “ se encuentra satisfecho, ningunos de los encuestados manifestó “nunca” estar satisfecho con los servicios del CRIOR.
- ♿ Al 45% de los usuarios encuestados, se le hace “Muy accesible” visitar las instalaciones del CRIOR en cuanto a la distancia desde su lugar de residencia, para el 18% es “accesible”, el 2% se encuentra “indeciso” ante dicha situación, mientras que para el 16% es “Inaccesible” y el 19% “muy inaccesible” .
- ♿ El 65% de los encuestados respondió que está totalmente de acuerdo en que el personal del CRIOR le ha ayudado en lo que necesite, un 25% está “de acuerdo”, solamente un 6% respondió que está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo ante dicha situación.
- ♿ El 98% de los usuarios está “totalmente de acuerdo” o “de acuerdo” en que el personal del CRIOR, muestra dominio y conocimiento en las terapias que le han realizado, el 1%

¹⁰ Principales hallazgos tomados del análisis de resultados de las encuestas a usuarios.

está “en desacuerdo” ante dicha situación, mientras que el 1% restante se encuentra “indeciso”.

- ♿ Más de 60% de los encuestados respondió que el personal que lo atiende es “excelente” en cuanto a los aspectos siguientes: confianza, amabilidad, respeto, y puntualidad, el resto los calificó como “buenos”, ninguno de los encuestados calificó como malos o pésimos a los empleados.
- ♿ El 71% de los encuestados están “totalmente de acuerdo” en que se les ha explicado el diagnóstico que presentan en forma clara, solamente un 10% opinan que están “en desacuerdo” con dicha situación.
- ♿ El 82% de los encuestados opinan que siempre se cumple el tiempo estipulado de las terapias mientras que el 9% opina que casi siempre se cumple y solamente un 4% y un 3% opinan a veces, y nunca, respectivamente.
- ♿ Para el 93% siempre o casi siempre, los ejercicios a realizar en las terapias son explicados con claridad y paciencia por parte de los empleados del centro, el 1% considera que “a veces” son explicados con claridad y paciencia, mientras que el 7% restante se encuentra “indeciso”.
- ♿ El 75% de los encuestados consideran que siempre se le ha orientado sobre la forma en la cual realizar los ejercicios en el hogar.
- ♿ Aproximadamente el 50% de los encuestados consideran que la limpieza de los baños es pésima, mientras que un 25% nunca ha hecho uso de ellos.
- ♿ El 99% de los usuarios encuestados ha presentado avances o mejoría en su estado de salud como resultado de los servicios recibidos por parte del CRIOR.
- ♿ Solo el 23% de las personas encuestadas han solicitado documentación relativa al diagnóstico de salud o a las terapias recibidas, el 77% restante nunca lo ha hecho.
- ♿ El 58% de los encuestados están totalmente de acuerdo con los horarios de las terapias mientras que un 23% opina que están solamente de acuerdo con dichos horarios y un 10% representado por 9 usuarios opinan que están en desacuerdo con los horarios de las terapias, para el 9% restante le es indiferente.

- ♿ A la mayor parte de las personas encuestadas (74%) les favorece más el horario matutino mientras que al 26% restante le favorece el horario vespertino.
- ♿ El 90% de los encuestados considera que la asignación de citas se realizó de manera adecuada.
- ♿ La mayor parte de los usuarios encuestados (51%) espera un promedio de 15 a 30 minutos para ser atendido en una consulta general o revisión médica, el 36% espera menos de 15 minutos, mientras que el 13% restante manifiesta esperar más de 30 minutos para ser atendido.
- ♿ En base a la pregunta 26 del instrumento de usuarios determinamos que es necesario realizar mejoras al taller de audio e imagen, mejoras en el equipo de terapias, aumentar equipo deportivo, colocar más sillas en la sala de esperas, además de la contratación de un médico Neurólogo para la atención de los usuarios.
- ♿ Entre los aspectos que más les agrada a los usuarios es el buen ambiente fomentado por el personal, la calidad de la atención brindada y la amabilidad y confianza con la que los empleados tratan a los usuarios.

6.9.2 HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN COLABORADORES¹¹:

- ♿ Sólo el 65% de los encuestados confirman que existen reuniones periódicas para buscar mejorar el servicio de los usuarios.
- ♿ Existe un 20% de colaboradores que no se sienten tomados en cuenta, en tanto ellos expresan sus ideas y estas no son escuchadas.
- ♿ El 77% de los encuestados afirman conocer las normas, políticas, misión y visión de la institución, pero no se encuentran visibles dentro de las instalaciones del mismo.
- ♿ El 90% de los colaboradores encuestados afirman que poseen manuales de puestos pero no se encontró evidencia de ello.
- ♿ Sólo el 87% de los colaboradores se consideran **multidiestros**, capaces de apoyar otras áreas cuando es necesario.

¹¹ Principales hallazgos elaborados a partir de los resultados obtenidos en las encuestas a colaboradores

- ♿ Sólo un 3% se muestra apático o con resistencia al cambio al mencionarle nuevos métodos de trabajo para mejorar su desempeño.
- ♿ Un 42% no ve definido un programa de reconocimiento por un excelente trabajo realizado.
- ♿ El 61% de los encuestados no se sienten a gusto con la infraestructura del centro y consideran que esto impacta en la calidad del servicio brindado.
- ♿ Entre las principales deficiencias de la infraestructura se encuentran: Ampliación, Ventilación y Apariencia Ambiental.
- ♿ Sólo el 90% de los colaboradores tienen la disponibilidad de apoyar a otras áreas cuando éstas lo necesitan, en especial cuando se encuentran saturadas.
- ♿ Entre el 6 y el 10% de los colaboradores se muestran apáticos participar de otras actividades en pro del bienestar y satisfacción de los usuarios, lo cual impacta en el ambiente de trabajo y en el resultado colectivo.
- ♿ Casi el 50% de los colaboradores no encuentran o no sienten comodidad en el ambiente laboral.
- ♿ El 97% de los colaboradores están capacitados y son personal calificado para atender cada uno de sus puestos.
- ♿ A pesar que sólo el 4% de los colaboradores aseguran no tener capacitaciones en el año no existe evidencia de un programa de capacitaciones.
- ♿ Solo el 77% de los colaboradores indican tener autonomía y toma de decisiones para solucionar problemas de sus áreas.
- ♿ Sólo el 81% de los colaboradores indican tener excelentes relaciones laborales.
- ♿ Sólo el 58% de los colaboradores indican que los servicios del CRIOR no se encuentran desfasados con respecto a otras dependencias.

6.9.3 HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN JEFATURA¹²:

- ♿ 2 de las 7 jefaturas encuestadas, es decir el 29%, desconocen el dato de cuántos usuarios son atendidos en el centro. Y de los 4 que dieron su respuesta ninguno coincidió sino que varió en un promedio cercano.
- ♿ Desde el punto de vista de las jefaturas, el servicio que se brinda actualmente en el CRIOR es **aceptable** y según su percepción los usuarios también califican su servicio como excelente a muy bueno en más del 85% de su población
- ♿ El 100% de los encuestados dicen conocer el tiempo estándar de espera de un usuario nuevo, pero al brindar su respuesta esta varía en gran medida, dejando a la duda si en realidad se maneja un mismo lenguaje de atención al nuevo usuario.
- ♿ Según las jefaturas del CRIOR, el 86% de los problemas son por falta de recursos o de personal insuficiente, mientras que el 14% considera que es por el lento proceso de egreso con el que se cuenta, porque es ineficiente.
- ♿ Si no se puede contar con más personal, se considera que se podría mejorar entre un 10 y un 25% con mejora de procesos.
- ♿ Un poco menos de la mitad de los encuestados consideran que los casos de rehabilitación se terminan en un 80-90%, mientras que la otra parte que es mayoría dicen que la rehabilitación se cumple en un 50-60%.
- ♿ Por lo menos el 70% de los encuestados afirman que de los pacientes que abandonan el proceso de rehabilitación, el 58% lo hacen por falta de recursos para trasladarse pues viven en zonas lejanas al Centro.
- ♿ Pese a que algunos jefes dijeron que no, se constata que de manera empírica, si se poseen documentación de los procesos, no de manera formal, pero ya se cuenta con una base para trabajar sobre esta misma.
- ♿ El mapa de riesgos no es visible para todos y algunos no saben con exactitud que es.
- ♿ Actualmente se cuenta con estándares para todos los servicios que brinda el centro. Pero no se encuentran publicado para la consulta de todo el personal.

¹² Principales hallazgos elaborados a partir de las encuestas a jefaturas.

- ♿ Se cuenta con registros de los servicios que se brindan pero se carece de una plataforma para un mejor control.
- ♿ Se cuenta con manuales de puestos en el CRIOR pero al igual que la documentación de los procesos es de manera empírica y dicha información no la manejan todos en el centro.
- ♿ El 100% de los encuestados afirmo que se encuentra documentado el detalle de cuantos puestos de trabajo se tienen en el centro, así como las principales funciones de estos.
- ♿ El 71% afirmo que existe un organigrama de la institución actualizado y publicado, pero el 29% restante considero que no.
- ♿ El 100% considera que el CRIOR cumple con un modelo de seguridad ocupacional implantado o en desarrollo. Pero este no es demostrable.
- ♿ El indicador que más se utiliza en el centro es el de “porcentaje de pacientes atendidos”, con un 15%.
- ♿ El indicador menos utilizado de los señalados fue “porcentaje de alta por inasistencia” y “índice de ocupación por programa de rehabilitación” con un 8% respectivamente.
- ♿ Existen 4 indicadores con 13% de utilización cada uno; promedio de consulta por consultorio, porcentaje de nuevos usuarios, porcentaje de alta habilitada y nivel de quejas de usuarios.
- ♿ El 57% dijo poseer documentados dichos indicadores, 29% afirmo que no los documenta ni les da seguimiento y un 14% no supo responder dicha interrogante.

6.10 PRUEBA DE SISTEMAS DE HIPÓTESIS:

HIPOTESIS	VALIDACION
El 10% de los servicios programados anualmente (20,000 servicios) no se realizan por que los pacientes olvidan su cita por el largo tiempo en que se las programan.	<p>El 51% de los usuarios han faltado más de 1 vez a las citas en los últimos 6 meses, los motivos han sido diversos, no solo olvidar la cita por esperar un periodo largo.</p> <p>Lo que si se podría inferir es que si en promedio se brindan 20,000 servicios en el año y se le brindan a 300 usuarios, se le brindan aproximadamente 66,6 servicios a cada uno al año. Si de estos 66,6, 6 servicios se pierden por usuario cada 6 meses son 3,600 servicios que se pierden al año, siendo un 18% de los servicios que no se cumplen al fin del año por no asistir a su cita.</p>
El 64% de los pacientes del CRIOR proceden de la zona Urbana porque el acceso a los servicios es más fácil.	El 62% de los usuarios del CRIOR provienen de San Miguel, el resto un 38% de los demás departamento, cifra muy parecida al del 35% que respondieron que el Centro les queda inaccesible o muy inaccesible.
El 65% de los servicios de rehabilitación brindados son de trastornos leves y no graves, que son, al final, los que el Centro busca resolver.	El 58% de los servicios que se están brindando reciben atenciones de apoyo y no de rehabilitación, como por ejemplo medicina general, psicología, enfermería y odontología.
Únicamente el 63% de los usuarios del servicio de rehabilitación concluyen satisfactoriamente su proceso en el CRIOR.	Los usuarios que terminan su proceso de rehabilitación completo rondan entre el 50% y el 60% según los colaboradores del Centro.
El 37% de los usuarios se retira del proceso en CRIOR por no estar satisfecho con el servicio y atención brindada.	Sólo un 5% de los usuarios se muestran insatisfechos con el servicio, pero no es un tema por el cual se retiren del proceso de rehabilitación.

El 15% de los usuarios abandonan el proceso de rehabilitación porque están satisfechos con los resultados inmediatos obtenidos.	No se tuvo ningún indicio que los usuarios que se retiran lo hacen por estar satisfechos con los resultados inmediatos obtenidos.
El 10% de los usuarios abandonan el proceso por dificultades en el traslado hacia el CRIOR desde su lugar de origen, generalmente por vivir en zonas rurales de difícil acceso.	Entre el 40 y 50% de los usuarios se retiran por encontrar dificultades en el traslado, por falta de recursos o por la poca accesibilidad desde sus hogares. Esto se empata con el 35% de los que respondieron que el Centro es inaccesible para ellos.
Por lo menos 250 pacientes se encuentran en lista de espera por más de 4 meses.	Según los colaboradores tienen un promedio de 100 personas efectivas en lista de espera por más de 4 meses.
El nivel de satisfacción de la demanda es del 50% debido a que existe una mala distribución de cargas de trabajo en las diferentes áreas de atención rehabilitación.	Si las 100 personas en lista de espera las multiplicamos por el número de servicios promedio al año (80) representan 8000 servicios que no se pueden brindar. Entonces la demanda es de 30000 servicios al año. Y lo que actualmente se cumple es 19,500 El nivel de satisfacción de la demanda en realidad es de 65.2%
Más del 70% de los colaboradores del CRIOR desconocen las normas, políticas, misión y visión de la institución.	Sólo el 23% de los colaboradores dicen desconocer las normas, políticas, misión y visión del CRIOR o que no las recuerdan. El 77% sí las conoce.
Por lo menos el 80% de los procesos del CRIOR no se encuentran debidamente documentados.	Según las jefaturas el 100% de los procesos se encuentran documentados. No se encuentran evidencias físicas de que estos procesos existen.
Más del 50% de actividades realizadas no posee un registro oportuno y completo para su control interno.	Se guarda el registro del 100% de las actividades que se realizan.
El 60% de los servicios brindados no se han actualizado desde la última revisión de 1992	Según las jefaturas, no se ha hecho una revisión de los servicios desde 1992 pero sí se han

por lo que ya están desfasados de mejores prácticas actuales.	realizado capacitaciones al personal.
Los usuarios que llegan por primera vez deben esperar por lo menos dos horas para ser atendidos en la consulta general y revisión médica.	Según las encuestas, el promedio más alto de espera ronda de los 30 min
Más del 50% de los usuarios no identifican el proceso a seguir en su rehabilitación por falta de señalización e información dentro del centro, retrasando los procesos.	El 100% de los encuestados reciben información directa de los colaboradores y se sienten satisfechos con la información brindada. Pero se constata que hace falta una mejor señalización e información visual.
Más del 25% de los colaboradores del CRIOR no poseen un manual que defina sus labores y responsabilidades dentro del Centro.	Según los colaboradores si poseen un manual que define sus labores y responsabilidades.
El 40% de las terapias no cuentan con estándares de tiempo y recursos.	Según los colaboradores y usuarios si cuentan con estándares de servicios, principalmente en las terapias. Lo que la mayoría concluye es que tiene falta de recursos tanto tecnológicos, didácticos como humanos.
El 30% de los servicios que brinda el CRIOR no cuentan con los recursos tecnológicos necesarios para realizar la terapia.	Todos los servicios que brinda el CRIOR poseen recursos tecnológicos para realizar las terapias, el problema es que son escasos y se ven en la necesidad de racionar las terapias.
Por lo menos el 20% de los colaboradores del CRIOR poseen habilidades multidestros, y sirven de apoyo a dos o más áreas del centro.	El 87% de los colaboradores se definen multidestros, y el 90% está dispuesto a colaborar con otras áreas cuando se requiere su apoyo.
El 70% de los colaboradores del CRIOR desisten de aplicar nuevas prácticas de trabajo por temor al cambio y las consecuencias en sus puestos de trabajo.	Según la encuesta sólo un 3% se muestra apático o con resistencia al cambio. El 97% considera que se puede mejorar entre un 10 y un 25% con cambios en los procesos.

Tabla 12 Prueba de hipótesis

7. MODELADO DE LOS PROCESOS DEL CRIOR

7.1 METODOLOGÍA.

La metodología de la modelación de procesos estará constituida por las 5 fases fundamentales para la Identificación y Clasificación de Procesos dentro de la gestión por procesos las cuales son:

IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS.

Se identificarán todos los procesos del CRIOR independientemente de su tamaño, jerarquía o importancia.

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

MATRIZ 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 de ejecución: 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 (Alta dirección): 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.

SELECCIÓN DE PROCESOS:

Es importante, y necesario, priorizar los procesos de mayor importancia del centro para 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.

MODELADO DE LOS PROCESOS

Se procederá a realizar el modelado de los procesos operativos que se desarrollan en la institución con el fin de investigar sobre la viabilidad que estos presentan para brindar un servicio de calidad a los empleados.

ANÁLISIS DEL VALOR AGREGADO DE LOS PROCESOS

Se realiza un análisis de los procedimientos que se desarrollan en el centro para determinar si estos presentan valor para la empresa, el cliente o si no presentan valor agregado.

A continuación se desarrollaran cada una de las etapas en donde se identificaran cada una de las fases para la Identificación y Clasificación de los procesos dentro de la Gestión por procesos.

7.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DEL CROR

La identificación de los procesos del CROR, se realiza mediante la formulación del inventario de procesos; el cual es un listado de los procesos y sub-procesos identificados en el centro, estos han sido clasificados en macro-procesos según las funciones que se desarrollan en cada uno de ellos.

7.2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS EN FORMA GENERAL.¹³

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

7.2.1.1 PROCESOS ADMINISTRATIVOS.

- **Sub-Proceso: 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 Oriente.

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

- a. *Préstamo de Bienes Muebles entre Ambientes*
- b. *Transferencias de Bienes Muebles entre Ambientes*
- c. *Transferencia de Bienes Muebles entre Dependencias*
- d. *Descargo de Bienes Muebles*
- e. *Levantamiento de Inventario*

- **Sub-Proceso: Manejo de Caja Chica.**

Este sub-proceso consiste en llevar el control de los fondos que son utilizados para solventar las necesidades imprevistas de las diferentes áreas del CROR; contiene los siguientes procedimientos:

¹³ Procesos desarrollados en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

Apertura de Fondo de Caja Chica

- a. *Solicitud y Adquisición de la Compra.*
- b. *Reintegro de Fondo de Caja Chica.*
- c. *Liquidación de Caja Chica*

- ***Sub-Proceso: 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 procedimientos:

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

- ***Sub-Proceso: 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 Oriente, a fin de garantizar la operatividad de los vehículos institucionales. Este proceso consta de los siguientes procedimientos:

- a. *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.
- b. *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 realizaran según la necesidad de las mismas.

- ***Sub-Proceso: Gestión de Donaciones.***

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 Oriente. Este sub-proceso contiene los siguientes 3 procedimientos:

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

- ***Sub-Proceso: 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 sub-proceso contiene los siguientes procedimientos.

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

- ***Sub-Proceso: 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 CRIOR y todas aquellas situaciones especiales que afectan la permanencia del personal en el CRIOR. Contiene los siguientes procedimientos:

- a. Control de Marcación llegadas tempranas y tardías:

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.

- b. Gestión de Medidas Disciplinarias
- c. Control de Misiones Oficiales
- d. Administración de Permisos y Licencias.
- e. Otorgamiento de Tiempo compensatorio.

7.2.1.2 PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN.

- ***Sub-proceso: 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 procedimientos:

- a. Ornato, Limpieza y Aseo
- b. Mantenimiento Preventivo de Instalaciones y Equipo.
- c. Mantenimiento Correctivo de Instalaciones y Equipo.

Sub-Proceso: 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 procedimientos:

- a. Mantenimiento Preventivo de Vehículos
- b. Mantenimiento Correctivo de Vehículos

Sub-Proceso: Soporte Informático

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

- a. Mantenimiento Preventivo programado
- b. Asistencia Remota o Presencial.

Sub-Proceso: Seguridad y Vigilancia.

Es el sub-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 sub-proceso posee varios procedimientos los cuales son:

- a. 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.
- b. *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

- c. 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

- d. *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 CRIOR 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*

- e. *Registro de Salida de Personal con Misión Oficial y Permisos Personales:* consiste en llevar el control de los permisos del personal del CRIOR con misión oficial o permisos de carácter personal.

7.2.1.3 GESTIÓN DE TALENTO HUMANO.

- ***Sub-Proceso: Contratación y Selección del personal***

En este sub-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 procedimientos:

- a. *Solicitud de Contratación de personal en plazas vacantes.*
- b. *Gestión de nuevas plazas.*

- c. *Selección del personal*
- d. *Incorporación e Inducción.*
- e. *Evaluación de Periodo de Prueba de plaza Interina.*
- f. *Gestión de contrato de plaza en propiedad.*

- ***Sub-Proceso: Capacitación del personal***

Consiste en realizar la respectiva solicitud de capacitaciones sugeridas por el CRIOR 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 CRIOR. La realización de este sub-proceso conlleva los siguientes procedimientos:

- a. *Selección de temas de Interés.*
- b. *Capacitaciones Internas.*
- c. *Capacitaciones Externas.*

- ***Sub-Proceso: 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 procedimientos:

- a. Sistema de Incentivos Por Antigüedad
- b. Sistema Por evaluación al Desempeño

- ***Sub-Proceso: Administración de Sueldos y Salarios***

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

- a. Control de Planillas.

7.2.1.4 PROCESOS DE INGRESO DE USUARIOS

- **Sub-Proceso: Obtener información del usuario**

Consiste en obtener la información de los usuarios que buscan acceder a los servicios brindados por el CRIOR comprende el siguiente procedimiento:

- a. Realizar contacto inicial
- b. Realizar evaluación inicial
- c. Apertura de expediente

- **Sub-Proceso: Ingresar usuarios a servicios médicos y de apoyo.**

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 procedimientos:

- a. Programar cita consulta especialista
- b. Realizar evaluación médico especialista
- c. Elaborar solicitud de intervención en áreas de terapia.

- **Sub-Proceso: Ingresar usuarios a servicios terapéuticos**

Diagnosticado el paciente con el tipo de discapacidad que presenta o la deficiencia por la que debe ser tratado es ingresado a los servicios terapéuticos correspondientes, conlleva los siguientes procedimientos:

- a. Asignar cita evaluación terapéutica
- b. Realizar evaluación inicial en terapia

7.2.1.5 PROCESOS DE INTERVENCION DE 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 CRIOR; 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 sub-procesos:

Sub-Proceso: Intervenir en servicios médicos

Consiste en brindarle al usuario atención médica ya sea en medicina general o medicina de especialidad, comprende los siguientes procedimientos:

- a. Brindar consulta subsecuente
- b. Realizar evaluación inter/multidisciplinaria
- c. Brindar interconsulta

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.

Sub-Proceso: Intervenir usuario en terapia

Este sub-proceso 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.

- a. Intervenir en Modalidad de Electroterapia
- b. Intervenir en Modalidad Cinesiterapia
- c. Intervenir en Modalidad Termoterapia
- d. Intervenir en Modalidad Actividades de la Vida Diaria
- e. Intervenir en Modalidad Orientación y Movilidad
- f. Intervenir en Modalidad Funciones Mentales Superiores
- g. Intervenir en Modalidad Pre lingüística
- h. Intervenir en Modalidad Lingüístico
- i. Intervenir en Modalidad Desordenes Específicos del Habla
- j. Intervenir en Terapia Educativa
- k. Intervenir en Educación Física Adaptada
- l. Intervenir en Terapia Lúdica

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.

Sub-Proceso: Intervenir usuarios en servicios psicológicos

- a. Brindar atención psicológica individual
- b. Brindar atención psicológica grupal

Sub-proceso: Intervenir usuarios en servicio social

- a. Realizar seguimiento de trabajo social
- b. Brindar Asistencia al Usuario

c. Realizar Visita Domiciliar

Entre sus principales acciones se encuentran 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.*

7.2.1.6 PROCESO DE EGRESO DE USUARIOS

El objetivo de este proceso 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 sub-procesos:

Sub-Proceso: Egreso solicitado.

Conlleva los siguientes procedimientos:

- a. *Egreso por solicitud de Usuario:* Se da cuando a solicitud del usuario, responsable y/o encargado se pide el egreso de la institución.

Sub-Proceso: Egreso asignado

Conlleva los siguientes procedimientos:

- b. *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.
- c. *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.

7.2.1.7 PROCESO DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.

- **Sub-Proceso: 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 CRIOR 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 oriental del país.

Algunos de los procedimientos que se realizan en este sub-proceso son:

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

7.2.1.8 GESTIÓN GERENCIAL (GESTIÓN DE PLANEACIÓN, CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL)

- **Sub-Proceso: Direccionamiento Estratégico**

En este sub-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 procedimientos:

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

- ***Sub-proceso: Garantía de la Medición, Análisis y Mejora Continua.***

Este Sub-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 sub-proceso conlleva los siguientes procedimientos:

- a. *Monitoreo periódicos de Indicadores Institucionales*
- b. *Medición y Análisis de Resultados.*
- c. *Toma de medidas correctivas y retroalimentación.*
- d. *Gestión de comités de Apoyo a la Dirección.*

- ***Sub-Proceso: Comunicación y Promoción***

Este sub-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 distintitos grupos de interés como sonrisas Down y muchas otros más.

Este sub-proceso conlleva los siguientes procedimientos:

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

7.2.1.9 GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES.

- ***Sub-Proceso: 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.

- ***Sub-proceso: 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 CRIOR, 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.

- ***Sub-Proceso: 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.

7.3 MAPA DE PROCESO.

El mapa de procesos presenta una visión general del sistema organizacional de su empresa, en donde además se presentan los procesos que lo componen así como sus relaciones principales. Dentro de los procesos cabe destacar gestión de la organización como planificación estratégica, establecimiento de políticas, procesos de medición, análisis y mejora. Estos últimos incluyen procesos para medir y obtener datos sobre el análisis del desempeño y mejora de la efectividad y eficiencia, pueden incluir la medición, seguimiento y procesos de auditoría, acciones correctivas y preventivas y ser aplicados a todos los procesos de la organización siendo una parte integral en la gestión.

CLASIFICACIÓN DE LOS PROCESOS¹⁴.

La red de procesos que se define en el Mapa de Procesos, el cual muestra de manera didáctica y práctica nuestros procesos Estratégicos, de ejecución y de Apoyo. Para este fin a continuación definiremos estos tipos de procesos:

Procesos Estratégicos (Alta dirección):

Los Procesos Estratégicos son los que deben llevar a la entidad por el camino del éxito, esto debido a las estrategias y cumplimiento de Planes de Desarrollo y la gestión de recursos; con los que se puede dar orientación y dirección a toda la Institución; en estos procesos se encuentran: Gestionar la Estrategia y Gestionar el Mejoramiento y la Normatividad.

Procesos de Ejecución:

Son los procesos que afectan de manera directa la satisfacción de las necesidades de nuestros clientes externos, en estos procesos concentramos nuestra gestión óptima de calidad y de realización del servicio. En esta clasificación se encuentran: Gestionar Servicios Financieros, y Promover y Administrar Proyectos de Desarrollo.

¹⁴ Ver: <http://www.gestion-calidad.com/gestion-procesos.html>

Procesos de Apoyo:

Esta clasificación incluye los procesos que sirven de apoyo a las otras dos clasificaciones, en estos procesos se centran algunas de las actividades administrativas de la Entidad que velan por el mantenimiento y soporte de los procesos estratégicos y misionales.

METODOLOGÍA

Formación del equipo de trabajo:

Se convocan a miembros de las organizaciones a una reunión para que estas sean partícipes en la construcción de mapa de procesos.

Se requiere personas activas dentro de la organización que sean quienes emitan sus opiniones de manera recurrente en las empresas.

Charla informativa general sobre mapa de procesos:

Se inicia con teoría introductoria acerca de la gestión por procesos y la elaboración de mapas.

Se orienta sobre los objetivos que se buscan en dicha reunión.

Construcción del mapa de procesos

Definición de la clasificación de procesos en la institución: se busca determinar la clasificación de los procesos de la institución a través de la participación conjunta de los miembros del grupo.

Definición de procesos según clasificación: por cada tipo de clasificación se determinan los procesos existentes, con ayuda de la participación del grupo siempre orientados y coordinados por el moderador designado.

Discusión y validación de los procesos determinados: una vez definidos los procesos se genera un ejercicio de validación de los mismos a fin de que los integrantes del grupo expresen sus discordancias y se llegue a consenso.

Equipo de trabajo:

El equipo de trabajo conformado para la clasificación de los procesos y elaboración del mapa de procesos está conformado por los siguientes integrantes:

- ✓ Lic. Blanca de Somoza
Técnico de planificación ISRI
- ✓ Dr. José Francisco Flores Navarrete
Director CRIOR
- ✓ Lic. Iraida Chávez
Colaborador CRIOR.

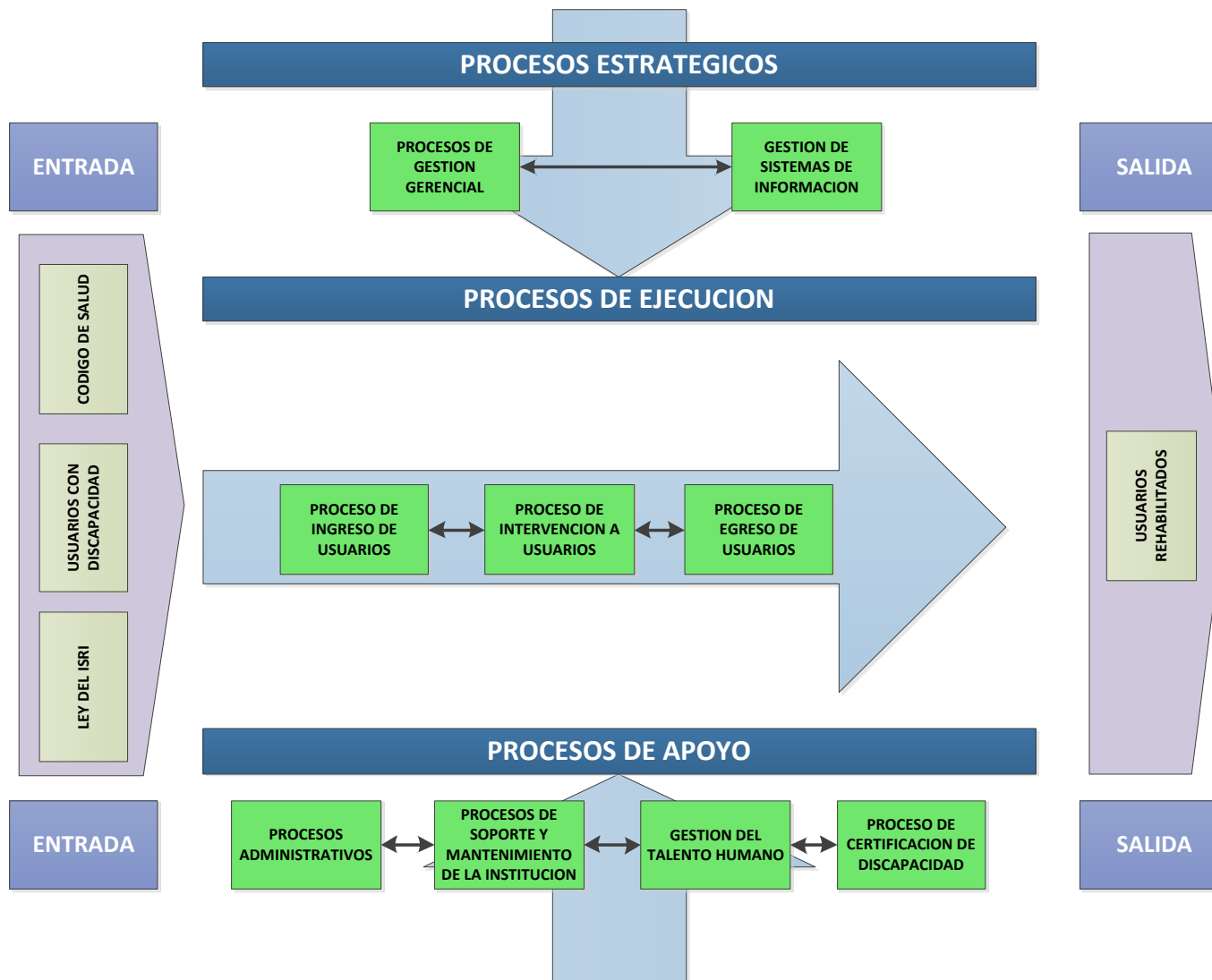
En base al análisis realizado se determinó que Gestión Gerencial (Gestión de planeación, calidad y desarrollo institucional) y Gestión de sistemas de información para toma de decisiones son procesos estratégicos, porque estos procesos están íntimamente ligados a la alta gerencia.

En cuanto a 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 CRIOR que es brindar servicios de rehabilitación integral a sus usuarios, estos procesos están íntimamente vinculados a la atención integral de los usuarios.

Finalmente los 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:

MAPA DE PROCESO



7.4 MATRIZ DE PROCESOS

MACRO-PROCESOS	PROCESO	SUB-PROCESOS	PROCEDIMIENTO	PRODUCTO
PROCESOS DE APOYO	PROCESOS ADMINISTRATIVOS	Gestión de Activo Fijo	Préstamo de Bienes Muebles entre ambientes (Áreas del centro)	Bienes muebles temporales disponibles en otros ambientes
			Transferencias de Bienes Muebles entre ambientes	Acta de transferencia de bienes muebles
			Transferencia de bienes muebles entre dependencias	Informe de bienes muebles trasferidos
			Descargo de Bienes Muebles	Informe de bienes muebles recibidos de otras dependencias
			Levantamiento de Inventario	Inventario de bienes muebles actualizados
		Manejo de Caja Chica.	Apertura de Fondo de Caja Chica	Estado de cuenta caja chica
			Solicitud y Adquisición de la Compra.	Requisición de compra
			Reintegro de Fondo de Caja Chica.	Estado de cuenta caja chica
			Liquidación de Caja Chica	Informe de control de efectivo de caja chica
		Control y Seguimiento del PAA (Plan Anual de Adquisiciones)	Solicitud de Compra de Bienes Incluidos en el PAA	Requisición de compra
			Dar seguimiento a la Gestión de Adquirió de los bienes.	Informe seguimiento de adquisición

			Control y Seguimiento de Contratos de Bienes y Servicios.	Contratos establecidos	
			Seguimiento de la PAA.	Informe estadístico	
		Gestión y Control de Transporte	Control y seguimiento del uso del transporte.	Transporte disponible para actividades del CRIOR	
			Suministro de combustible (Manejo y control de cupones)	combustible para actividades del CRIOR	
		Gestión de donaciones	Gestión de la Aprobación de la Donación	Solicitud de donaciones	
			Recepción de la donación	Revisión de donación recibida	
			Registro de donación tangible o intangible.	Acta de recepción de donación	
		Administración y Control de Presupuesto	Elaboración del Presupuesto Anual.	presupuesto anual	
			Control de la Ejecución del Presupuesto.	Informes de utilización del presupuesto	
		Control de Asistencia y Permanencia en los lugares de Trabajo.	Control de Marcación Llegadas tempranas y tardías	Informe de llegadas tardías	
			Gestión de Medidas Disciplinarias	Actas levantadas	
			Control de Misiones Oficiales	Informe de misiones asignadas	
			Administración de Permisos y Licencias.	Informe de permisos y licencias	
			Otorgamiento de Tiempo compensatorio.	Permisos compensatorios	
		PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN.	Mantenimiento de Instalaciones y Equipo	Ornato, Limpieza y Aseo	Plan de ornato, limpieza y aseo
				Mantenimiento Preventivo de Instalaciones y Equipo	Plan de mantenimiento de Instalaciones
				Mantenimiento Correctivo de Instalaciones y Equipo.	Orden de trabajo para mantenimiento

		Mantenimiento Vehicular	Mantenimiento Preventivo de Vehículos	Orden para mantenimiento periódico	
			Mantenimiento Correctivo de Vehículos	Orden para mantenimiento correctivo	
		Soporte informático	Mantenimiento Preventivo programado y mantenimiento Correctivo.	Plan de mantenimiento	
				Orden de mantenimiento	
			Asistencia Remota o Presencial.	Aplicación de asistencia recibida	
		Seguridad y Vigilancia	Orientación y Control a personas que ingresan a la Institución.	Asistencia a usuarios	
			Registro de Novedad o Hallazgo Relevante	Informe de hallazgo	
			Retiro e Ingreso de Equipo o Material	Informe de salida/ingreso	
			Registro de Salida de Personal con Misión Oficial y Permisos Personales	Informe de personal	
		PROCESOS DE GESTION DE TALENTO HUMANO.	Contratación y Selección del personal	Solicitud de Contratación de personal en plazas vacantes.	requisitos de personal
				Gestión de nuevas plazas.	Requisitos para plazas vacantes
				Selección del personal	personal seleccionado
	Incorporación e Inducción.			Personal capacitado	
	Evaluación de Periodo de Prueba de plaza Interina.			personal evaluado aceptado o rechazado	
	Gestión de contrato de plaza en propiedad.			Elaboración de contrato	
	Capacitación del personal		Selección de temas de Interés.	Listado de temas	
Capacitaciones Internas.			Personal capacitado dentro de las instalaciones		

			Capacitaciones Externas.	Personal capacitado afuera de las instalaciones	
		Sistemas de Incentivos del personal	Sistema de Incentivos Por Antigüedad	Asignación de incentivos	
			Sistema evaluación al desempeño	personal evaluado	
	Administración de Suelos y Salarios		Control de Planillas.	Planillas	
	PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.	Servicio de certificación de Discapacidad		Programación de Usuario para certificación de discapacidad.	asignación de horario para evaluación
				Evaluación de la discapacidad.	Usuario evaluado
				Elaboración de la Certificación.	Certificación de discapacidad
				Autorización de la Certificación de Discapacidad.	certificación autorizada
	PROCESOS OPERATIVOS	PROCESO DE INGRESO DE USUARIOS	Obtener información de usuarios	Realizar contacto inicial	Usuarios identificados
				Realizar evaluación inicial	diagnostico preliminar
apertura expediente				registro de Usuarios	
Ingresar usuarios a servicios médicos y de apoyo			programar cita consulta especialista	Cita para consulta especialidad	
			realizar evaluación médico especialista	Diagnostico	
			Elaborar solicitud de intervención en áreas de terapia	Solicitud para tratamiento	
ingresar usuarios a servicios terapéuticos		Asignar cita para evaluación terapéutica	Cita para evaluación		
		Realizar evaluación inicial en terapia	Diagnostico en terapia		
PROCESO DE INTERVENCION A USUARIOS		Intervenir en servicios médicos		Brindar consulta subsecuente	Diagnósticos posterior
				Realizar evaluación Inter/multidisciplinaria	resultados de evaluación
			Brindar interconsulta	Diagnostico	

	Intervención terapéutica	Intervenir en modalidad de electroterapia	Usuario en tratamiento	
		Intervenir en modalidad cinesiterapia	Usuario en tratamiento	
		Intervenir en modalidad termoterapia	Usuario en tratamiento	
		Intervenir en modalidad actividades de la vida diaria	Usuario en tratamiento	
		Intervenir en modalidad orientación y movilidad	Usuario en tratamiento	
		Intervenir en modalidad funciones mentales superiores	Usuario en tratamiento	
		Intervenir en modalidad pre lingüística	Usuario en tratamiento	
		Intervenir en modalidad lingüística	Usuario en tratamiento	
		Intervenir en modalidad desordenes del habla	Usuario en tratamiento	
		Intervenir en terapia educativa	Usuario en tratamiento	
		Intervenir en educación física adaptada	Usuario en tratamiento	
		Intervenir en terapia lúdica	Usuario en tratamiento	
		Intervenir a usuarios en servicios psicológicos	brindar atención psicológica individual	Usuario en tratamiento
			brindar atención psicológica grupal	Atención a usuarios
		Intervenir a usuarios en servicio social	Realizar seguimiento de trabajo social	recolección de información
			Brindar asistencia al usuario	usuario orientado
			Realizar visita domiciliar	Información comprobada
		PROCESO DE EGRESO DE USUARIOS	Egreso solicitado	Egreso por solicitud de Usuario
	Egreso asignado		Egreso por cumplimiento de plan de Rehabilitación	Resumen clínico
			Egreso por Incumplimiento del Usuario	Resumen clínico

PROCESOS ESTRATEGICOS	PROCESOS DE GESTION GERENCIAL (GESTION DE PLANEACION,CALIDAD Y DESARROLLLO INSTITUCIONAL)	Direccionamiento Estratégico	Gestión del Plan Anual Operativo	Plan anual
			Gestión de los planes de trabajo anuales por área.	Plan anual
		Garantía de la Medición, Análisis y Mejora Continua.	Monitoreo periódicos de Indicadores Institucionales	Informe estadístico
			Medición y Análisis de Resultados.	Informe estadístico
			Toma de medidas correctivas y retroalimentación.	Acciones a realizar
			Gestión de comités de Apoyo a la Dirección	Reunión con comité de apoyo
		Comunicación y Promoción	Gestión para la conformación de Grupos de Interés.	Grupos de interés
			Monitoreo de Grupos de Interés	Control de grupos de interés
			Difusión de las Actividades mensuales del centro.	Plan de actividades
	PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES.	Gestión del UTEC	Ingreso de datos al sistema	Sistema actualizado
			Medición y Análisis de Resultados.	Control de resultados
			Medidas correctivas y retroalimentación.	Plan de acciones
		Gestión del EPI	Ingreso de datos al sistema	Sistema actualizado
			Medición y Análisis de Resultados.	Control de resultados
			Medidas correctivas y retroalimentación.	Plan de acciones
		Gestión del PERC	Ingreso de datos al sistema	Sistema actualizado
			Medición y Análisis de Resultados.	Control de resultados
			Medidas correctivas y retroalimentación.	Plan de acciones

Tabla 13 Clasificación de procesos CRIOR

7.4.1 RESUMEN DE MATRIZ DE PROCESOS

TIPO DE PROCESO	PROCESOS	SUB-PROCESOS	PROCEDIMIENTOS	PRODUCTOS
PROCESOS APOYO	PROCESOS ADMINISTRATIVOS	7	25	24
	PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN.	4	11	12
	PROCESOS DE GESTION DE TALENTO HUMANO.	4	12	12
	PROCESO DE EVALUACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD.	1	4	4
PROCESOS OPERATIVOS	PROCESOS DE INGRESO DE USUARIOS	3	8	8
	PROCESO DE INTERVENCION A USUARIOS	4	20	20
	PROCESO DE EGRESO DE USUARIOS	2	3	3
PROCESOS ESTRATÉGICOS	PROCESOS DE GESTION GERENCIAL (GESTION DE PLANEACION,CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL)	3	8	8
	PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES.	3	9	9
	TOTAL	30	100	101

Tabla 14 Resumen de matriz de procesos

Como se observa en la tabla resumen, a nivel global es CRIOR cuenta con 9 procesos principales que se dividen en sub-procesos de diferente nivel hasta llegar al nivel de procedimientos. En total se cuenta con 100 procedimientos identificados los cuales forman parte del quehacer diario del centro, a dichos procedimientos se les aplica a continuación el Análisis de Valor Agregado para determinar cuáles de ellos aportan valor a la prestación del servicio a los usuarios. Se modelaran los procesos operativos que son los que tienen mayor incidencia en la atención al cliente además de ser el eje fundamental para la mejora del servicio.

7.5 MODELADO DE PROCESOS ACTUALES

Se procede a la modelación de los procesos operativos que son los que tienen mayor incidencia en la atención al cliente además de ser el eje fundamental para la mejora del servicio.

PROCESOS OPERATIVOS	PROCESOS DE INGRESO DE USUARIOS
	PROCESO DE INTERVENCION A USUARIOS
	PROCESO DE EGRESO DE USUARIOS

Tabla 15 Clasificación de procesos operativos

1. Procesos Operativos.

1.1. Proceso de Ingreso a Usuarios

1.1.1. Proceso de Registro.

1.1.1.1. Toma y Recepción de Datos

1.1.1.2. Evaluación Inicial

1.1.1.3. Apertura del Expediente

1.1.2. Evaluación Médica General.

1.1.2.1. Programación de Cita con Medicina General.

1.1.2.2. Consulta Subsecuente.

1.1.2.3. Estudio Socio-Económico

1.1.3. Ingreso a Servicios Médicos.

1.1.3.1. Programación de Cita con especialista.

1.1.3.2. Realizar evaluación Médica Completa.

1.1.4. Ingreso a Servicios Terapéuticos

1.1.4.1. Programación de Cita con especialista en terapia.

1.1.4.2. Realizar evaluación Inicial de Terapia.

1.2. Proceso: Intervenir a Usuarios

1.2.1. Intervenir en Servicios Médicos

1.2.1.1. Brindar Consulta Subsecuente

1.2.1.2. Realizar Evaluación Inter/Multidisciplinaria

1.2.1.3. Brindar Interconsulta

- 1.2.2. Intervenir Usuario en Terapia
 - 1.2.2.1. Intervenir en Modalidad de Electroterapia
 - 1.2.2.2. Intervenir en Modalidad Cinesiterapia
 - 1.2.2.3. Intervenir en Modalidad Termoterapia
 - 1.2.2.4. Intervenir en Modalidad Actividades de la Vida Diaria
 - 1.2.2.5. Intervenir en Modalidad Orientación y Movilidad
 - 1.2.2.6. Intervenir en Modalidad Funciones Mentales Superiores
 - 1.2.2.7. Intervenir en Modalidad Pre lingüística
 - 1.2.2.8. Intervenir en Modalidad Lingüístico
 - 1.2.2.9. Intervenir en Modalidad Desordenes Específicos del Habla
 - 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
 - 1.2.4.2. Brindar Asistencia al Usuario
 - 1.2.4.3. Realizar Visita Domiciliar
- 1.3. Egresar Usuarios
- 1.3.1. Elaborar solicitud de egreso
 - 1.3.2. Autorizar solicitud de egreso
 - 1.3.3. Elaborar resumen clínico del usuario

7.5.1 MÉTODOLÓGIA DEL MODELADO DE PROCESOS.

El modelado de procesos actuales es muy importante ya que nos muestra la interacción que tienen diferentes actividades y funciones que se realizan para brindar servicio al usuario.

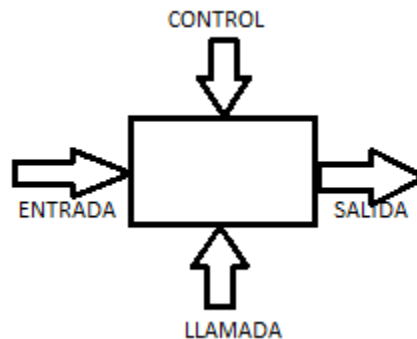
Por lo general, los procesos, funciones y actividades de una empresa son complejos, tediosos y difíciles de entender. Ante esta dificultad, se requiere de un diseño eficiente y actualizado junto a una técnica la cual permita documentar en una forma clara y precisa toda la información importante y necesaria para la organización.

En esta ocasión, se utilizará la técnica de modelamiento de procesos IDEF 0, la cual se describe a continuación:

IDEFO o **IDEF0**¹⁵ (*Integration Definition for Function Modeling*) es un método diseñado para modelar decisiones, acciones y actividades de una organización o sistema. IDEF0 se derivó de un lenguaje gráfico bien establecido, el análisis estructurado y Técnica de Diseño.

Esta metodología presenta 2 componentes principales, los cuales son:

- **Caja de procesos o funciones:** Un proceso o función es algo que ocurre en un periodo de tiempo y produce un resultado gracias a una entrada. Su representación gráfica es una caja.
- **Flechas:** las flechas (ICOM) representan la información que define una actividad, actúan sobre la actividad o salen de ella para actuar en otra. Una actividad involucra:



La ENTRADA es la información que sufrirá una transformación, CONTROL son los mecanismos de control normalizados por la organización que se está analizando; la LLAMADA son los entes involucrados para la realización de esa actividad o función; las SALIDAS son los resultados de la transformación de la información de la entrada.

• ¹⁵ Metodología IDEF0: <http://es.slideshare.net/JuanPablo157/diagramas-idef-0-y-3-11697598>

7.6 PROCESOS OPERATIVOS.

7.6.1 PROCESO DE INGRESO A USUARIOS

PROCESO: INGRESO AL PROCESO DE REHABILITACION

MISION

Realizar el primer contacto con el usuario, diagnosticar el tipo de discapacidad, el grado de complejidad y posible evolución, determinando un programa de terapias y tratamiento acorde a su necesidad y a la capacidad del centro.

RESPONSABLE

No está definido el responsable.

LIMITES

Inicia cuando el usuario llega por primera vez al Centro por medio de una referencia de un hospital público o de alguna institución privada, siempre y cuando no haya sido atendido por este centro por el mismo problema por al menos un año. Finaliza, cuando después de su evaluación general, se ha determinado un programa de tratamiento y el posible grado de mejora o corrección de su discapacidad.

PROVEEDORES	ENTRADAS	SUBPROCESOS	SALIDAS	USUARIOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuarios. ▪ Instituciones Públicas. ▪ Instituciones Privadas. ▪ La comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discapacidad de los Usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recepción del paciente y toma de datos. ▪ Creación de cuadro Clínico ▪ Evaluación médica: Medician General. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de rehabilitación. ▪ Asignación de Terapias y especialistas. ▪ Asignación de horarios de Teraias. ▪ Refrencias hacia otras especialidades fuera del Centro 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicos. ▪ Terapistas. ▪ Usuarios

DOCUMENTOS

- Modelo de Atención y Provisión CRIO – CRIOR
- Normas Técnicas del Expediente Clínico (ESDOMED)
- Lineamientos del Programa de Epidemiología

INDICADORES

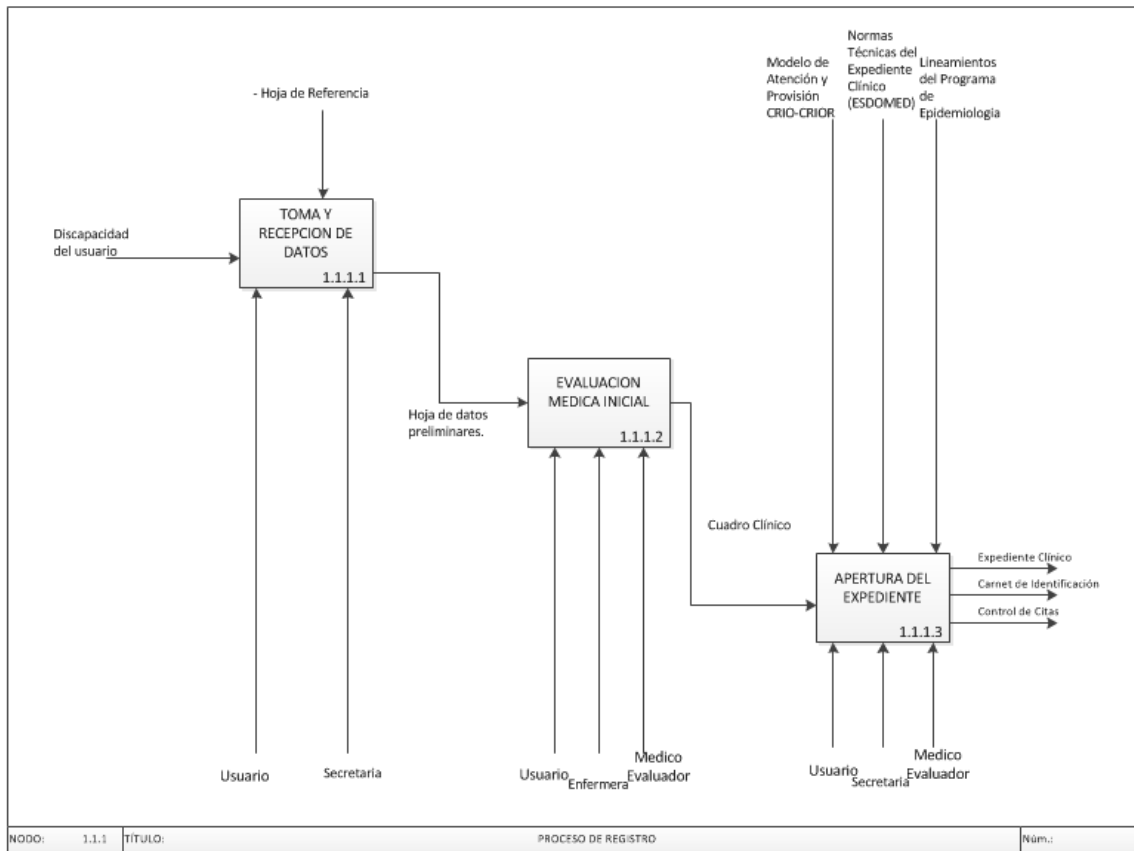
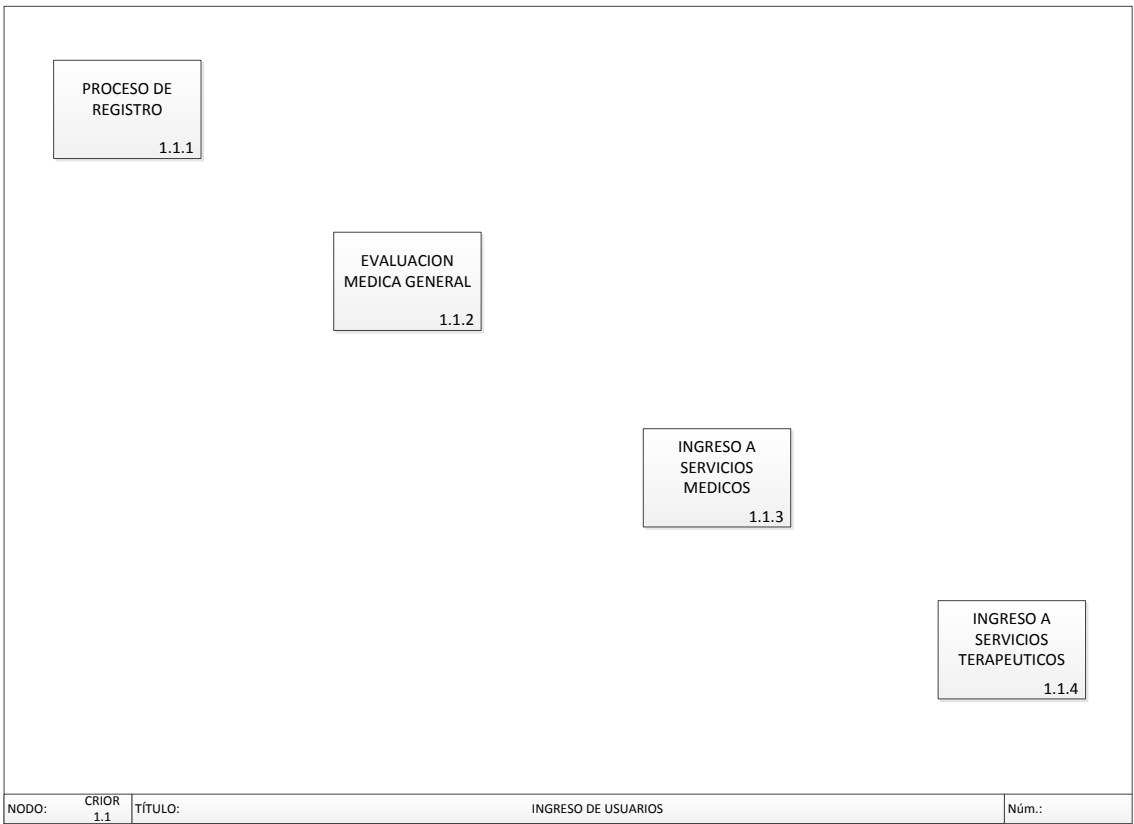
- Porcentaje de nuevos usuarios.
- Porcentaje de pacientes atendidos.
- Índice de Ocupación por programa de rehabilitación.

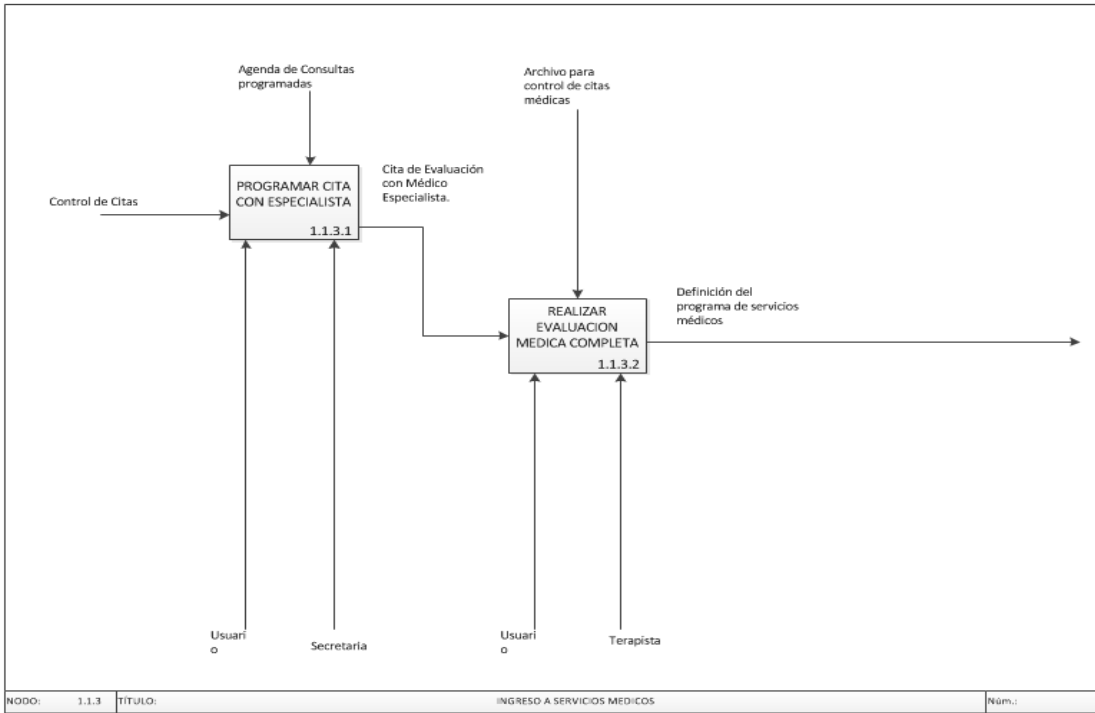
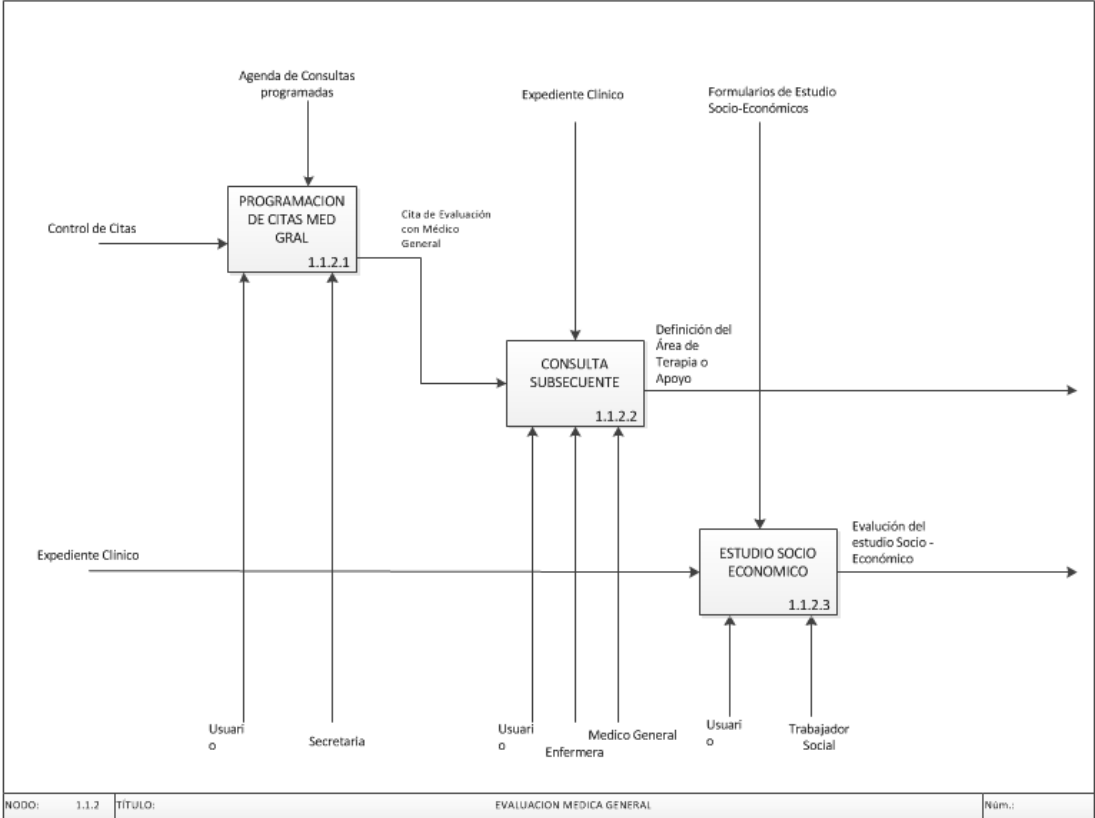
CARGOS

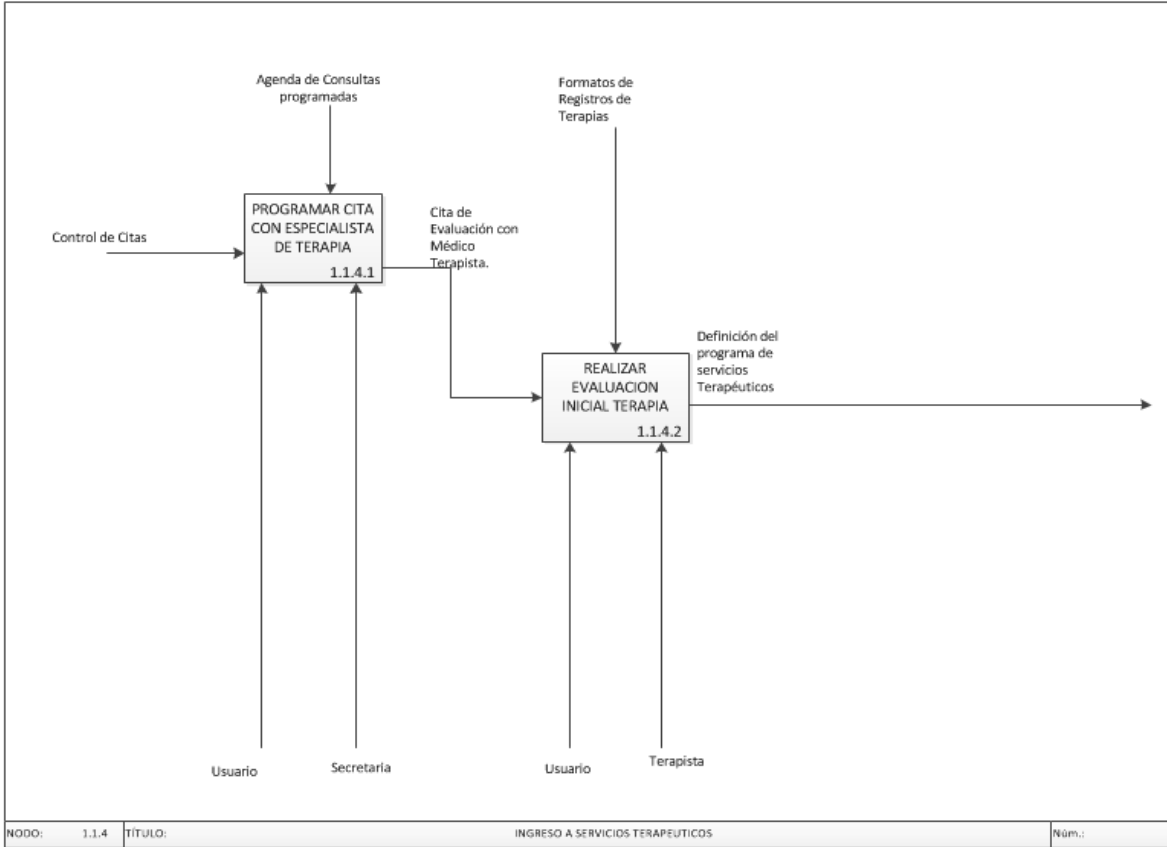
- Secretaria.
- Auxiliar Trabajo Social.
- Médico General.
- Auxiliar de Terápia.
- Terapistas

RECURSOS

Instalaciones del Centro
Personal capacitado.
Formularios y papelería

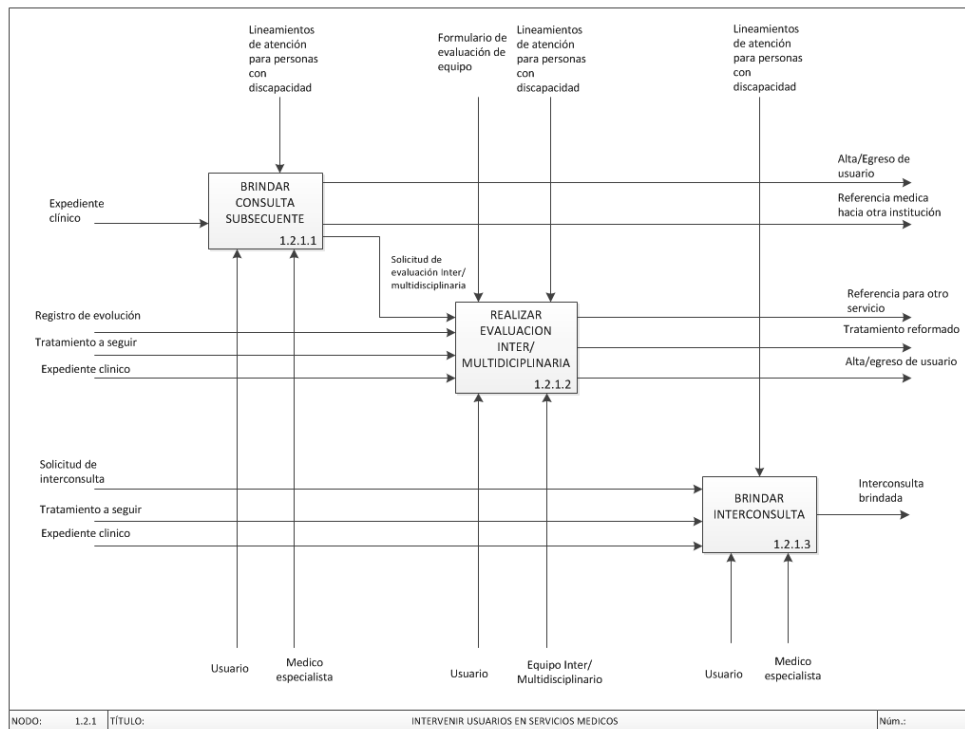
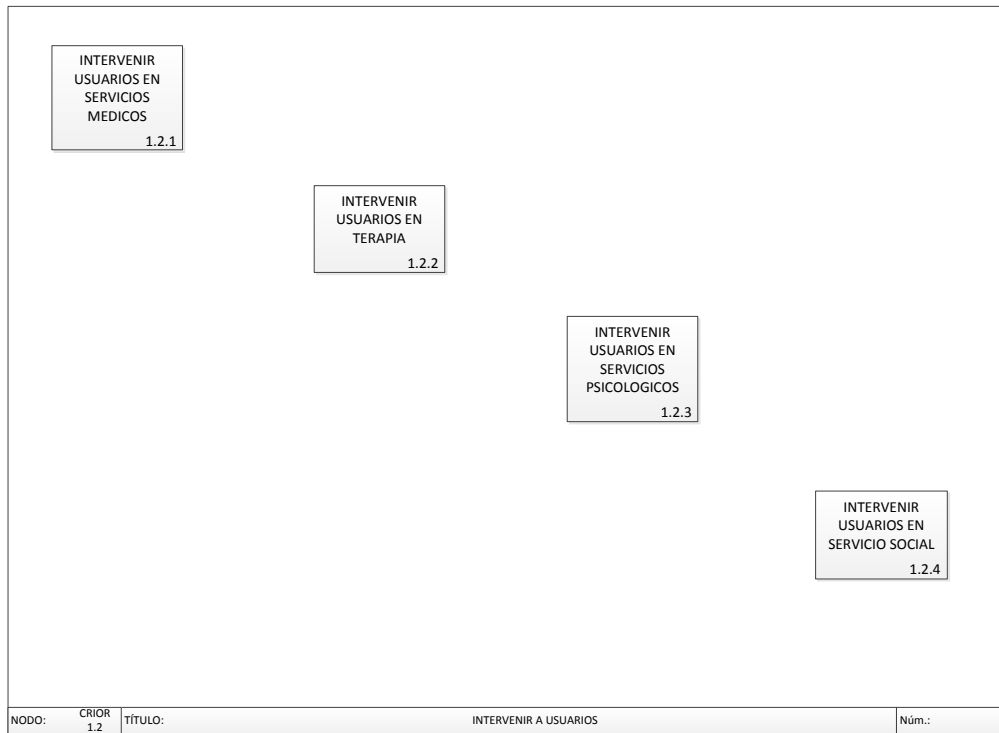


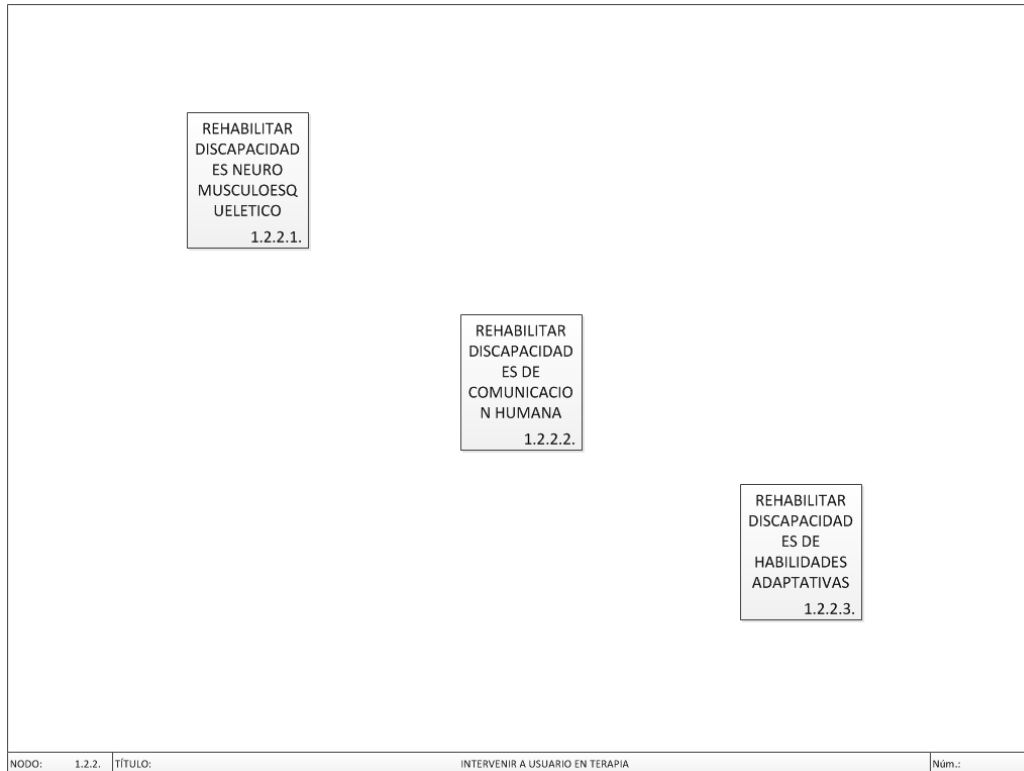
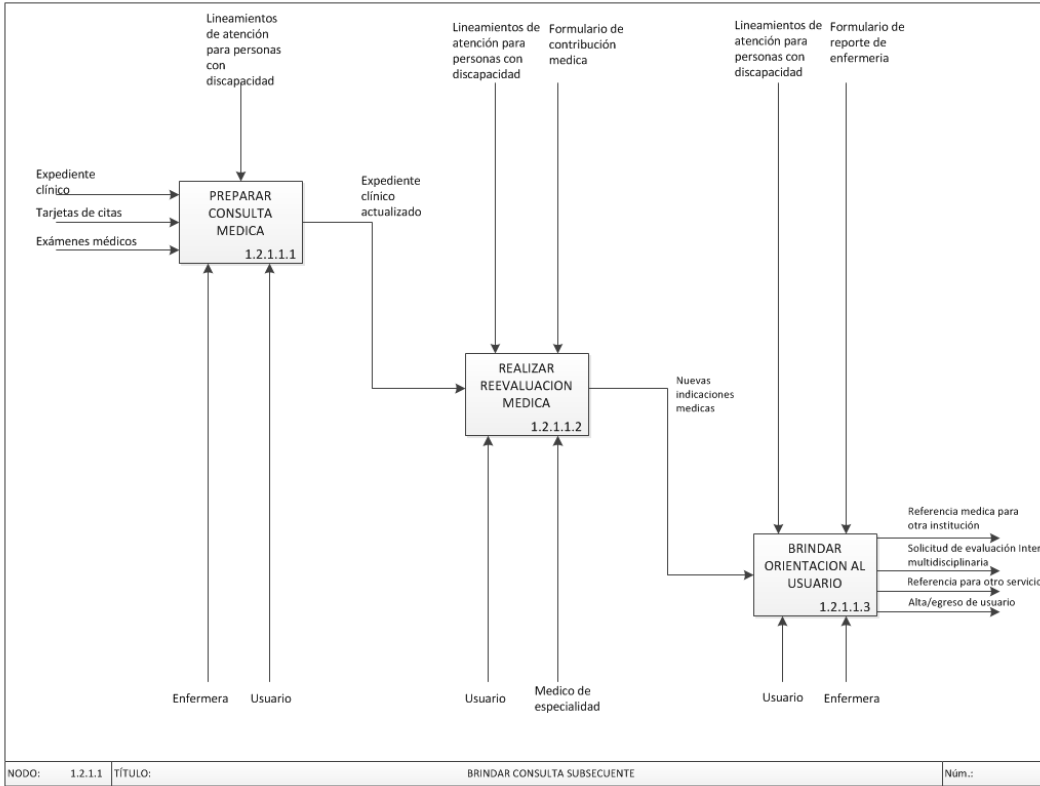


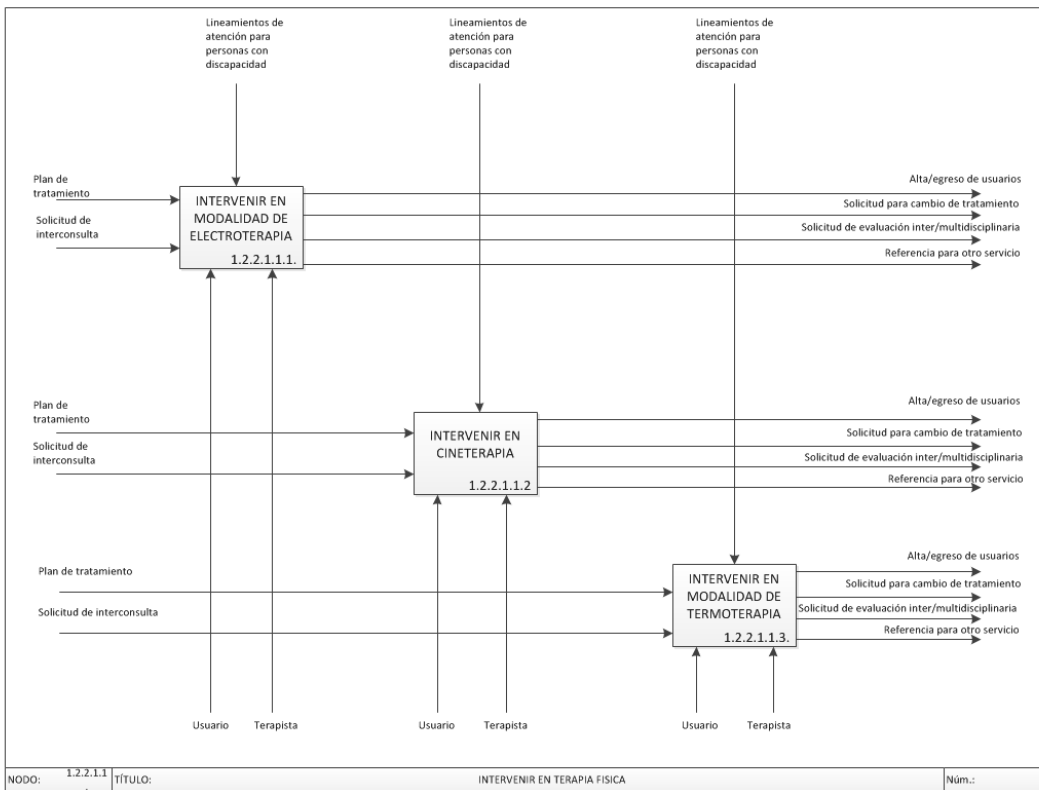
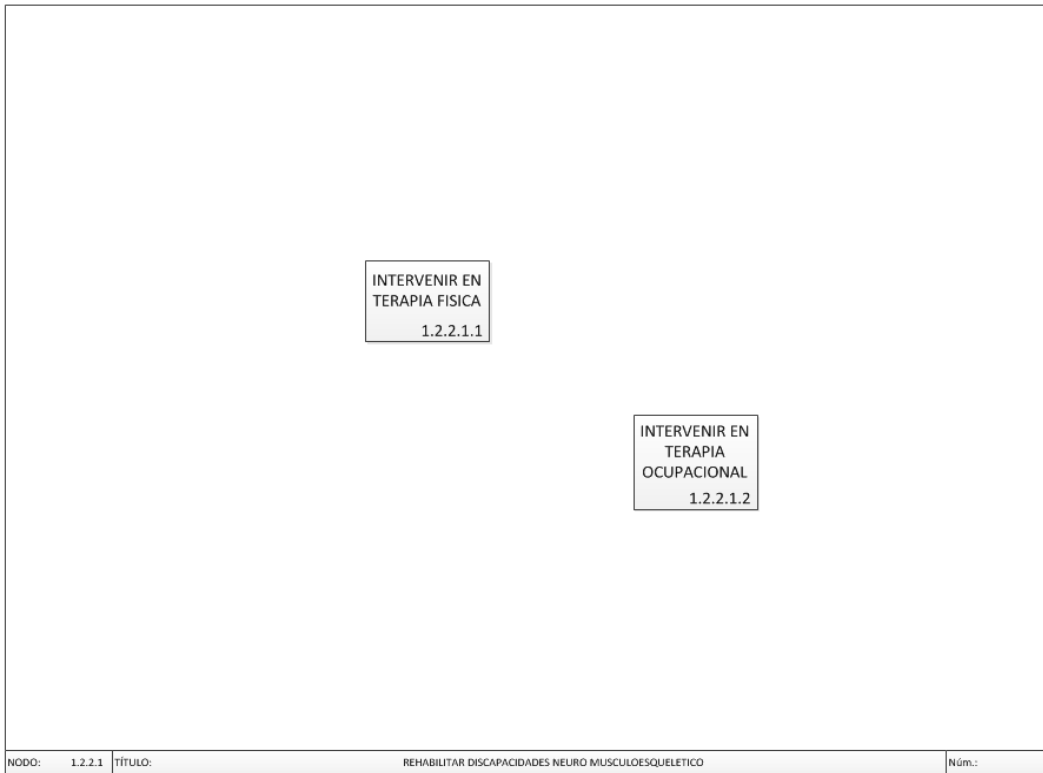


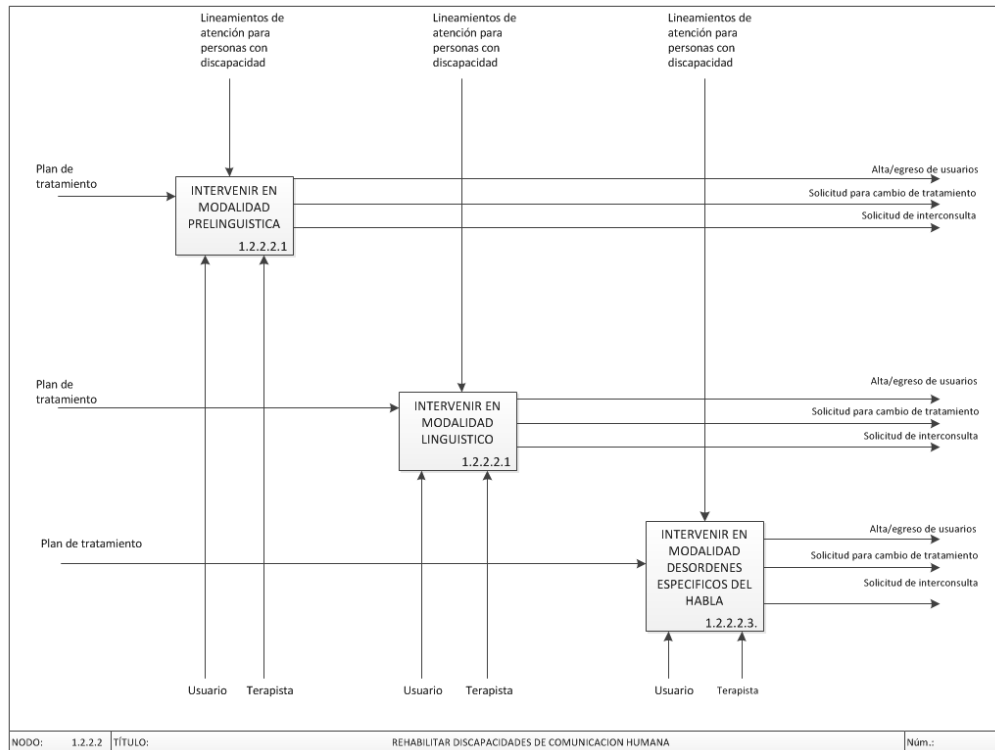
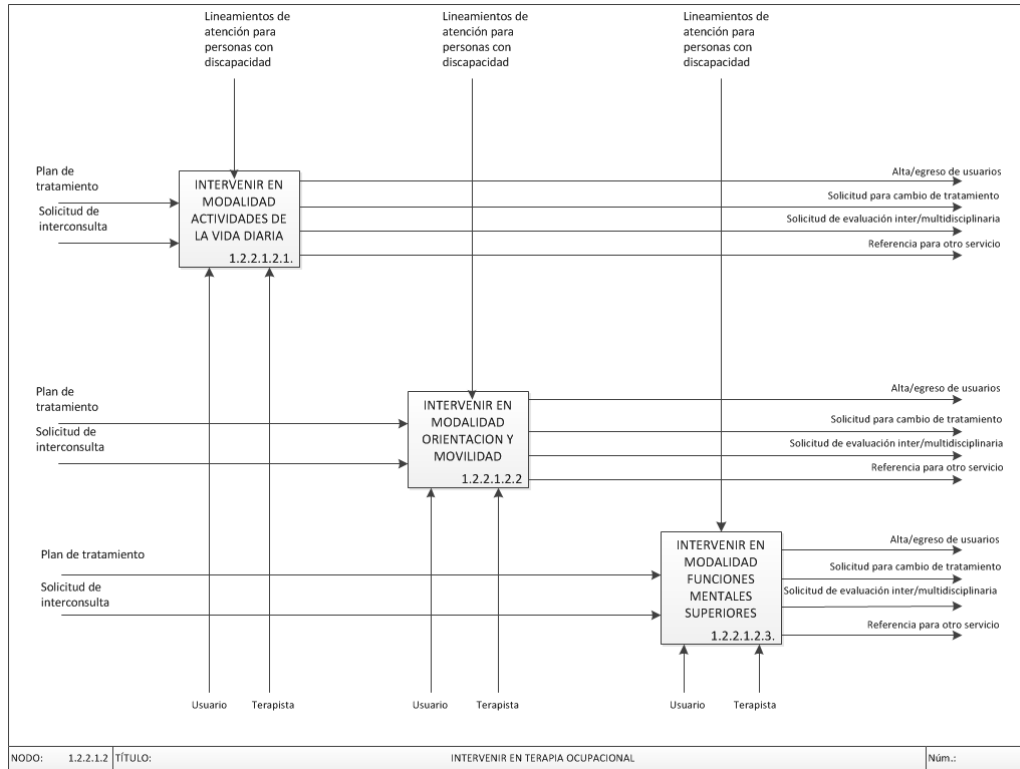
7.6.2 PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE USUARIOS

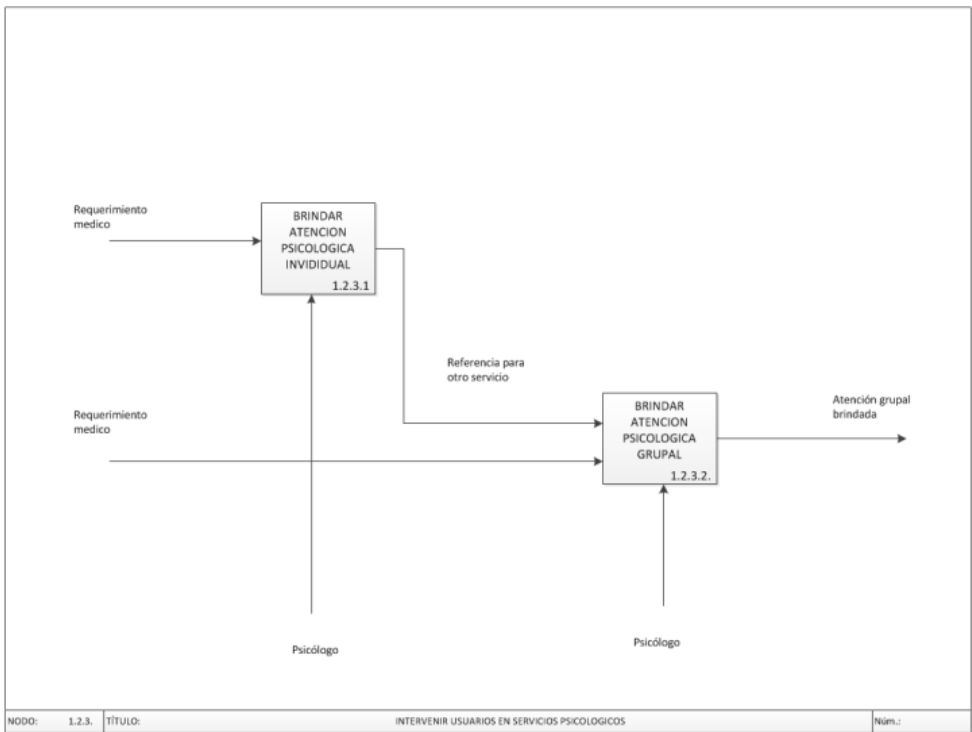
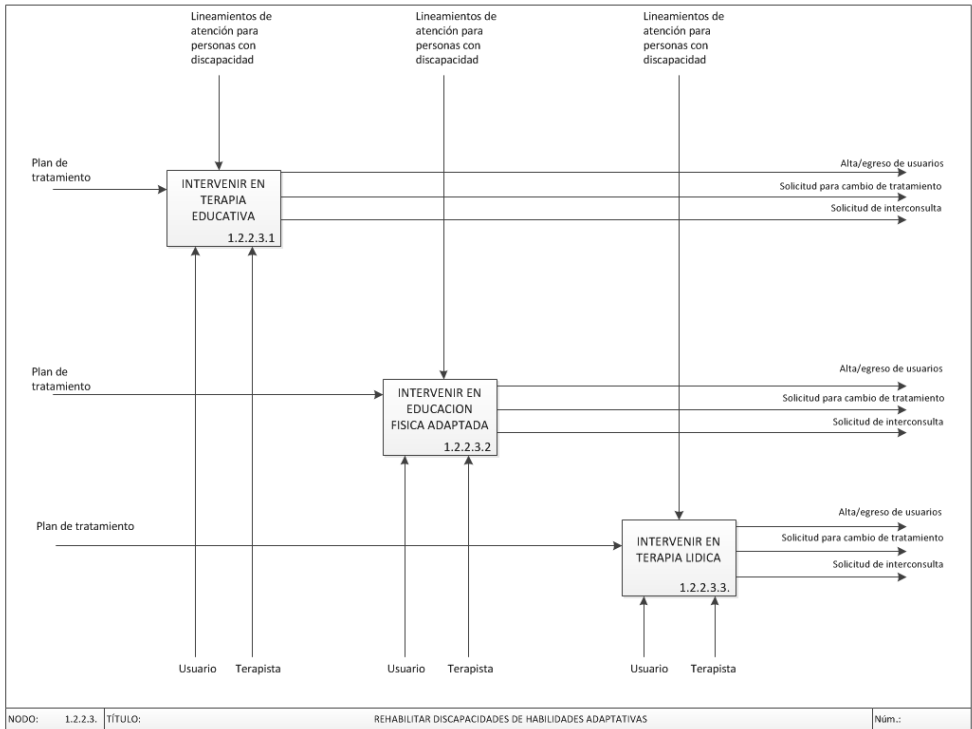
MISION				
Intervenir al usuario en las diferentes disciplinas o modalidades, aplicando técnicas, ejercicios, y brindándoles atención mediante los programas musculo esquelético, neurológico, comunicación humana y educativo.				
RESPONSABLE				
Lic. Mirna Rosa Romero				
LIMITE				
Inicia cuando el usuario es atendido en su primera terapia, y finaliza cuando el usuario es dado de alta, sea esta voluntaria, por cumplimiento de tratamiento o por ausencia.				
PROVEEDORES	ENTRADAS	SUB-PROCESOS	SALIDAS	USUARIOS
Ingresar usuarios a los servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidades de usuarios • Plan de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • intervenir a usuarios en servicios médicos • Intervenir a usuarios en servicios terapéuticos • Intervenir a usuarios en servicios psicológicos • Intervenir a usuarios en servicio de trabajo social 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuario atendido • Usuario rehabilitado • Alta de usuario 	Egresar usuarios de los servicios de rehabilitación
DOCUMENTOS				
<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de atención y provisión CRIO-CRIOR • Normas técnicas del expediente clínico • 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 • porcentaje de nuevos usuarios 				
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 oriente • Formularios • Equipos • Mobiliario 				

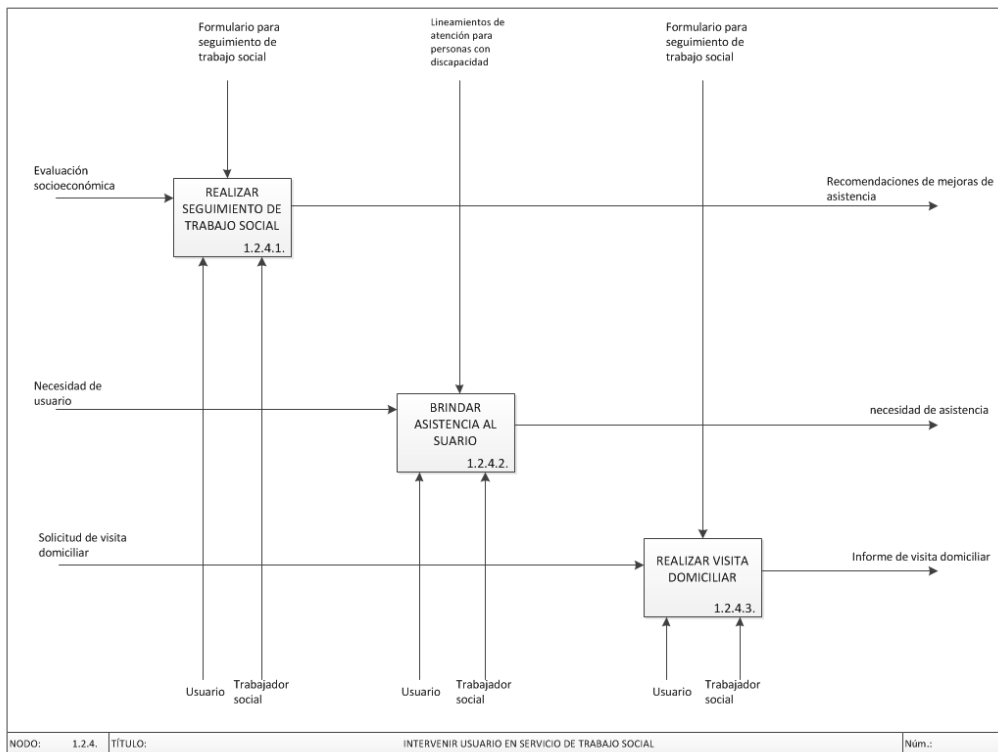
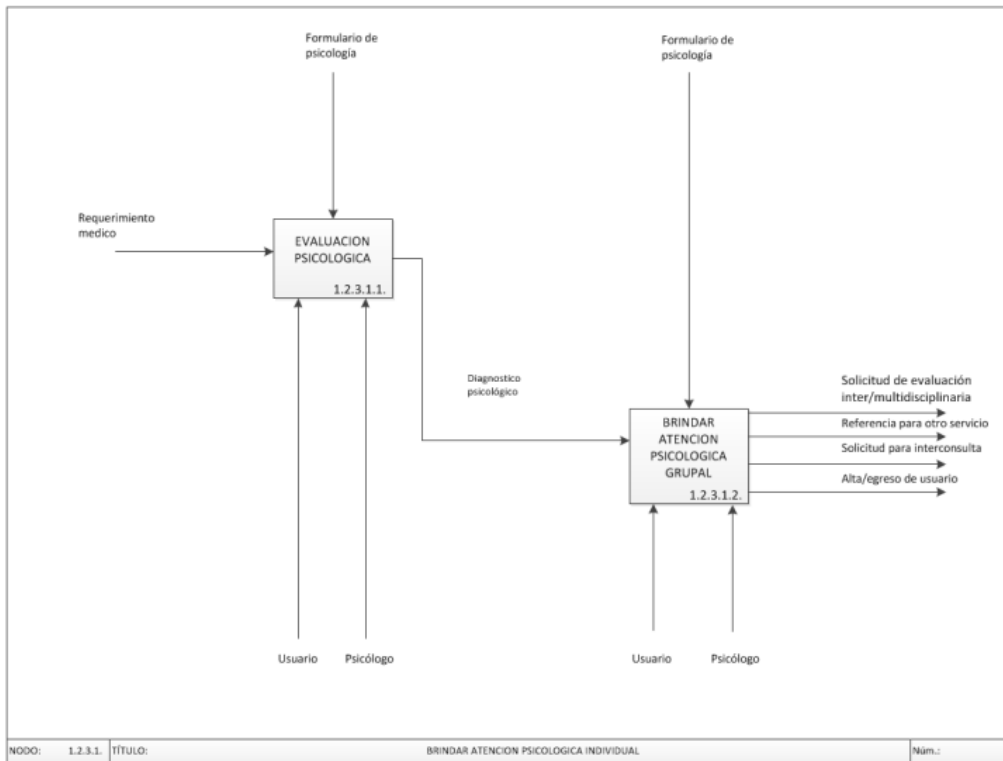






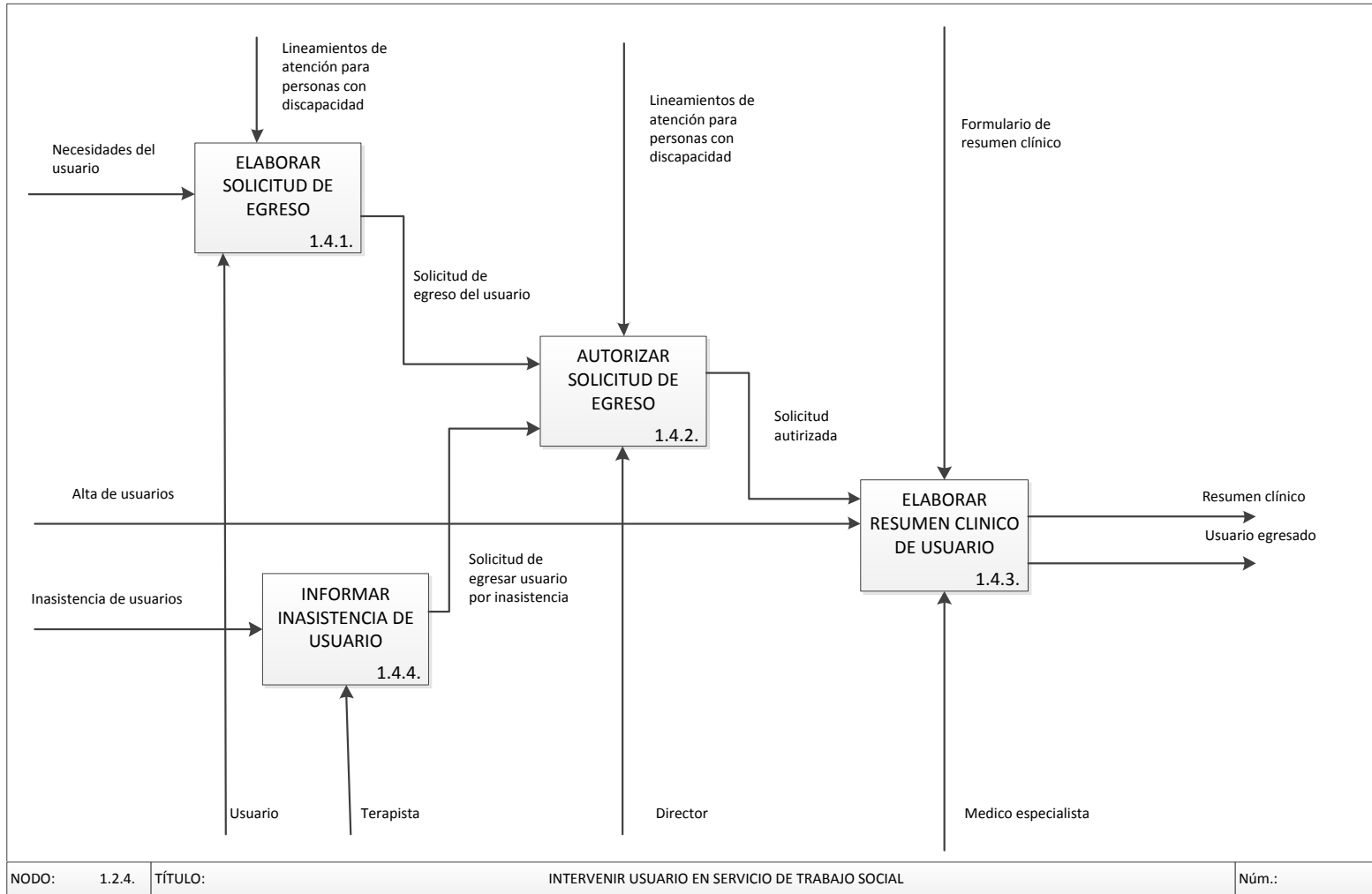






7.6.3 PROCESO DE EGRESO DE USUARIOS

MISION				
Egresar usuarios de los servicios de rehabilitación del centro				
RESPONSABLE				
Médico especialista				
LIMITE				
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
Intervenir usuarios en servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> Alta de usuarios Solicitud de egreso voluntario Solicitud de egreso por inasistencia 	Egreso por cumplimiento de metas Egreso por inasistencia Egreso voluntario	Resumen clínico	Usuario
DOCUMENTOS				
<ul style="list-style-type: none"> Modelo de atención y provisión CRIO-CRIOR Lineamientos para la atención en la rehabilitación del ISRI 				
INDICADORES				
Usuarios egresados				
CARGOS				
<ul style="list-style-type: none"> Médico especialista Terapista Directos del CRIOR 				
RECURSOS				
<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones del Centro de rehabilitación integral de oriente Formularios 				



7.7 VALOR AGREGADO DE LOS PROCESOS

Evaluar el valor agregado es un principio esencial en el mejoramiento básico del proceso. Las actividades de valor agregado real son aquellas que desde el punto de vista del usuario final son requeridas para proveer al producto o servicio lo que el cliente está esperando. Hay muchas actividades que se ejecutan porque son requeridas por el establecimiento, pero que no agregan valor desde el punto de vista del cliente, estas son las actividades de valor agregado para el establecimiento.

El Análisis de Valor Agregado (AVA), como una técnica de Lean Manufacturing consiste en examinar en forma detallada cada fase de un proceso, para determinar si contribuye a las necesidades o requisitos de los grupos de interés de la empresa, y optimizar los pasos que aportan valor añadido y minimizar o eliminar los que no aportan ninguno.

OBJETIVOS DEL AVA

- Asegurar la satisfacción de los requisitos de los grupos de interés (clientes internos, clientes externos, directivos, etc.): Asegurarse de que un proceso, aporta valor a los grupos relacionados con el mismo.
- Valida la estructura definida por la dirección para organizar sus operaciones
- Permite determinar si las personas que desempeñan el trabajo entienden o no lo que tienen que hacer.

El valor es definido desde el punto de vista del cliente final o del proceso administrativo. Las actividades que deben ser ejecutadas para satisfacer los requerimientos de los clientes son consideradas Actividades de Valor Agregado Real. Las actividades que no contribuyen a satisfacer los requerimientos de los clientes, y que pueden ser eliminadas sin que degraden el producto o servicio, son consideradas actividades que no agregan valor (ANV).

CLASIFICACIÓN

Los procedimientos serán evaluados y clasificados en las siguientes categorías:

Procedimientos que generan Valor Agregado Real (VAR).

Son aquellos procedimientos que generan algún tipo de valor agregado dentro del CRIOR y se subdividen en base al tipo de valor generado en:

Valor Agregado para el Cliente VAC:

Procedimientos que generan valor agregado desde el punto de vista del cliente. El cliente las considera necesarias para cumplir sus expectativas.

- **Valor Agregado para la Empresa VAE:**

Procedimientos que generan valor agregado para la organización. El cliente no las percibe pero son necesarias para realizar la prestación del servicio.

Procedimientos que No generan Valor Agregado Real (NVA).

Son aquellos procedimientos que no generan ningún tipo de valor agregado dentro del CRIOR y se subdividen en base al tipo procedimiento en:

- **Preparación:**

Procedimientos que son de preparación para poder prestar el servicio a los usuarios.

- **Espera:**

Procedimientos de espera que deben realizarse durante el proceso.

- **Movimiento:**

Procedimiento que se presenta al realizar un movimiento de documentación o personal.

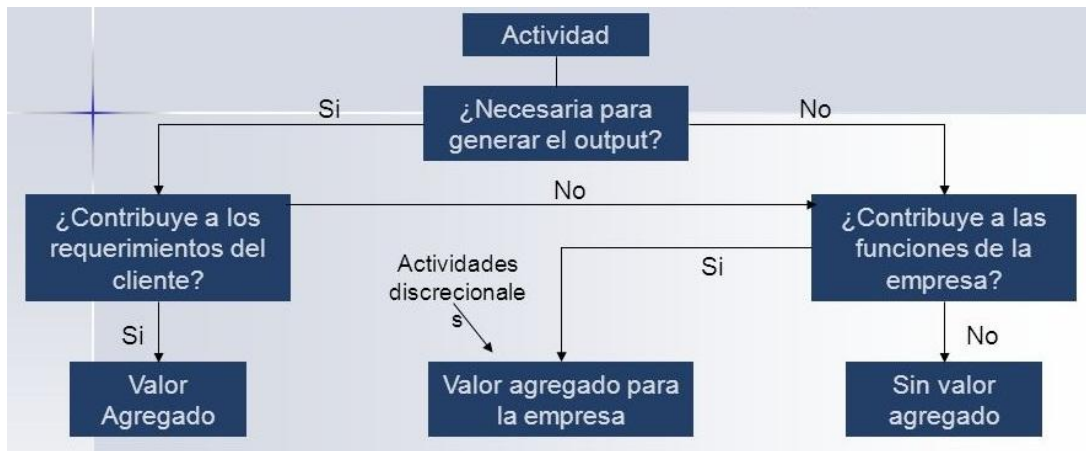
- **Inspección:**

Procedimiento relacionado a una supervisión o revisión de un aspecto relacionado al servicio.

- **Archivo:**

Procedimiento relacionado al almacenamiento de información dentro del CRIOR.

Para determinar si una actividad agrega valor al proceso se utiliza el siguiente diagrama, considerando que no todas las actividades que no proveen valor agregado han de ser innecesarias; éstas pueden ser actividades de apoyo, y ser requeridas para hacer más eficaces las funciones de dirección y control; sin embargo, se deben reducir al mínimo el número de estas actividades.



A continuación se presenta el análisis correspondiente a los procedimientos identificados en la institución, proveniente del mapa de procesos. Con esto se busca identificar y clasificar los procedimientos bajo las siguientes premisas:

- Generan valor real: optimizarlos
- No generan valor pero son necesarios: reducirlos
- No generan valor y no son necesarios: eliminarlos

7.7.1 ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS ESTRATÉGICOS

PROCESOS DE GESTION GERENCIAL								
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Gestión de los planes de trabajo anuales por área.		1					
2	Monitoreo periódicos de Indicadores Institucionales						1	
3	Medición y Análisis de Resultados.		1					
4	Toma de medidas correctivas y retroalimentación.		1					
5	Gestión de comités de Apoyo a la Dirección		1					
6	Gestión para la conformación de Grupos de Interés.		1					
7	Monitoreo de Grupos de Interés						1	
8	Difusión de las Actividades mensuales del centro.		1					
	TOTAL	0	6	0	0	0	2	0

PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION								
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Ingreso de datos al sistema (UTECH)							1
2	Medición y Análisis de Resultados. (UTECH)		1					
3	Medidas correctivas y retroalimentación. (UTECH)		1					
4	Ingreso de datos al sistema (EPI)							1
5	Medición y Análisis de Resultados. (EPI)		1					
6	Medidas correctivas y retroalimentación. (EPI)		1					
7	Ingreso de datos al sistema (PERC)							1
8	Medición y Análisis de Resultados. (PERC)		1					
9	Medidas correctivas y retroalimentación. (PERC)		1					
	TOTAL	0	6	0	0	0	0	3

7.7.2 ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS

PROCESO DE INGRESO DE USUARIOS								
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Realizar contacto inicial	1						
2	Realizar evaluación inicial	1						
3	apertura expediente	1						
4	programar cita consulta especialista	1						
5	realizar evaluación médico especialista	1						
6	Elaborar solicitud de intervención en áreas de terapia	1						
7	Asignar cita para evaluación terapéutica	1						
8	Realizar evaluación inicial en terapia	1						
	TOTAL	8	0	0	0	0	0	0

PROCESO DE INTERVENCION DE USUARIOS								
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Brindar consulta subsecuente						1	
2	Realizar evaluación Inter/multidisciplinaria						1	
3	Brindar interconsulta						1	
4	Intervenir en modalidad de electroterapia	1						
5	intervenir en modalidad cinesiterapia	1						
6	intervenir en modalidad termoterapia	1						
7	intervenir en modalidad actividades de la vida diaria	1						
8	intervenir en modalidad orientación y movilidad	1						
9	intervenir en modalidad funciones mentales superiores	1						
10	intervenir en modalidad pre lingüística	1						
11	intervenir en modalidad lingüística	1						
12	intervenir en modalidad desordenes del habla	1						
13	intervenir en terapia educativa	1						
14	intervenir en educación física adaptada	1						
15	intervenir en terapia lúdica	1						
16	brindar atención psicológica individual	1						
17	brindar atención psicológica grupal	1						
18	Realizar seguimiento de trabajo social	1						
19	Brindar asistencia al usuario	1						
20	Realizar visita domiciliar	1						
	TOTAL	17	0	0	0	0	3	0

PROCESO DE EGRESO DE USUARIOS								
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Egreso por solicitud de Usuario	1						
2	Egreso por cumplimiento de plan de Rehabilitación	1						
3	Egreso por Incumplimiento del Usuario	1						
	TOTAL	3	0	0	0	0	0	0

PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.								
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Programación de Usuario para certificación de discapacidad.			1				
2	Evaluación de la discapacidad.	1						
3	Elaboración de la Certificación.	1						
4	Autorización de la Certificación de Discapacidad.	1						
	TOTAL	3	0	1	0	0	0	0

7.7.3 ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS DE APOYO

PROCESO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS								
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Préstamo de Bienes Muebles entre ambientes (Áreas del centro)	1						
2	Transferencias de Bienes Muebles entre ambientes	1						
3	Transferencia de bienes muebles entre dependencias	1						
4	Descargo de Bienes Muebles			1				
5	Levantamiento de Inventario							1
6	Apertura de Fondo de Caja Chica		1					
7	Solicitud y Adquisición de la Compra.		1					
8	Reintegro de Fondo de Caja Chica.		1					
9	Liquidación de Caja Chica							1
10	Solicitud de Compra de Bienes Incluidos en el PAA		1					
11	Dar seguimiento a la Gestión de Adquisición de los bienes.				1			
12	Control y Seguimiento de Contratos de Bienes y Servicios.							1
13	Seguimiento de la PAA.							1
14	Control y seguimiento del uso del transporte.							1
15	Suministro de combustible (Manejo y control de cupones)			1				
16	Gestión de la Aprobación de la Donación		1					
17	Recepción de la donación		1					

18	Registro de donación tangible o intangible.									1
19	Elaboración del Presupuesto Anual.		1							
20	Control de la Ejecución del Presupuesto.		1							
21	Control de Marcación Llegadas tempranas y tardías								1	
22	Gestión de Medidas Disciplinarias								1	
23	Control de Misiones Oficiales								1	
24	Administración de Permisos y Licencias.		1							
25	Otorgamiento de Tiempo compensatorio.		1							
	TOTAL	3	10	2	1	0	6	3		

PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN.										
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA					A	
		VAC	VAE	P	E	M	I			
1	Ornato, Limpieza y Aseo		1							
2	Mantenimiento Preventivo de Instalaciones y Equipo		1							
3	Mantenimiento Correctivo de Instalaciones y Equipo.		1							
4	Mantenimiento Preventivo de Vehículos								1	
5	Mantenimiento Correctivo de Vehículos			1						
6	Mantenimiento Informático preventivo programado y mantenimiento correctivo								1	
7	Asistencia Remota o Presencial.			1						
8	Orientación y Control a personas que ingresan a la Institución.	1								
9	Registro de Novedad o Hallazgo Relevante		1							
10	Retiro e Ingreso de Equipo o Material			1						
11	Registro de Salida de Personal con Misión Oficial y Permisos Personales									1
	TOTAL	1	4	3	0	0	2	1		

PROCESOS DE GESTION DEL TALENTO HUMANO										
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA					A	
		VAC	VAE	P	E	M	I			
1	Solicitud de Contratación de personal en plazas vacantes.					1				
2	Gestión de nuevas plazas.				1					
3	Selección del personal				1					
4	Incorporación e Inducción.			1						
5	Evaluación de Periodo de Prueba de plaza Interina.		1							
6	Gestión de contrato de plaza en propiedad.					1				
7	Selección de temas de Interés.			1						
8	Capacitaciones Internas.		1							
9	Capacitaciones Externas.		1							
10	Sistema de Incentivos Por Antigüedad		1							
11	Sistema evaluación al desempeño								1	
12	Control de Planillas.								1	
	TOTAL	0	4	2	2	2	2	0		

RESUMEN DE ANÁLISIS DE VALOR GANADO

SIGLA	COMPOSICION DE PROCEDIMIENTOS	N° DE PROCEDIMIENTOS
VAC	VALOR AGREGADO CLIENTE	35
VAE	VALOR AGREGADO EMPRESA	30
P	PREPARACION	8
E	ESPERA	3
M	MOVIMIENTO	2
I	INSPECCION	15
A	ARCHIVO	7
TOTAL PROCEDIMIENTOS DE VAR		65
TOTAL PROCEDIMIENTOS DE NVA		35

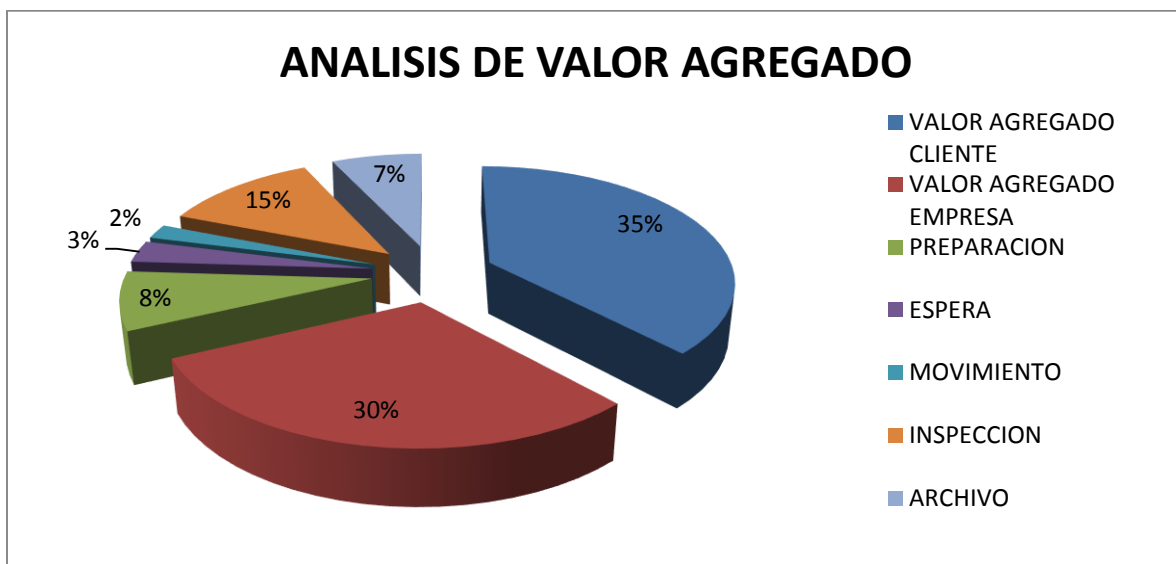


Tabla 16 Análisis de valor agregado

- Del total de procedimientos del CRIOR analizados, un 35% equivalen a procedimientos con valor agregado para el cliente.
- Del total de procedimientos del CRIOR analizados, un 30% corresponden a procedimientos que generan valor para el centro.
- Podemos observar que 65 de los procedimientos analizados generan valor ya sea para el cliente o la empresa, equivalente al 65% de los procedimientos analizados. Mientras que un 35% de los procedimientos no generan valor.

7.8 PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA EN EL MODELADO DE PROCESOS

SITUACION PROBLEMÁTICA	CAUSA	EFECTO
<p>Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio. • Actividades que no agregan 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.
<p>Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Procesos no identificados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio. • Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos.

<p>Procesos no alineados a los requerimientos del usuario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio • Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.
<p>Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio. • procesos no identificados 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades que no agregan valor al proceso
<p>Actividades que no agregan valor al proceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario. • Deficiencia en la identificación de los responsables de los procesos. • No se utilizan los indicadores adecuadamente para la toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio. • Insatisfacción del usuario • Consumo de tiempo en actividades innecesarias.
<p>No se utilizan los indicadores adecuados para la toma de decisiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades que no agregan valor al proceso. • Deficiencia en el cumplimiento de algunas especificaciones de calidad mínima del servicio • Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio
<p>Deficiencia en el cumplimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia en el cumplimiento de algunas

<p>de algunas especificaciones de calidad mínimas del servicio.</p>	<p>garantizar la calidad del servicio</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<p>especificaciones de calidad mínimas del servicio.</p>
<p>Poca amabilidad de algunas partes del personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias de acciones e instrumentos que permitan garantizar la calidad del servicio • Deficiencia en mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción del usuario • Nivel de calidad del servicio bajo

Tabla 17 problemática identificada en el modelado de los procesos

8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

8.1 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

EL Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) es una institución pública que se dedica a brindar atención a personas con discapacidad, éste nace a partir de la creación de la Asociación Salvadoreña de Rehabilitación el 25 de noviembre de 1957. La creciente demanda de los servicios le dio paso a la apertura de las dependencias del ISRI, entre ellas, el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) en julio de 1987; centro en el que se realizara el estudio. El CRIOR brinda servicios de rehabilitación en las áreas físicas, sensoriales, comunicación humana, audiología y pre-vocacional. Además se dedican a la elaboración de prótesis a usuarios con amputaciones de miembros superiores e inferiores.

La organización del CRIOR está comprendida en cuatro áreas las cuales son servicios: de rehabilitación, médicos, de apoyo y complementarios; éstas áreas presentan los siguientes resultados en cuanto a las atenciones brindadas según lo planeado; 95%, 73%, 81% y 97% respectivamente. Pero estos porcentajes *no reflejan a todos aquellos pacientes que están a la espera de un cupo para iniciar su proceso de rehabilitación los cuales ascienden hasta 100 pacientes en algunos casos*, las esperas para ello comprenden duraciones de 4 a 5 meses.

El compromiso adquirido por el gobierno para avanzar en la profesionalización de la función pública del país; mediante la carta iberoamericana de la calidad, indica la necesidad de fortalecer las capacidades institucionales públicas para dar satisfacción a los requerimientos ciudadanos. A tal efecto, es necesario impulsar criterios de universalización que atiendan la diversidad y complejidad de dichos requerimientos, así como fortalecer la calidad de la gestión pública para que sea un real instrumento al servicio de la cohesión social.

El CRIOR presenta un bajo nivel de avance en cuanto a la implementación de la Carta Iberoamericana de Calidad; presentando un 77% de avance en el capítulo segundo (principios inspiradores de una gestión pública de calidad), un 67% de avance en el capítulo tercero (derechos y deberes de los ciudadanos para una gestión pública de calidad), un 63% y 64% en el capítulo cuarto sección I y II (orientaciones, acciones e instrumentos para formular políticas y estrategias de calidad en la gestión pública). Y finalmente un 73% en el capítulo quinto (consideraciones finales acerca de la eficacia de la carta).

En conocimiento del valioso aporte que brinda el centro a la comunidad salvadoreña y las exigencias de la carta iberoamericana de la calidad, es imperativo mejorar sus procesos; esfuerzo que se hará mediante la aplicación del **enfoque basado en procesos**, que es un principio de gestión básico necesario

para la obtención de resultados, y se basa en la familia de normas ISO 9000. El principio de Enfoque en Procesos sostiene que “un resultado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos se gestionan como un proceso y no en forma aislada por los departamentos”.

Esto sin lugar a dudas proporcionará a la institución eficiencia en la prestación de servicios al usuario; Sumado a lo anterior, proporcionara un punto de referencia para lograr la mejora continua.

8.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

En base al análisis anterior nos formulamos el siguiente problema:

¿Cómo lograr que el centro de rehabilitación integral de oriente satisfaga el porcentaje de demanda desatendido y pasar de un nivel de satisfacción de la demanda de un 65% a un 90% mejorando la atención a los usuarios?

8.3 ANÁLISIS DEL PROBLEMA

En base a la investigación desarrollada en la etapa de diagnóstico se procedió a realizar la prueba del sistema de hipótesis presentado, comprobando la problemática que presenta el centro. Además se presentan los principales hallazgos de la investigación, la información mencionada se agrupa en 6 aspectos¹⁶ que engloban la problemática, los cuales son:

- Usuario
- Personal
- Equipo e instalaciones
- Institución
- Gestión de procesos
- Mejora continua

USUARIO

- El 50% de los usuarios que se encuentran en procesos de rehabilitación ha faltado en más de una ocasión a las citas programadas, por diversas razones lo que obliga a reprogramar las actividades.
- El 71% de los usuarios que se encuentran en proceso de rehabilitación, no tienen conocimiento del tiempo programado para terminar el proceso.
- Según los resultados obtenidos en la encuesta los usuarios que terminan su proceso de rehabilitación completo rondan entre el 50% y el 60%.
- Según los resultados de las encuestas a colaboradores, se tienen un promedio de 100 personas en lista de espera por más de 4 meses.

¹⁶ La clasificación de los aspectos se ha realizado a partir de la información y datos recolectados en el diagnóstico de la situación actual del CRIOR

PERSONAL

- El 64% de los usuarios manifiesta que esperan más de 30 minutos para ser atendidos en consulta médica por lo que se determina que existe una falta de coordinación para la asignación de citas.
- Según la investigación realizada es necesaria la contratación de un medico neurólogo para mejorar la atención a los usuarios, ya que actualmente no se cuenta con uno y los usuarios demandan el servicio.
- Existe un 20% de colaboradores que no se sienten tomados en cuenta, en tanto ellos expresan sus ideas y estas no son escuchadas.
- Casi el 50% de los colaboradores no encuentran o no sienten comodidad en el ambiente laboral.

EQUIPO E INSTALACIONES

- ♿ El 61% de los empleados encuestados no se sientes a gusto con la infraestructura del centro ya que no presenta una estructura adecuada para laborar y consideran que esto impacta en la calidad del servicio brindado.
- ♿ Según la investigación realizada, es necesario realizar mejoras al taller de audio e imagen, mejoras en el equipo de terapias, aumentar equipo deportivo, colocar más sillas en la sala de esperas.
- ♿ El mapa de riesgos (Instrumento que presenta los riesgos y agentes contaminantes y permite localizar los aspectos nocivos en el área de trabajo), no es visible para todos y algunos no saben con exactitud que es.
- ♿ El 15% de los usuarios considera que el equipo y mobiliario del centro no es adecuado o no se encuentra en buenas condiciones para brindar el servicio.
- ♿ Aproximadamente el 50% de los encuestados consideran que la limpieza de los baños es pésima.

INSTITUCIÓN

- Un 84% de los usuarios encuestados manifiesta estar “siempre” satisfecho con el servicio recibido en el CRIOR
- Al 35% de los usuarios se le hace difícil visitar las instalaciones del CRIOR en cuanto a la distancia para llegar al centro desde sus hogares
- Un 42% no ve definido un programa de reconocimiento por un excelente trabajo realizado.
- Las normas políticas misión y visión de la institución no se encuentran visibles en las instalaciones del centro por lo que no se tiene una visión clara de la finalidad de los servicios brindados por el centro.
- Al finalizar el año un 18% de los servicios que no se cumplen son por la falta de asistencia de los usuarios a la cita programada
- El presupuesto asignado para el CRIOR es únicamente del 8% del presupuesto general del ISRI.

PROCESOS

- El 90% de los colaboradores encuestados afirman que poseen manuales de puestos pero no se encontró evidencia de ello.
- El 30% de los jefes afirma que no tiene documentados los indicadores que utilizan y que no les dan seguimiento (Usuarios atendidos por día, usuarios en lista de espera, usuarios rehabilitados).
- El 23% de los colaboradores indican no tener autonomía para la toma de decisiones y solucionar problemas en sus áreas de trabajo.
- Los procesos del CRIOR no se encuentran debidamente documentados
- Según el análisis de valor agregado de los procedimientos del CRIOR, el 35% de estos no presenta valor agregado.
- Solamente el 35% de los procedimientos analizados presenta valor agregado para el cliente, el 30% restante presenta valor agregado para la institución.
- Un 33% de los empleados encuestados desconocen las normas políticas misión y visión de la institución.
- El 30% del personal desconoce que existe un organigrama institucional
- Según la investigación realizada se identifica que existe un grado de avance en la implementación de la Carta Iberoamericana de la Gestión Pública del 56% en el capítulo cuarto sección I (Orientaciones, acciones e instrumentos para formular políticas y estrategias de calidad en la gestión pública) y un máximo avance en el capítulo segundo (Principios inspiradores de una gestión pública de calidad) con un 76% de implementación.
- Reportes presentados por los miembros de la organización poco oportunos e incompletos, por lo que se hace difícil llevar un control de las actividades realizadas.

MEJORA CONTINUA

- Un 35% del personal del CRIOR expresa que no se realizan reuniones periódicas para buscar la mejora en el servicio a los usuarios.
- A pesar que sólo el 4% de los colaboradores aseguran no tener capacitaciones en el año no existe evidencia de un programa de capacitaciones.
- Según la investigación realizada el nivel de satisfacción de la demanda del centro es del 65%.
- Según las jefaturas, no se ha hecho una revisión de los servicios desde 1992, por lo que algunos pueden estar desactualizados en cuanto a las prácticas actuales.
- No existen mecanismos para evaluar la satisfacción del usuario

PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

A partir de las causas agrupadas en las categorías se procede a realizar un diagrama de Pareto, el cual nos permitirá priorizar las categorías y de esta forma poder enfocarse en desarrollar propuestas de mejora para la institución en aquellas áreas que generen la mayor cantidad de efectos negativos.

Problema	Puntuación Total	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Procesos	10	31.25	31.25
Institución	6	18.75	50.00
Equipo e Instalaciones	5	15.63	65.63
Personal	4	12.50	78.13
Usuario	4	12.50	90.63
Mejora continua	3	9.38	100.00

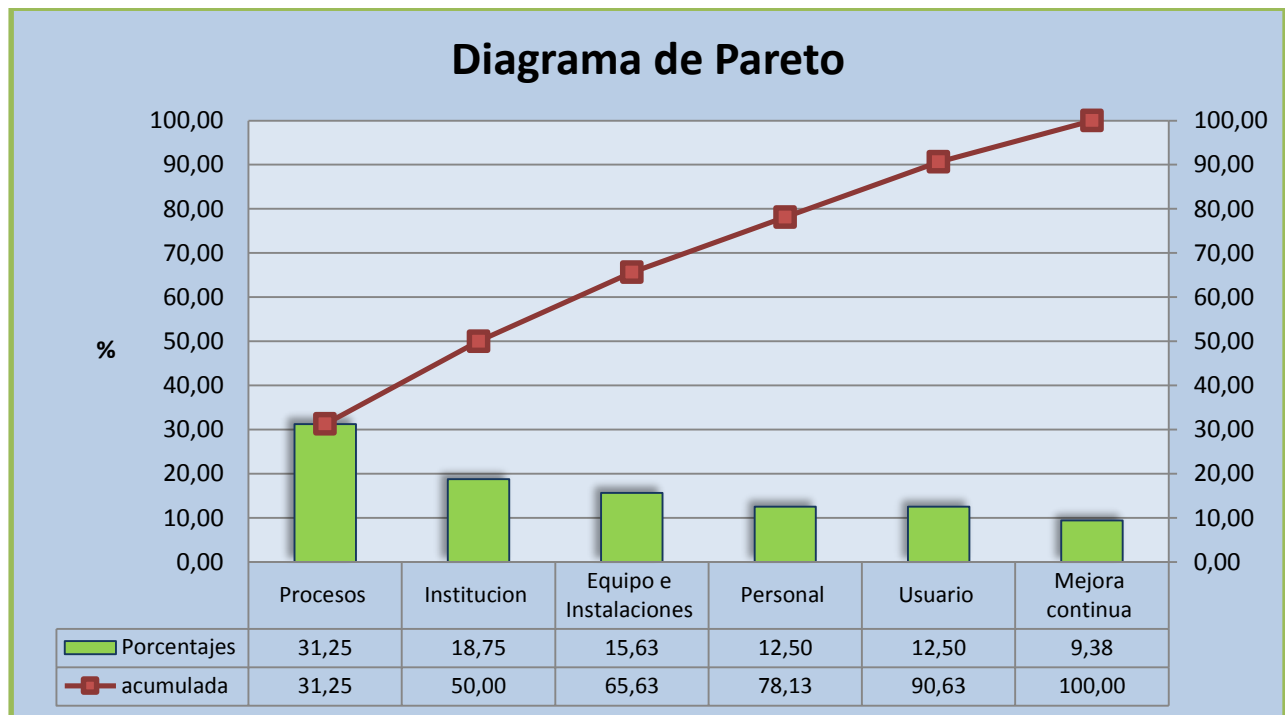


Grafico 11 Diagrama de Pareto de las causas del problema.

Como podemos observar la categoría que representa mayor incidencia es la de gestión de procesos; con el 31% del porcentaje total, por lo que podemos concluir que estas son las principales causas a resolver para minimizar el problema.

El análisis de las causas principales de la situación problemática se hace con la aplicación del modelo de Kano y VOC (Voz del cliente).

8.3.1 MODELO DE KANO Y VOC

El modelo de Kano es una teoría de satisfacción del cliente que clasifica a las preferencias del cliente en 6 categorías; Calidad atractiva, calidad cuestionable, calidad lineal, calidad requerida, calidad indiferente y calidad inversa.

A continuación se presentan los requerimientos presentados en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

Voz del cliente

Lista de requerimientos del cliente	Inductores
Satisfacción en atención	Respuesta inmediata, obtención de resultados esperados
Satisfacción en pro-actividad	Anticipación de eventos, pronta atención en emergencias.
Satisfacción en mejoras	Generación de proyectos con el fin de agregar valor a los procesos.
Satisfacción en logística	Atención cuando se solicita y como se requiere

Tabla 18 Voz del cliente CRIOR

La voz de los procesos

Requerimientos	Indicador
satisfacción de la demanda	% de satisfacción de la demanda
Capacidad de iniciar procesos de rehabilitación de inmediato	Cantidad de usuarios en lista de espera Tiempo de espera para iniciar el servicio
Recibir consulta médica cuando se requiere	Tiempo de espera para recibir consulta medica
Cumplimiento de atenciones programadas	% de atenciones realizadas según lo programado
Procesos estandarizados	Documentación y estandarización de procesos
Recurso tecnológico para brindar terapias	Cantidad de equipo disponible por paciente

Cumplimiento en la duración de las terapias	Tasa de tiempo de servicio
Duración del proceso completo de rehabilitación	Tiempo en el que se alcanzaron los resultados según lo planeado
Coordinación entre las diferentes áreas del centro.	Autoevaluación
Orden y limpieza	Auditorias periódicas y auto evaluaciones

Tabla 19 voz de los procesos CRIOR

MATRIZ FUNCIONAL/DIS-FUNCIONAL

Requerimiento			
Funcional	Como se siente si el servicio agrega esta característica	Me gusta	
		Es de esperarse	
		Neutral	
		Lo tolero	
		Me desagrada	
Disfuncional	Como se siente si el servicio no incorpora esta característica	Me gusta	
		Es de esperarse	
		Neutral	
		Lo tolero	
		Me desagrada	

Tabla 20 Matriz Funcional/Disfuncional

RESUMEN DE RESPUESTAS

A continuación se presenta el resumen de las respuestas obtenidas para cada requerimiento, los cuales han sido considerados en dos escenarios los cuales son; funcional y dis-funcional.

FUNCIONAL:

Bajo el supuesto de que el requisito o requerimiento este presente.

Voz del cliente

Requerimientos del cliente	Valoración
Satisfacción en atención	Es de esperarse
Satisfacción en pro-actividad	Me gusta
Satisfacción en mejoras	Me gusta
Satisfacción en logística	Es de esperarse

Tabla 21 Valoración de requerimientos del cliente (Funcional)

La voz de los procesos

Requerimientos de diseño	Valoración
satisfacción de la demanda	Me gusta
Capacidad de iniciar procesos de rehabilitación de inmediato	Me gusta
Recibir consulta médica cuando se requiera.	Me gusta
Cumplimiento de atenciones programadas	Es de esperarse
Procesos estandarizados	Es de esperarse
Recurso tecnológico para brindar terapias	Es de esperarse
Cumplimiento en la duración de las terapias	Es de esperarse
Duración del proceso completo de rehabilitación	Me gusta
Coordinación entre las diferentes áreas del centro.	Es de esperarse
Orden y limpieza	Me gusta

Tabla 22 valoración de la voz de los procesos (Funcional)

DISFUNCIONALIDAD:

Bajo el supuesto de que el requisito o requerimiento es ausente.

Voz del cliente

Lista de requerimientos del cliente	Valoración
Satisfacción en atención	Me desagrada
Satisfacción en pro-actividad	Lo tolero
Satisfacción en mejoras	Lo tolero
Satisfacción en logística	Me desagrada

Tabla 23 Valoración de la voz del Cliente (Disfuncional)

La voz de los procesos

Requerimientos de diseño	Valoración
satisfacción de la demanda	Me desagrada
Capacidad de iniciar procesos de rehabilitación de inmediato	Lo tolero
Recibir consulta médica cuando se requiere	Me desagrada
Cumplimiento de atenciones programadas	Lo tolero
Procesos estandarizados	Me desagrada
Recurso tecnológico para brindar terapias	Me desagrada
Cumplimiento en la duración de las terapias	Me desagrada
Duración del proceso completo de rehabilitación	Lo tolero
Coordinación entre las diferentes áreas del centro.	Me desagrada
Orden y limpieza	Me desagrada

Tabla 24 Valoración de la voz de los procesos (Disfuncional)

A continuación se procede a clasificar cada uno de los requisitos o requerimientos según la tabla del método de Kano.

Tabla de Kano

		Funcional				
		Me gusta	Es de esperarse	Neutral	Lo tolero	Me desagrada
Disfuncional	Me gusta	C	INV	INV	INV	INV
	Es de esperarse	D	IND	IND	IND	INV
	Neutral	D	IND	IND	IND	INV
	Lo tolero	D	IND	IND	IND	INV
	Me desagrada	L	B	B	B	C

Tabla 25 Tabla de clasificación KANO

Significado:

- D: Deleite (Atributos que no son esperados)
- B: Básica o requerida
- L: Lineal
- IND: Indiferente
- INV: Inversa
- C: Cuestionable

RESULTADOS

Voz del cliente

Requerimientos del cliente	Valoración
Satisfacción en atención	Básico
Satisfacción en pro-actividad	Deleite
Satisfacción en mejoras	Deleite
Satisfacción en logística	Básico

Tabla 26 Resultados voz del cliente

La voz de los procesos

Requerimientos de diseño	Valoración
satisfacción de la demanda	Lineal
Capacidad de iniciar procesos de rehabilitación de inmediato	Deleite
Recibir consulta médica cuando se requiera.	Lineal
Cumplimiento de atenciones programadas	Indiferente
Procesos estandarizados	Básico
Recurso tecnológico para brindar terapias	Básico
Cumplimiento en la duración de las terapias	Básico
Duración del proceso completo de rehabilitación	Deleite
Coordinación entre las diferentes áreas del centro.	Básico
Orden y limpieza	Lineal

Tabla 27 resultados voz de los proceso

GRÁFICOS DEL MODELO DE KANO

A continuación se presenta el modelo de Kano gráficamente para tener una mayor comprensión de la clasificación de los requisitos o requerimientos analizados y comprender el impacto que estos generan en el desarrollo del Centro de Rehabilitación.

VOZ DEL CLIENTE

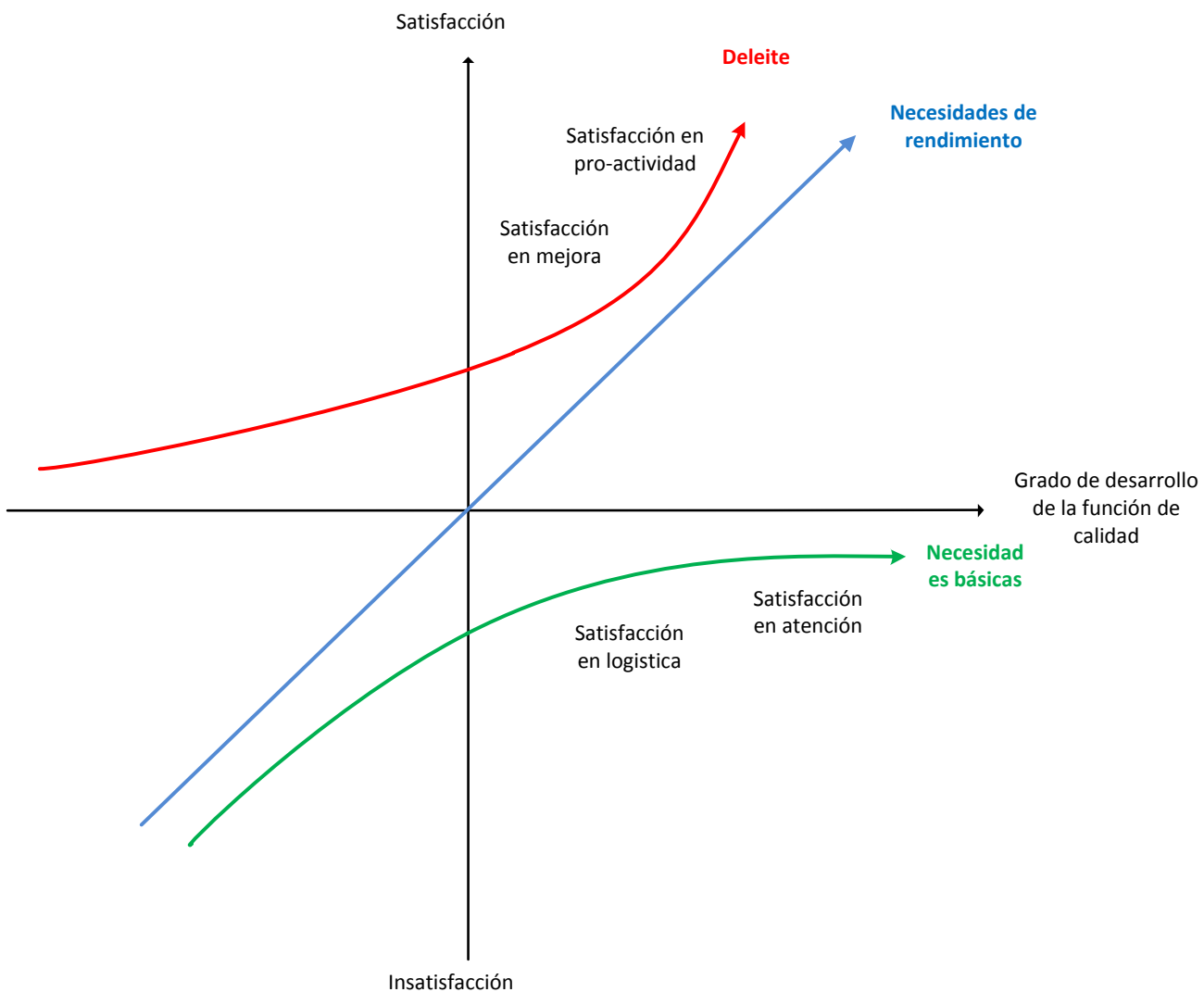


Gráfico 12 voz del cliente CRIOR

VOZ DE LOS PROCESOS

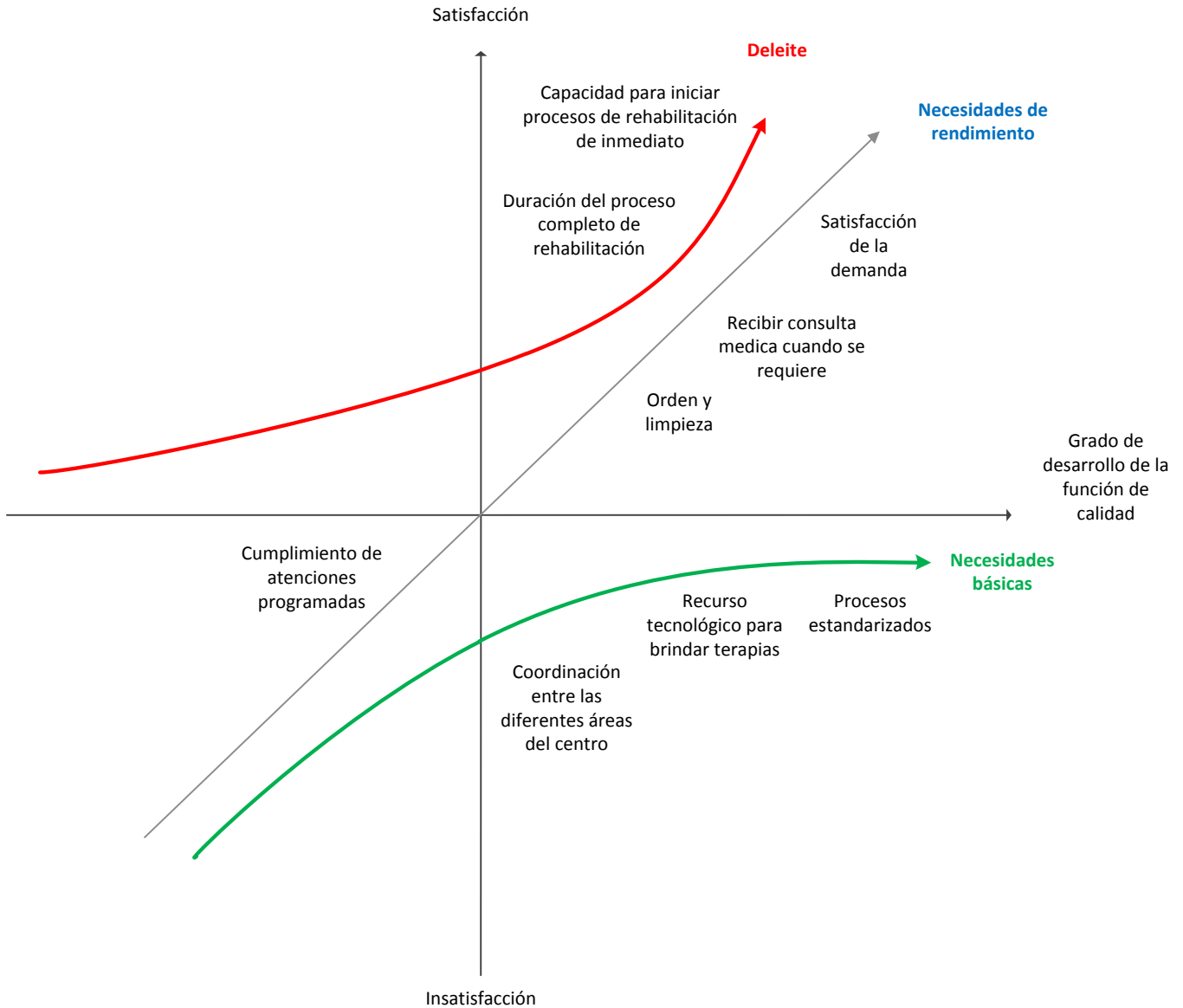


Gráfico 13 voz de los procesos CRIOR

Los resultados anteriores se obtuvieron en base a dos supuestos; que los requisitos estén ausentes o estén presentes. Analizando los resultados podemos definir cuáles de los requerimientos son considerados como necesidades básicas y cuales como lo máximo del servicio.

Al realizar un análisis a la información presentada con anterioridad podemos retomar aspectos claros que evidencian la necesidad de mejorar y asegurar la calidad en la institución, teniendo en cuenta el compromiso del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente con sus beneficiarios, es necesario asegurar el máximo aprovechamiento de los recursos para poder brindar asistencia y un mayor número de personas.

Además, la importancia de brindar atención profesional adecuada a las personas discapacitadas, para asegurar una mejor calidad de vida a esta parte de la población, es otro factor claro que demanda un estudio para generar consecuencias positivas a toda la sociedad salvadoreña. Del mismo modo la Carta Iberoamericana de la calidad en la gestión pública influye en la institución para aumentar la satisfacción de los usuarios o beneficiarios de un servicio por medio de la aplicación de técnicas o procesos que aseguren la calidad en los procesos.

La falta de la documentación, definición y estandarización de los procesos desarrollados por el Centro de Rehabilitación, dan la pauta para la ejecución de un proyecto encaminado a descartar dicha deficiencia, aplicando la gestión por procesos para establecer las tareas que serán ejecutadas por el recurso humano con el que se cuenta en la institución.

8.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- Actualmente se cuenta con un nivel de satisfacción de la demanda del 65%.
- Actualmente se mantiene una lista de espera de 100 pacientes los cuales tienen que esperar un aproximado de 4 meses para iniciar su proceso de rehabilitación.
- Grado de avance en la aplicación de la CICGP del 56%



- Con la aplicación del modelo de gestión por procesos se podría alcanzar un nivel de servicio en atenciones del 90%.
- Con los procesos rediseñados se logrará satisfacer los requerimientos del cliente .
- Con el uso de los indicadores se podrá controlar el rendimiento en la atención de pacientes.
- La mejora continua en la gestión por procesos permitirá alcanzar un avance en la aplicación de la CICGP del 75% en todos sus capítulos.

VARIABLES DE ENTRADA.

- Necesidades de los usuarios del CRIOR
- Recurso humano que brinda servicio.
- Recurso humano administrativo.
- Programas de rehabilitación del CRIOR
- Objetivos, normativa, políticas, valores y acuerdos de calidad del ISRI
- Objetivos, normativa, políticas, valores y acuerdos de calidad del CRIOR
- Procesos y procedimientos operativos y administrativos que se tienen actualmente en el CRIOR
- Leyes y normativas de El Salvador.
- Nivel de satisfacción de la demanda del CRIOR de 65%

VARIABLES DE SALIDA.

- Aumento del nivel de satisfacción de la demanda a 90% en los próximos cinco años a la implementación.
- Respuesta inmediata a nuevos usuarios de servicios de rehabilitación.
- Resultado de Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública en un mínimo de 75%.
- Modelo de procesos y procedimientos que generan valor agregado al servicio.
- Control administrativo sobre los procesos y procedimientos.
- Organización del CRIOR alineada a la estrategia global del ISRI.
- Estrategias y métodos de control de calidad y de valor agregado de procesos y procedimientos.
- Sistema de indicadores clave de gestión.

CRITERIOS.

- Cumplir las expectativas de los usuarios.
- Soluciones a bajo costo.
- Documentos y registros que apoyen a los recursos humanos operativos y administrativos a brindar un mejor servicio.
- Alternativas de solución que ayuden a orientar la organización hacia el cliente.
- Brindar indicadores de control que garanticen que el modelo de gestión por procesos propuesto cumpla con las metas esperadas.

RESTRICCIONES.

- El modelo de gestión por procesos solo será aplicable al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral.
- Los procesos y procedimientos priorizados deben de dar valor agregado a la calidad de servicio.
- Los procesos y procedimientos documentados y priorizados deben ser aprobados por la gerencia del CRIOR

- Las soluciones propuestas para los problemas analizados y priorizados deben de estar acorde a la filosofía institucional, la distribución del centro, el presupuesto y el tipo de organización del CRIOR.

USO.

Se estima el modelo de gestión por procesos que tenga una duración de 1 año después de la implementación; ya que generalmente se realiza una revisión anual del modelo de gestión por procesos para garantizar si está generando los resultados esperados y su grado de obsolescencia.

VOLUMEN.

Elaboración de un modelo de gestión por procesos aplicado al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

TIEMPO.

El diseño de un modelo de gestión por proceso en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente debe ser terminado en un periodo mínimo de 6 meses y máximo de 9 meses.

¿Cómo lograr que el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente cuente con un mecanismo eficiente que garantice la calidad en los servicios brindados y la satisfacción de los usuarios, así como la obtención de resultados óptimos y el cumplimiento de la demanda?

9. GENERACIÓN Y EVALUACIÓN DE OPCIONES DE SOLUCIÓN

Con la información anterior, se procede a establecer posibles opciones de solución a los problemas de manera individual (estas no son soluciones generalizadas para el centro, solo para los problemas aislados que presenta):

- a) Si bien las jefaturas manifestaron que existen manuales de puestos y de funciones, es necesario revisar estos y someter al personal a capacitaciones periódicas para una mejor ejecución de los procesos.
- b) Generación de indicadores claves de gestión (KPI'S).
- c) Rediseño de procesos claves.

9.1 ESPECIFICACIÓN DE OPCIONES

Una vez que se tiene un mayor criterio de la problemática general del centro, se procederá a un proceso de jerarquización analítica.

En el análisis de decisiones se usa un proceso racional para seleccionar la mejor de varias opciones. La “bondad” de una opción seleccionada depende de la calidad de los datos que se usen para describir el caso de la decisión. Desde este punto de vista, un proceso de toma de decisión puede caer en una de las tres categorías siguientes:

1. Toma de decisiones bajo certidumbre, en la que los datos se conocen en forma determinista.
2. Toma de decisiones bajo riesgo, en donde los datos se pueden describir con distribuciones de probabilidades.
3. Toma de decisiones bajo incertidumbre, en donde no se les puede asignar pesos o factores de ponderación que representen su grado de importancia en el proceso de decisión.

Para nuestro análisis, los datos están bien definidos por tanto estamos hablando entonces de una toma de decisiones bajo certidumbre, ya que todas las funciones están bien definidas. Las ideas y percepciones se cuantifican en base a juicios subjetivos para obtener una escala numérica para dar prioridades a las opciones de decisión. El proceso matemático se basa en el libro de “*Investigación de operaciones*”, 7ma edición de Hamdy A. Taha, capítulo 14: Análisis de decisiones y juegos.

Los criterios que se consideran para el análisis son:

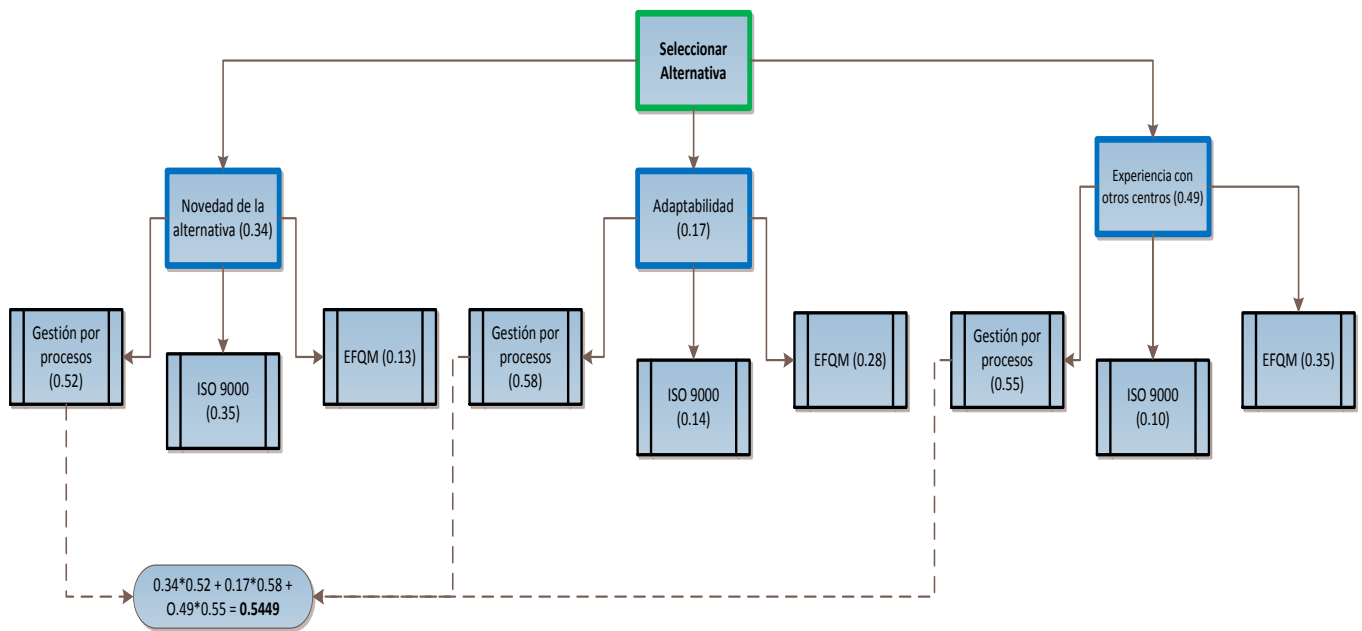
- ✓ Novedad de la opción en el CRIOR.
- ✓ Adaptabilidad a la institución.
- ✓ Experiencias con otros centros.

Para la aplicación del proceso de jerarquía analítica se tomarán en cuenta los elementos mencionados anteriormente para el establecimiento de la opción a seleccionar, las opciones en este caso serán: Gestión por procesos, norma ISO 9000 y modelo EFQM. *Como grupo se establece que Novedad de la opción en el CRIOR tendrá un peso aproximado de 34%, la Adaptabilidad en la institución, tendrá a su vez la mitad del peso que el primer criterio ya que se cuenta con los recursos para implementar cualquiera de los sistemas,* en cuanto a las *Experiencias con otros centros,* se toman como referencia otras dependencias del ISRI y la sugerencia por parte de las jefaturas. A continuación se usa análisis sistemático para categorizar las opciones con la mejor opción desde los puntos de vista mencionados anteriormente.

La tabla siguiente clasifica los criterios en base a las opciones:

Criterio	Estimaciones de peso porcentual ¹⁷			
	Gestión por procesos	ISO 9000	EFQM	Total
Novedad de la opción en el CRIOR (0.34)	52	35	13	100
Adaptabilidad en la institución (0.17)	58	14	28	100
Experiencias con otros centros (0.49)	55	10	35	100
	0.5449	0.1918	0.2633	1

Con base en cálculos, la implementación de un *Modelo de Gestión por procesos* tiene el mayor peso compuesto y en consecuencia representa la mejor elección.



La opción de mayor peso compuesto y en consecuencia la que representa la mejor elección, son aquellas que tienen la mayor estimación porcentual en cuanto a la mejora de los procesos

¹⁷ "Investigación de operaciones", 7ma edición de Hamdy A. Taha, capítulo 14

internos. Dichas opciones es la Gestión por procesos, que para el caso comprende la implementación de modelo de Gestión por Procesos para el CRIOR.

No se incluye Six Sigma en la matriz porque la sugerencia de las jefaturas del CRIOR fue de las opciones señaladas en la tabla.

El Modelo de Gestión por Procesos cumple con las características que el CRIOR necesita para solucionar su problemática ya que los aspectos claves están orientados al cliente con énfasis en la mejora de los procesos y generación de valor agregado para los usuarios por medio de personal profesional que trabaje en equipo.

Además de esto, la Gestión por Procesos presenta las siguientes ventajas que son claves para mejorar el servicio en el CRIOR

- ♿ Excelencia en la respuesta a los requerimientos del mercado.
- ♿ Medidas de desempeño encausados a cumplir con los objetivos del proceso.
- ♿ Contribución en la generación de KPI'S.
- ♿ Aporte para la mejora de rediseño de los procesos
- ♿ Funcionabilidad con el CRIOR.

Considerando la problemática en el centro y luego de la ejecución del análisis, se selecciona como opción de solución:

“DISEÑAR UN MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS QUE PERMITA ORIENTAR EL SERVICIO A LOS PACIENTES Y MEJORAR LOS PROCESOS INTERNOS, GARANTIZANDO LA CALIDAD A TRAVÉS DE LA GENERACIÓN DE VALOR Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS PARA CUMPLIR CON LA DEMANDA DEL CRIOR”.

10. CONCEPTUALIZACIÓN DEL DISEÑO

En base a la evaluación de las opciones generadas se concluye que la solución más adecuada para resolver la problemática presentada en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) es la aplicación de un **Modelo de Gestión por Procesos**.

La Gestión por Procesos se lleva a cabo a través de los siguientes pasos:

- Desarrollar el concepto de sistema de gestión.
- Definir los procesos claves y prioritarios.
- Establecer sistemas de indicadores.
- Establecer planes de actuación.

Considerando esta metodología y evaluando las principales causas de efectos negativos en base a la priorización realizada en el CRIOR se describe a continuación el contenido del Modelo de Gestión por Procesos diseñado para el centro. Este modelo pretende mejorar la eficiencia de los procesos y la nota obtenida en la evaluación de la carta iberoamericana de la calidad, el modelo está orientado a la solución de los aspectos principales en los que se presenta la problemática identificada en el diagnóstico¹⁸ de la investigación los cuales son los siguientes:

- Usuario
- Personal
- Institución
- Procesos
- Mejora continua.

En la solución planteada también se toman en consideración los resultados obtenidos en el análisis de la problemática realizado mediante el esquema KANO y VOC¹⁹. A continuación se presenta la clasificación de los aspectos que se toman en consideración. Estos aspectos están orientados específicamente a la atención a los usuarios y han obtenido valoraciones “básico” y “deleite” en el análisis lo que indica que son indispensables en el servicio y ofrecen un plus en el servicio brindado respectivamente:

- **Requerimientos del cliente:**
 - Satisfacción en atención (Respuesta inmediata, obtención de resultados esperados)
 - Satisfacción en pro-actividad (Anticipación de eventos, pronta atención en emergencias).

¹⁸ Elementos tomados del diagnóstico de la situación actual del CRIOR

¹⁹ Resultados obtenidos del análisis de la problemática a través del esquema KANO y VOC.

- Satisfacción en mejoras (Generación de proyectos con el fin de agregar valor a los procesos).
- Satisfacción en logística (Atención cuando se solicita y como se requiere).

- **Voz de los procesos**
 - Capacidad de iniciar procesos de rehabilitación de inmediato
 - Procesos estandarizados
 - Cumplimiento en la duración de las terapias
 - Terminación completa del proceso de rehabilitación
 - Coordinación entre las diferentes áreas del centro.

Para tener mayor claridad en cuanto al diseño propuesto, se presenta a continuación una matriz que contiene la clasificación de los aspectos principales encontrados en el diagnóstico, así como los problemas que comprenden los problemas enlistados con anterioridad; clasificación que permite la determinación más idónea de la solución en base al modelo de gestión por procesos:

Ejes estratégicos ²⁰ de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública	Componentes en el que se presenta la brecha de la calidad	Elemento del esquema KANO y VOC ²¹ a considerar para plantear la solución.	Brecha encontrada en la investigación	Propuesta de solución
Orientación al servicio de la ciudadanía	Ciudadanos y sociedad	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de iniciar procesos de rehabilitación de inmediato • Procesos estandarizados 	<ul style="list-style-type: none"> • El 71% de los usuarios que se encuentran en proceso de rehabilitación, no tienen conocimiento del tiempo en el cual finalizara dicho proceso. • Según los colaboradores tienen un promedio de 100 personas efectivas en lista de espera por más de 4 meses. • Un 18% de los servicios que no se cumplen al fin del año son por la falta de asistencia de los usuarios a la cita programada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos clave rediseñados • Medición y seguimiento de la satisfacción del usuario
Gestión pública para resultados	Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento en la duración de las terapias • Duración del proceso completo de rehabilitación 	<ul style="list-style-type: none"> • El 50% de los usuarios que se encuentran en procesos de rehabilitación ha faltado en más de una ocasión a las citas programadas, por diversas razones lo que afecta los resultados esperados así como la programación de citas. • Los usuarios que terminan su proceso de rehabilitación completo rondan entre el 50% y el 60% según los colaboradores del Centro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de rehabilitación basado en y con la comunidad. • Medición y seguimiento de la satisfacción del

²⁰ Principios de la Carta iberoamericana de la calidad para la gestión pública aplicados para el diseño del diseño de solución.

²¹ Elementos tomados del análisis realizado por medio del esquema KANO y VOC, para la elaboración del diseño de solución.

				usuario <ul style="list-style-type: none"> • Guía de indicadores de gestión. • Mejora continua.
Responsabilidad directiva, liderazgo y constancia de objetivos	Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación entre las diferentes áreas del centro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Casi el 50% de los colaboradores no encuentran o no sienten comodidad en el ambiente laboral. • Un 42% no ve definido un programa de reconocimiento por un excelente trabajo realizado. • Las normas políticas misión y visión de la institución no se encuentran visibles en las instalaciones del centro por lo que no se tiene una visión clara de la finalidad de los servicios brindados por el centro. • El 23% de los colaboradores indican no tener autonomía para la toma de decisiones y solucionar problemas en sus áreas de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de rehabilitación basado en y con la comunidad.
Gestión por procesos	Procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos estandarizados • Generación de proyectos con el fin de agregar valor a los procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Según el análisis de valor agregado de los procedimientos del CRIOR, el 32% de estos no presenta valor agregado. • Solamente el 38% de los procedimientos analizados presenta valor agregado para el cliente. • Los procesos del CRIOR no se encuentran debidamente documentados • El 90% de los colaboradores encuestados afirman que poseen manuales de puestos pero 	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos rediseñados • Manual de procedimientos • Procesos modelados • Mejora continua

			no se encontró evidencia de ello.	
Desarrollo de capacitaciones de los empleados públicos	Personas en la organización	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación entre las diferentes áreas del centro • Procesos estandarizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Un 35% del personal del CRIOR expresa que no se realizan reuniones periódicas para buscar la mejora en el servicio a los usuarios. • A pesar que sólo el 4% de los colaboradores aseguran no tener capacitaciones en el año no existe evidencia de un programa de capacitaciones. • Según las jefaturas, no se ha hecho una revisión de los servicios desde 1992, por lo que algunos pueden estar desactualizados en cuanto a las prácticas actuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concientización de los jefes • Manual de procedimientos
Participación de los empleados públicos para la mejora de la calidad de la gestión	Procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación entre las diferentes áreas del centro • Procesos estandarizados 	<ul style="list-style-type: none"> • El 64% de los usuarios manifiesta que esperan más de 30 minutos para ser atendidos en consulta médica por lo que se determina que existe una falta de coordinación para la asignación de citas. • Existe un 20% de colaboradores que no se sienten tomados en cuenta, en tanto ellos expresan sus ideas y estas no son escuchadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia institucional • Concientización de los jefes • Manual de gestión por procesos. • Mejora continua
Proceso continuo de aprendizaje, innovación	Planificación estratégica	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación entre las diferentes áreas del centro • 	<ul style="list-style-type: none"> • Según la investigación realizada se identifica que existe un grado de avance en la implementación de la Carta Iberoamericana de la Gestión Pública del 56% en el capítulo cuarto sección I y un máximo avance en el capítulo segundo con un 76% de implementación. • No existen mecanismos para evaluar la 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia institucional • Medición y seguimiento de la satisfacción del usuario • Mejora continua

			satisfacción del usuario	
Relación de colaboración y cooperación orientados a la mejora de la calidad	Información y conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Procesos estandarizados • Cumplimiento en la duración de las terapias • Duración del proceso completo de rehabilitación • Satisfacción en mejoras 	<ul style="list-style-type: none"> • El 30% de los jefes afirma que no tiene documentados los indicadores que utilizan y que no les dan seguimiento. • Un 33% de los empleados encuestados desconoce las normas políticas misión y visión de la institución. • El 30% del personal desconoce que existe un organigrama institucional 	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de indicadores de gestión. • Medición y seguimiento de la satisfacción del usuario.

Tabla 28 Relación de los elementos recopilados en la etapa de diagnóstico y la conceptualización del diseño

10.1 MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS PARA EL CRIOR

En base a lo anterior se presenta la estructura del modelo de gestión por procesos diseñado para el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

Estructura del Modelo de Gestión

- a. Gestión de Procesos
 - a.1. Rediseño y estandarización de procesos
 - a.2. Manual de procedimientos
 - a.3. Guía para la automatización de procesos
 - a.4. Evaluación de la percepción de los usuarios

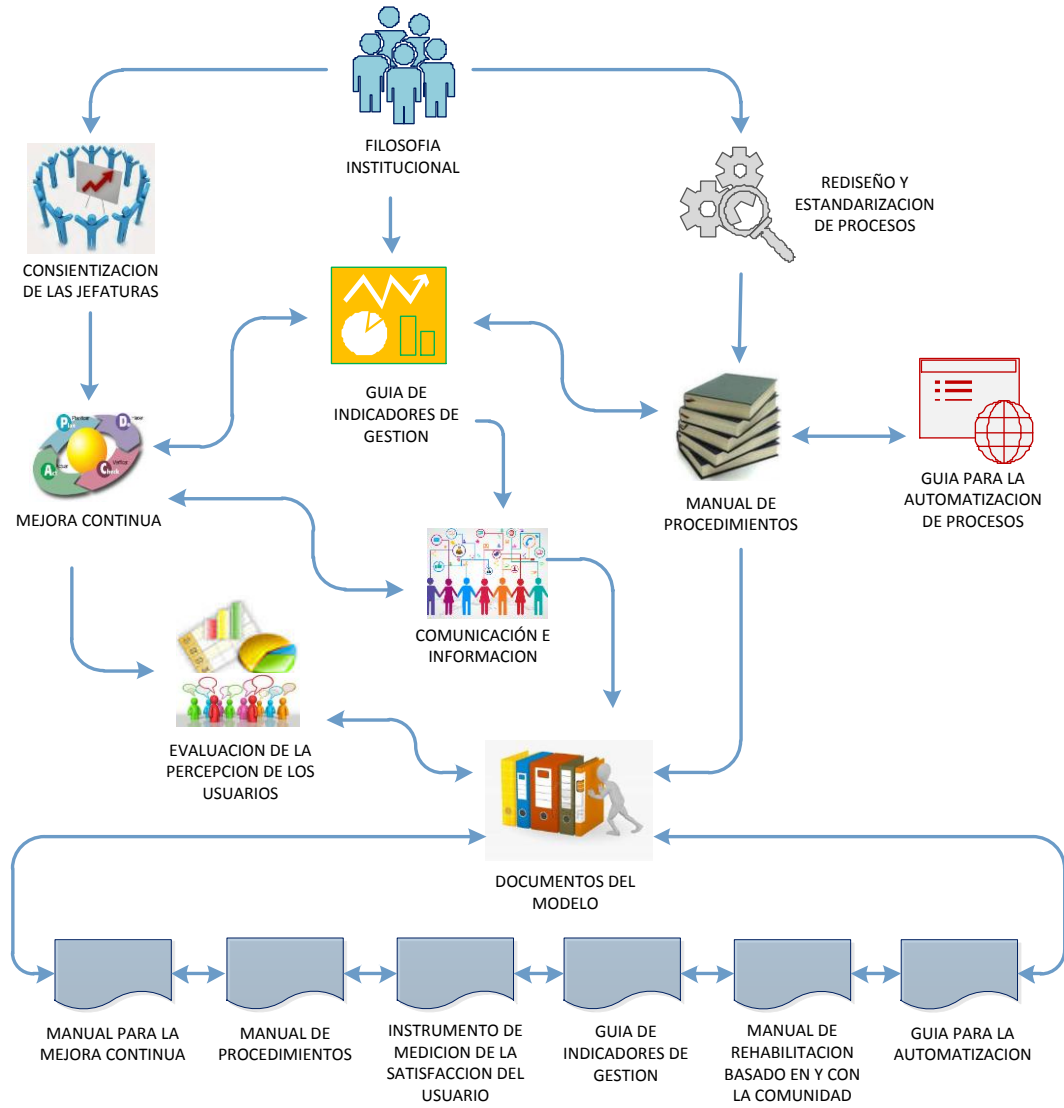
- b. Gestión de Indicadores
 - b.1. Guía de Indicadores de gestión

- c. Gestión de la Mejora Continua
 - c.1. Manual de Rehabilitación Basado En y Con la comunidad.
 - c.2. Manual para la Mejora Continua.
 - c.3. Sistema de comunicación e Información

Documentación contenida en el Modelo

- i. Manual de procedimientos
- ii. Guía para la automatización de procesos.
- iii. Instrumento de medición de la satisfacción del usuario
- iv. Guía de indicadores de gestión
- v. Manual de Rehabilitación Basado En y Con la comunidad.
- vi. Manual de Mejora Continua.

10.1.1 ESTRUCTURA DEL MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS A DISEÑAR.



10.1.2 CRITERIOS DE DISEÑO

ESTRATEGIA INSTITUCIONAL

La estrategia institucional plasmará el papel que el CRIOR tiene con la sociedad y su obligación de disponer de la manera más efectiva de los recursos de los que dispone para brindar un servicio de rehabilitación integral para la población con discapacidad.

Tomando en cuenta este factor se podrán abordar los problemas relacionados a los siguientes aspectos:

Problemas a abordar	Ejes de estratégicos de la CICGP abordados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Usuarios• Institución	<ul style="list-style-type: none">• Orientación al servicio de la ciudadanía• Responsabilidad directiva, liderazgo y constancia de objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Reforzar el concepto de la institución en el personal del CRIOR para para brindar un mejor servicio en base a las directrices que rigen la institución.• Aumentar el nivel de implementación de la CICGP.

PROCESOS MODELADOS

El modelado de procesos clave servirá para comprender las relaciones entre las actividades que se desarrollan en el CRIOR. A través de la metodología IDEF0 se identificarán las actividades y recursos necesarios para ejecutar los procedimientos rediseñados.

Problemas a abordar	Ejes de estratégicos de la CICGP abordados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Personal• Gestión por procesos	Gestión por procesos	<ul style="list-style-type: none">• Documentar y estandarizar los procesos clave que se desarrollan en la institución.• Aumentar el nivel de implementación de la CICGP.• Modelar los procesos clave rediseñados para que sean documentados y sirvan de base para capacitaciones a actuales y futuros empleados.

POLITICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD

La política de calidad está definida como “las intenciones globales y la orientación de una organización relativas a la calidad tal y como son expresadas formalmente por la dirección”

La política de calidad recogida en el manual debe estar vinculada con la política global de la organización y debe proporcionar un marco de referencia para el establecimiento de todos los objetivos incluidos los de la calidad. Por tanto la política de calidad partirá y será consecuencia de la misión, valores y visión establecidos y adoptados por la organización.

La política plasmará el papel que el CRIOR tiene con la sociedad y su obligación de disponer de la manera más efectiva de los recursos de los que dispone para brindar un servicio de rehabilitación integral para la población con discapacidad.

De esta manera se podrán abordar los problemas relacionados a los siguientes aspectos:

Problemas a abordar	Ejes de estratégicos de la CICGP abordados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Usuarios• Institución	<ul style="list-style-type: none">• Orientación al servicio de la ciudadanía• Responsabilidad directiva, liderazgo y constancia de objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Reforzar el concepto de la institución en el personal del CRIOR para para brindar un mejor servicio en base a las directrices que rigen la institución.• Aumentar el nivel de implementación de la CICGP.

ORGANIZACIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES

En la estructura del modelo de gestión debe de quedar bien claro que el director del centro es en última instancia el responsable de la planificación, desarrollo e implementación del modelo de gestión, así como de la mejora continua y de su eficacia.

Según norma ISO 9001-2008

Apartado 5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación

5.5.1 Responsabilidad y autoridad

La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.

Problemas a abordar	Ejes de estratégicos de la CICGP abordados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • Personal • Institución 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad directiva, liderazgo y constancia de objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de responsabilidades entre los empleados para la facilitar el control de las actividades. • Enfocar el esfuerzo del personal a la máxima satisfacción de los usuarios • Búsqueda de la integración y valoración de la vos los empleados en la toma de decisiones.

SISTEMA DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

La guía permitirá que los encargados de llevar a cabo la implementación del modelo de gestión diseñado, puedan comunicarse con mayor facilidad con los demás participantes y llevar un mejor manejo de la información necesaria para el modelo.

Problemas a abordar	Ejes de estratégicos de la CICGP abordados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora continua • Personal • Gestión por procesos 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación al servicio de la ciudadanía • Gestión por procesos 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar una herramienta óptima para que se pueda dar la comunicación eficiente entre los encargados del modelo de gestión. • Mejorar el control de la información relevante a la implementación del Modelo.

10.1.3 DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO

PROCESOS CLAVE REDISEÑADOS

Se rediseñarán los procesos vitales para la misión de la organización. Esto incluye nuevos procedimientos o modificación de los existentes, a partir del análisis de valor agregado y la estrategia institucional.

Problemas a abordar	Ejes de estratégicos de la CICGP abordados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios • Gestión por procesos 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación al servicio de la ciudadanía • Gestión por procesos 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfocar el esfuerzo del personal mediante los procesos claves, al servicio y máxima atención de los usuarios para lograr su máxima satisfacción. • Aumentar el nivel de implementación de la CICGP

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Manual de procedimientos del CRIOR, el cual establece las actividades necesarias que permiten garantizar su repetición uniforme. Contiene información de las actividades, responsables y evidencia de los procesos.

Problemas a abordar	Ejes de estratégicos de la CICGP abordados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • Personal • Gestión por procesos • Mejora continua 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de capacitaciones de los empleados públicos • Gestión por procesos 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentar los procedimientos que se desarrollan en el centro de rehabilitación. • Aumentar el nivel de implementación de la CICGP. • Orientar la gestión del centro a la máxima satisfacción de los usuarios en cuanto a la atención a los usuarios. • Mejorar los procedimientos desarrollados en el centro reduciendo aquellos que no contienen valor agregado.

GUIA PARA LA AUTOMATIZACION DE PROCESOS

La guía para la automatización de procesos, es una herramienta que le será de gran utilidad a la entidad para automatizar los procesos claves de la institución, lo que permitirá realizar los procedimientos de manera más óptima y obtener mejores resultados.

Problemas a abordar	Ejes de estratégicos de la CICGP abordados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Usuarios• Gestión por procesos	<ul style="list-style-type: none">• Orientación al servicio de la ciudadanía• Gestión por procesos	<ul style="list-style-type: none">• Brindar una herramienta óptima para que se pueda dar la automatización de procesos en la institución.• Mejorar el servicio brindado a los usuarios mediante la automatización de los procesos clave.

EVALUACION DE LA PERCEPCION DE LOS CLIENTES.

En una organización con enfoque al cliente resulta de vital importancia que todos los miembros de la organización conozcan cuáles son los beneficios de lograr la satisfacción del cliente, cómo definirla, cuáles son los niveles de satisfacción, cómo se forman las expectativas en los clientes y en qué consiste el rendimiento percibido, para lo cual es necesario la creación de un instrumento para la medición y seguimiento de la satisfacción del usuario.

SEGÚN NORMA ISO 9001-2008: Apartado 7.2.3 Comunicación con el cliente

La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas

- a. La información sobre el producto,
- b. Las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones, y
- c. La retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas.

Problemas a abordar	Ejes de estratégicos de la CICGP abordados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • Personal • Gestión por procesos • Mejora continua • Usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de capacitaciones de los empleados públicos • Gestión por procesos 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar constantemente la satisfacción del usuario del CRIOR para controlar la calidad del servicio. • Orientar la gestión del centro a la máxima satisfacción de los usuarios en cuanto a la atención a los usuarios. • Implementar mejoras en el servicio en los aspectos que sea necesario en base a las nuevas expectativas de los usuarios.

GUIA DE INDICADORES DE GESTION

El sistema de indicadores contendrá los parámetros bajo los cuales se podrá establecer una comparación del impacto que tienen los cambios realizados en los procedimientos del CRIOR. Con ello se brindará a la dirección una herramienta para la toma de decisiones.

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.

Problemas a abordar	Ejes de estratégicos de la CICGP abordados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> • Mejora continua • Personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación de colaboración y cooperación orientados a la mejora de la calidad. • Gestión pública para resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer indicadores que serán utilizados para la toma de decisiones. • Aumentar el nivel de implementación de la CICGP. • Establecer una base para la generación de estadísticas para controles futuros. • Evaluar el nivel de mejoras que se obtendrán en la gestión del centro.

SENSIBILIZACION DE LOS JEFES

La ISO-9000 establece la sensibilización de las jefaturas para la búsqueda de una mejor relación con los empleados, sensibilización que busca la toma en cuenta de las opiniones de los empleados para el mejoramiento del servicio brindado. En este apartado también se busca aumentar su capacidad de liderazgo y la estimulación por su parte a los empleados para el cumplimiento de los objetivos institucionales. Este concepto será abordado a partir del diseño y utilización del manual de Rehabilitación basado en y con la comunidad.

Problemas a abordar	Ejes de estratégicos de la CICGP abordados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Personal• Institución	<ul style="list-style-type: none">• Responsabilidad directiva, liderazgo y constancia de objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Enfocar el esfuerzo del personal a la máxima satisfacción de los usuarios• Búsqueda de la integración y valoración de la vos los empleados en la toma de decisiones.

MANUAL DE REHABILITACIÓN BASADO EN Y CON LA COMUNIDAD

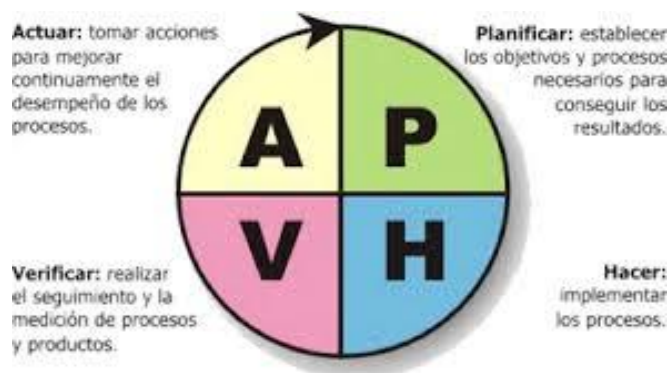
La ISO-9001:2008 establece la sensibilización de las jefaturas para la búsqueda de una mejor relación con los empleados, sensibilización que busca la toma en cuenta de las opiniones de los empleados para el mejoramiento del servicio brindado. En este apartado también se busca aumentar su capacidad de liderazgo y la estimulación por su parte a los empleados para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Problemas a abordar	Ejes de estratégicos de la CICGP abordados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Personal• Institución	<ul style="list-style-type: none">• Responsabilidad directiva, liderazgo y constancia de objetivos	<ul style="list-style-type: none">• Enfocar el esfuerzo del personal a la máxima satisfacción de los usuarios• Búsqueda de la integración y valoración de la vos los empleados en la toma de decisiones.

MEJORA CONTINUA

Un sistema de mejora continua será una herramienta que permitirá la orientación del modelo de gestión a la satisfacción del cliente. Además el sistema será una herramienta que permitirá el aseguramiento de la implementación del modelo de gestión en la institución, permitiendo a las jefaturas controlar el nivel de implementación que se ira logrando y tomar acciones correctivas en los aspectos que sean necesarios.

El sistema de mejora continua estará basado en el siguiente esquema



Problemas a abordar	Ejes de estratégicos de la CICGP abordados	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> Mejora continua Gestión por procesos 	<ul style="list-style-type: none"> Relación de colaboración y cooperación orientados a la mejora de la calidad. Desarrollo de capacitaciones de los empleados públicos Gestión por procesos 	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar la implementación del modelo de gestión en el centro. Controlar la implementación del modelo de gestión. Aumentar el nivel de implementación de la CICGP. Evaluar el nivel de mejoras que se obtendrán en la gestión del centro.

CAPITULO II: DISEÑO

CAPITULO II DISEÑO

1. ESPECIFICACIÓN DEL DISEÑO DEL DISEÑO

La especificación del diseño de modelo de gestión por procesos para el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente seguirá la siguiente estructura

- a. Gestión de Procesos
 - a.1. Rediseño y estandarización de procesos
 - a.2. Manual de procedimientos
 - a.3. Guía para la automatización de procesos
 - a.4. Evaluación de la percepción de los usuarios

- b. Gestión de Indicadores
 - b.1. Guía de Indicadores de gestión

- c. Gestión de la Mejora Continua
 - c.1. Manual de Rehabilitación Basado En y Con la comunidad.
 - c.2. Manual para la Mejora Continua.

Se procede a desarrollar cada uno de los apartados propuestos:

2. GESTIÓN DE PROCESOS

2.1 FILOSOFÍA INSTITUCIONAL

Se procede a realizar un análisis a la misión, visión y objetivos del centro; para proceder al establecimiento de la política de calidad que regirá el modelo, así como al establecimiento de los objetivos de calidad. Cabe mencionar que según la Ley del ISRI y normativa institucional, el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR), así como en el resto de dependencias están dirigidas por la misma filosofía institucional.

2.1.1 ANÁLISIS DE LA MISIÓN

MISIÓN DEL ISRI

“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.”

Componente		Análisis
Clientes	¿Quiénes son?	Personas con discapacidad
Producto	¿Cuáles son los productos o servicios de la organización?	Servicios de rehabilitación para lograr la independencia funcional, calidad de la vida y plena inclusión social
Mercado	¿Dónde compite la organización?	Población salvadoreña con discapacidad.
Tecnología	¿Cuál es la tecnología básica de la institución?	Componente no mencionado en la misión.
Preocupación por la supervivencia, rendimiento y rentabilidad	¿Cuáles son los objetivos económicos de la organización?	Componente no mencionado en la misión.
Concepto propio	¿Cuáles son las principales fortalezas y ventajas competitivas de la organización?	Institución pública encargada de brindar servicios de rehabilitación a la población con discapacidad.
Filosofía	¿Cuáles son las creencias básicas, valores aspiraciones y prioridades filosóficas de la organización?	Brindar servicios con calidad y calidez
Preocupación por la imagen pública	¿Cuál es la responsabilidad pública de la organización y que imagen desea?	El componente se encuentra de forma explícita, ya que, al mencionar su coordinación con otras organizaciones

		afines expresa su grado de interés social.
Preocupación por los empleados	¿Cuál es la actitud de la organización hacia los empleados?	Componente no mencionado.

Tabla 29 Análisis de Misión Institucional

Según el análisis podemos observar que hay tres componentes que no se encuentran claramente descritos en la misión, los cuales son; tecnología, preocupación por los empleados y la supervivencia, en lo que respecta podemos concluir que por ser una institución pública sin fines de lucro debe estar orientada al máximo aprovechamiento de los recursos. El componente “preocupación por los empleados”, se encuentra implícito en la calidez del servicio de la institución tanto como el cliente externo como interno.

2.1.2 ANÁLISIS DE LA VISIÓN

VISIÓN DEL ISRI

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

Componente	Análisis
Debe ser factible alcanzarla	Cumple con el componente ya que la institución inspira a la excelencia y esto puede lograrse ya que no busca la perfección, sino, superar los estándares de acuerdo a las necesidades de los usuarios.
La visión motiva e inspira	Cumple con el componente, ya que su propósito es el bienestar de las personas con discapacidad. Motivante porque se cumple el deber social del estado a través de dicha institución.
Debe ser compartida	Es compartida no solo por el personal sino a través de las estrategias del nuevo enfoque de derecho que hace participe al usuario en el proceso de rehabilitación.
Debe ser clara y sencilla, de fácil comunicación	Es una visión de fácil comprensión, y por ende de fácil comunicación.

Tabla 30 Análisis de Visión Institucional

La visión del ISRI cumple con los requerimientos de una visión institucional, por lo que no se considera necesario realizar modificaciones.

OBJETIVO DEL CRIOR

- 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.

El objetivo que presenta la institución está alineado a los componentes de la misión y visión del ISRI, por lo que se determina que la filosofía institucional esta de acorde a la finalidad del centro.

En base a la filosofía institucional procedemos a definir la política y objetivos de calidad de la institución.

POLÍTICA DE CALIDAD

Para lograr estos retos, se deben asumir como principios y guías de su razón de ser los siguientes enunciados:

- La atención considerada al paciente como centro de nuestra preocupación y de toda nuestra actividad
- La satisfacción de nuestros profesionales como resultado de su labor profesionalizada y de su propio desarrollo profesional
- La calidad en todas las actividades y procesos como la filosofía de todo nuestro quehacer empresarial y laboral, considerando la mejora continua como el instrumento más eficaz para conseguir nuestros objetivos
- El cumplimiento en todo momento de la reglamentación que sea de aplicación a nuestros procesos

OBJETIVOS DE LA CALIDAD

Los objetivos de la calidad fundamentales de la organización, están basados en la política de calidad, y contienen las siguientes líneas de actuación:

- Conseguir satisfacer las necesidades y expectativas del usuario mediante un servicio de asistencia integrado, de calidad, personalizado y ágil, que responda a sus necesidades de salud.
- Conseguir satisfacer las necesidades de las personas que trabajan en la organización, de forma que se promueva su motivación positiva tanto en sus actuaciones como en sus comportamientos.
- Trabajar según un modelo de gestión por procesos encaminado a la calidad total, tomando como marco de referencia de la gestión, algunos requisitos de la Norma ISO 9001:2008, en los procesos a los que sea susceptible la institución.

REVISIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD

Como mínimo cada tres años y, siempre que lo requiera la mejora continua del modelo de gestión de la institución, se revisara la misión, visión y valores del centro, manteniendo en todo momento la coherencia de su política y objetivos estratégicos con las líneas marcadas.

ALCANCE DEL MODELO

Procesos sometidos al modelo de gestión.

Los procesos pertenecientes al CRIOR que serán sometidos al modelo de gestión son aquellos que tienen mayor incidencia directa o indirectamente con la atención al paciente, por lo que se definen como procesos de diseño los procesos clave u operativos identificados en el mapa de procesos de la institución, los cuales son los siguientes:

- Proceso de ingreso de usuarios
- Proceso de intervención a usuarios
- Proceso de egreso de usuarios.

2.2 RELACION ENTRE EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y ISRI-CRIOR.

2.2.1 MINISTERIO DE SALUD

El Ministerio de Salud, a través de María Isabel Rodríguez, en el marco de una propuesta y política de salud del nuevo gobierno en el 2009, lanzaron el documento **Construyendo Esperanza: Estrategias y Recomendaciones en Salud del Nuevo Gobierno**. En él dispone en su presentación que la política de salud del gobierno busca “propiciar un cambio seguro que beneficie a toda la población, especialmente a la más vulnerable”.

En la estrategia 8 de dicho documento se plantea las “**Prestaciones de la red de servicios**” e indica que el Sistema Nacional de Salud proveerá a toda la población, mediante la red pública de servicios, un conjunto de prestaciones cuyo número y calidad tenderá progresivamente a la integralidad.

De igual forma posee un Sistema Nacional de Salud basado en la Atención Primaria de Salud Integral, que incluye entre otras acciones crear los mecanismos necesarios para fortalecer la colaboración intersectorial y el desarrollo de **redes** y **alianzas**. De igual forma Definir un mecanismo de integración progresiva de las redes de servicios de atención a la salud del subsistema público, que permita como medida inicial:

- ✚ Coordinar el ente rector con la red de servicios y establecimientos de salud del MSPAS, ISSS, FOSALUD, Sanidad Militar, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial e Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, a efectos de gestión, administración, planificación y desarrollo de actividades en el marco de la Política Nacional de Salud, conservando su carácter de entidades autónomas. Pasos posteriores de integración se definirán en el Foro Nacional de Salud.
- ✚ Incrementar los actuales niveles de eficacia y eficiencia diseñando los indicadores necesarios para monitorear el nuevo sistema.

- ✚ Buscar la equidad en el financiamiento de las poblaciones, bajo responsabilidad de los diferentes proveedores públicos de servicios de salud.

Un paso importante hacia la conformación de redes integradas se ha dado mediante la aprobación en el año 2007 de la Ley que crea el Sistema Nacional de Salud por Decreto Legislativo No. 442 de 2007.

El artículo 17 de esta norma establece que el modelo de provisión en el Sistema Nacional de Salud será público y en él se articularán todos los prestadores públicos de servicios de salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud. Integran el Sistema Nacional de Salud conforme al Art. 2, el Ministerio de Salud Pública (MSPAS), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Sanidad Militar, el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), el Instituto Salvadoreño para la Rehabilitación de Inválidos (ISRI), y el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM).

De acuerdo a lo indicado en el Art. 5, literal a) de la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud, los miembros del sistema son los encargados de formular la Política Nacional de Salud. Corresponderá al Ministerio la planificación, organización, ejecución, supervisión y evaluación de dicha política y sus directrices (Art. 6), la que es desarrollada por el Acuerdo No. 788 de 21 de agosto de 2008.

El sector privado que presta servicios de salud está integrado por entidades lucrativas y no lucrativas. Las entidades lucrativas mantienen un modelo empresarial donde predomina la libre competencia. En las entidades no lucrativas la tendencia es a la conformación de entidades no gubernamentales (ONGs) que trabajan con financiamiento externos, subsidios públicos o fondos privados.




El Ministerio de Salud cubre a toda la población no asegurada (trabajadores del sector informal, desempleados y personas sin recursos). El ISSS sirve a los trabajadores del sector formal y a los pensionados y sus familias. El ISRI cubre a las personas con discapacidad y a los adultos mayores. El ISBM atiende al personal educativo y a sus familias. Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y a particulares que pagan por sus servicios.

El MSPAS se organiza en tres niveles: superior, regional y local. En el nivel superior se ubica la Secretaría de Estado, entidad rectora a la que le corresponde planificar y ejecutar la política nacional de salud, así como controlar y supervisar su aplicación y la gestión nacional de los recursos asignados. El nivel regional está conformado por las Direcciones Regionales, que constituyen el nivel técnico y administrativo de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), responsables del control de la gestión de los recursos hospitalarios en una unidad geográfica definida. El nivel local está conformado por la red operativa de los SIBASI y los hospitales.

2.2.2 EL ISRI

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) y sus dependencias tienen sus bases en el Art. 65 de la Constitución de la República el cual menciona lo siguiente: **“La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinara la política nacional de salud y controlara y supervisara su aplicación”**. Por lo tanto, esta institución aunque autónoma fue creada por el gobierno en beneficio de la población salvadoreña, y de igual forma se rige por la **LEY DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DE REHABILITACION INTEGRAL. (D.L. Nº 503, Fecha: 22/12/1961. Publicado en el D.O. Nº 239, Tomo 193, de fecha 27/12/1961)** y por el **CODIGO DE SALUD. (D.L. Nº 955, D.O. 86 DEL TOMO Nº 299 DE FECHA 5/11/1988.**

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, (ISRI), se crea como una Institución Autónoma de Derecho Público con capacidad jurídica para contraer derechos y adquirir obligaciones, con los fines ante la ley de:

-  Rehabilitación del discapacitado.
-  Establecer estudios físicos, psicológicos, vocacionales de la persona con discapacidad.
-  Creación de programas de rehabilitación de toda clase de discapacidad.
 - Participación en asociaciones, clubes o actividades que persigan los mismos fines del Instituto.

El ISRI cuenta con una jerarquía propia, llamados también órganos de gobierno, los cuales se describen así:

- ✚ **Junta Directiva:** dicta políticas y normas del Instituto, Conoce a aprueba Anteproyecto del Presupuesto.
- ✚ **El Presidente del Instituto:** representante legal del Instituto puede contraer obligaciones en nombre de éste.
- ✚ **Gerencia General.**
- ✚ **Gerente Medico.**
- ✚ **Gerente Administrativo.**

De igual forma poseen sus órganos asesores:

- ✚ **Consejo Técnico Consultivo:** Ve la parte técnica del servicio.
- ✚ **El Comité Administrativo:** Ve la organización administrativa del ISRI.
- ✚ **Comité Educacional:** Desarrolla Programas de educación.

En la Junta Directiva participan diferentes representantes de los sectores relacionados, y en especial delegados del Gobierno de la República a través del Ministerio de Salud:

- a) Un Presidente nombrado por el Presidente de la República a propuesta del Ministro de Salud, a su vez es el Presidente del Instituto;
- b) Un representante del Ministerio de Hacienda;
- c) Un representante del Ministerio de Salud;
- d) Un representante del Ministerio de Trabajo y Previsión Social;
- e) Un representante de la ANEP;
- f) Un representante de la Fundación TELETON;
- g) Un representante de la Universidad El Salvador;
- h) Un representante del Ministerio de Educación;
- l) Un representante del Ministerio de Relaciones Exteriores (atribución desde 1995)

Además **Todos** los representantes de estas Instituciones deben ser funcionarios de las mismas.

De igual forma su Patrimonio está originado en su mayoría por un aporte básico del Estado, quién debe subvencionarlo anualmente, ya que no es autofinanciable. Además pueden recibir ingresos provenientes de otras instituciones públicas y privadas y de personas naturales, tales casos como pensiones que paguen rehabilitados al recibir su servicio o posterior a su atención.

2.2.3 RELACION EXISTENTE.

En conclusión el ISRI-CRIOR es una entidad en su totalidad Autónoma, capaz de obtener derechos y obligaciones según la responsabilidad de la Junta Directiva, y que a pesar de poseer un presupuesto como parte de una subvención del Estado y estar compuesto en parte de su junta directiva por entes reguladores que fungen en instituciones del Estado, posee total independencia.

El MSPAS como encargado de ejecutar la política de salud rige y regula a través del Código de Salud las actividades de todas las instituciones dedicadas a este rubro, buscando la interrelación y el trabajo en red necesario, que permita desarrollar a todos los niveles que la población goce de mecanismos que preserven su salud y que la recuperen de forma integral por medio del apoyo de todos los involucrados de la comunidad: doctores, enfermeras, terapeutas, usuarios, familiares de los usuarios, entre otros participantes.

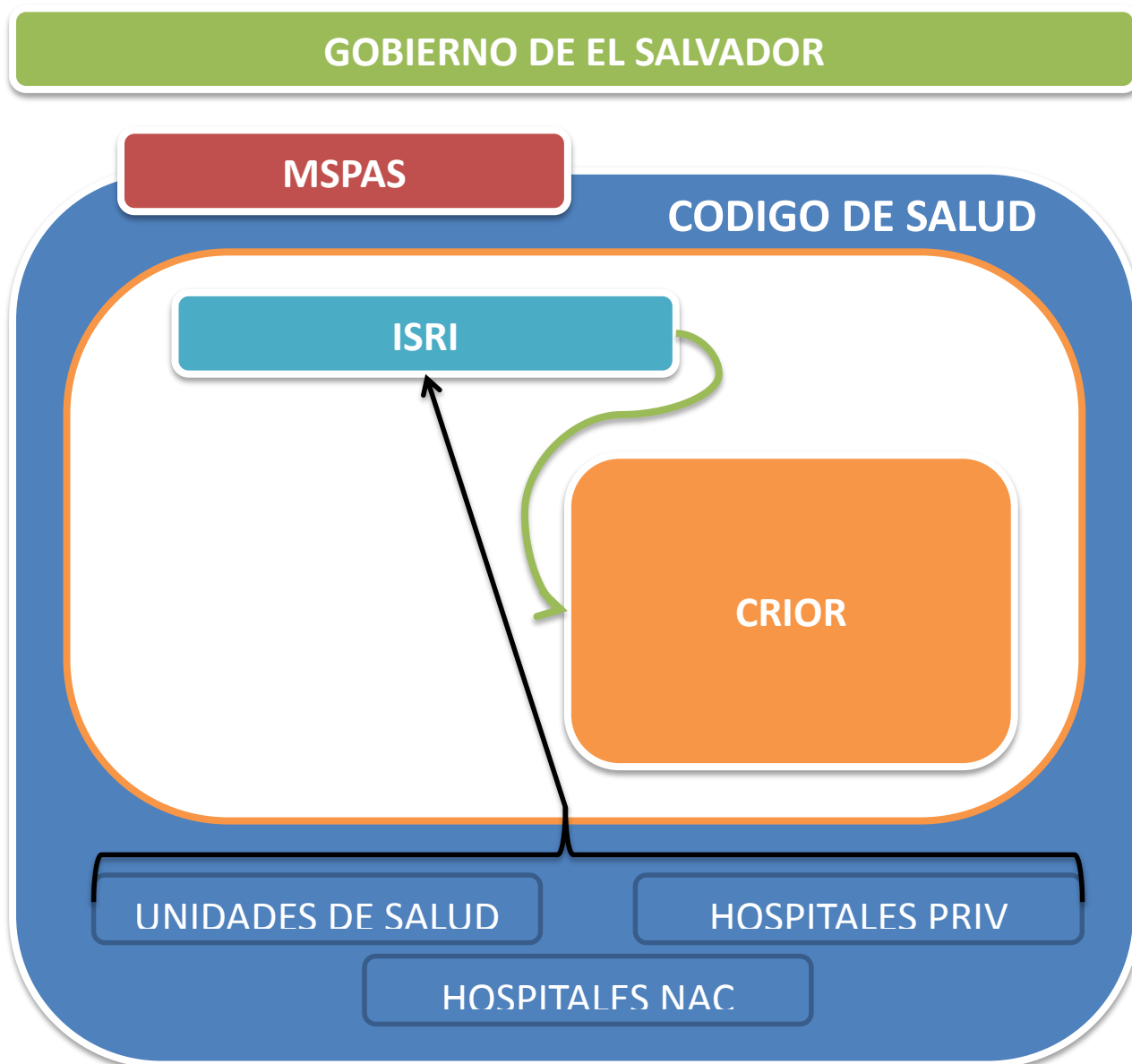
Según el Lic. Rogelio Velasco de la dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, desde su fundación el ISRI y sus dependencias gozan de un presupuesto asignado para cada año de labores, el cual es revisado y autorizado por los altos mandos del Ministerio antes mencionado, se pueden revisar los datos presupuestados en la página web del ministerio de hacienda: www.mh.gob.sv.

De igual forma la Dra. Lilibian Ardón, de la Unidad de Salud de Sonsonate, confirmó que para poder referir a un paciente nuevo hacia el ISRI o alguna de sus dependencias únicamente se realiza a través el formato de referencia normal, teniendo la facultad cualquier doctor del MSPAS para realizar este procedimiento.

Por lo tanto, se podría concluir que entre el MSPAS y el CRIOR existe una interrelación legal por estar regidos por el Código de Salud el cual vela y ejecuta el mismo MSPAS. De igual forma en el nivel local del Ministerio, los llamados SIBASI y los Hospitales, se convierten en proveedores del

sistema de rehabilitación en cuanto refieren a los usuarios a los servicios especializados del Centro.

El siguiente esquema muestra la interacción entre las partes analizadas como entes proveedores y la ubicación del CRIOR en el sistema Nacional de Salud.



2.3 REDISEÑO DE PROCESOS.

Como parte del diseño se realizó un rediseño de procesos en base a los análisis realizados. El Centro de Rehabilitación presenta procesos que no generan valor agregado en la organización, sin embargo estos son necesarios para el desarrollo óptimo de las actividades ya que son procedimientos de control y registro.

Para diseñar los procesos y procedimientos del centro se tomaran en cuenta diferentes criterios, estos criterios serán desde el punto de vista técnico y la factibilidad de la implementación, a continuación se muestra los criterios que se usaran para definir los procedimientos mejorar:

Criterios para la reducción, eliminación y optimización.

1. Elevada posibilidad de mejora: refiriéndose a que no es necesaria hacer cambios drásticos ni una gran inversión para mejorar.
2. Retrocesos en el proceso: eliminarlos para dejar un flujo lineal, que permita avanzar en las diferentes etapas del proceso.
3. Demoras: eliminar las demoras o reducir lo más posibles aquellas que no se puedan eliminar.
4. Experiencia en el desarrollo de las actividades: tomando en cuenta la opinión de terapistas y coordinadoras para mejorar los procedimientos que ellos ejecutan.
5. Criterio medico: algunos procedimientos se pueden eliminar o reducir; enfocándose siempre en ayudar al usuario tomando en cuenta el tiempo en ejecutar dicho procedimiento y la necesidad de recibir rehabilitación (criterios médicos).

En busca de reducir el impacto de estos procedimientos se realizó una reasignación de con lo cual se logró eliminar procedimientos que se realizaban en diferentes áreas de la misma forma y fueron asignados a un solo colaborador, eliminando de esta manera la duplicidad. Los cambios realizados en los procesos son:

PROCEDIMIENTO	SITUACIÓN INICIAL	SITUACIÓN FINAL
Monitoreo periódico de indicadores institucionales	Procedimiento realizado por la dirección de forma esporádica y mediante observación.	Este procedimiento fue eliminado ya que el monitoreo de los indicadores se realiza sistemáticamente a través del proceso diseñado para la mejora continua.
Monitoreo de grupos de interés	Este procedimiento forma parte de los procesos estratégicos y está orientado a determinar la satisfacción de los usuarios por medio de la observación.	Este procedimiento su absorbido por el nuevo proceso de evaluación del nivel de satisfacción del usuario, el cual permite obtener resultados más verídicos y certeros.
Ingreso de datos al sistema EPI	Este procedimiento se realiza de manera esporádica y no existen responsables definidos para su realización, lo que no permite obtener resultados óptimos y su resultado no genera mayor impacto en los resultados de la organización.	Este procedimiento será optimizado y estandarizado mediante la elaboración del manual de procedimientos. Los cambios realizados en este procedimiento, lo convierten en un insumo directo para el seguimiento y control de indicadores por lo que se considera que genera Valor agregado para la empresa.
Ingreso de datos al sistema UTEC	Este procedimiento se realiza de manera esporádica y no existen responsables definidos para su realización, lo que no permite obtener resultados óptimos y su resultado no genera mayor impacto en los resultados de la organización.	Este procedimiento será optimizado y estandarizado mediante la elaboración del manual de procedimientos. Los cambios realizados en este procedimiento, lo convierten en un insumo directo para el seguimiento y control de indicadores por lo que se considera que genera Valor agregado para la empresa.
Ingreso de datos al sistema PERC.	Este procedimiento se realiza de manera esporádica y no existen responsables definidos para su realización, lo que no permite obtener resultados óptimos y su resultado no genera mayor impacto en los	Este procedimiento será optimizado y estandarizado mediante la elaboración del manual de procedimientos. Los cambios realizados en este procedimiento, lo convierten en un insumo directo para el seguimiento y

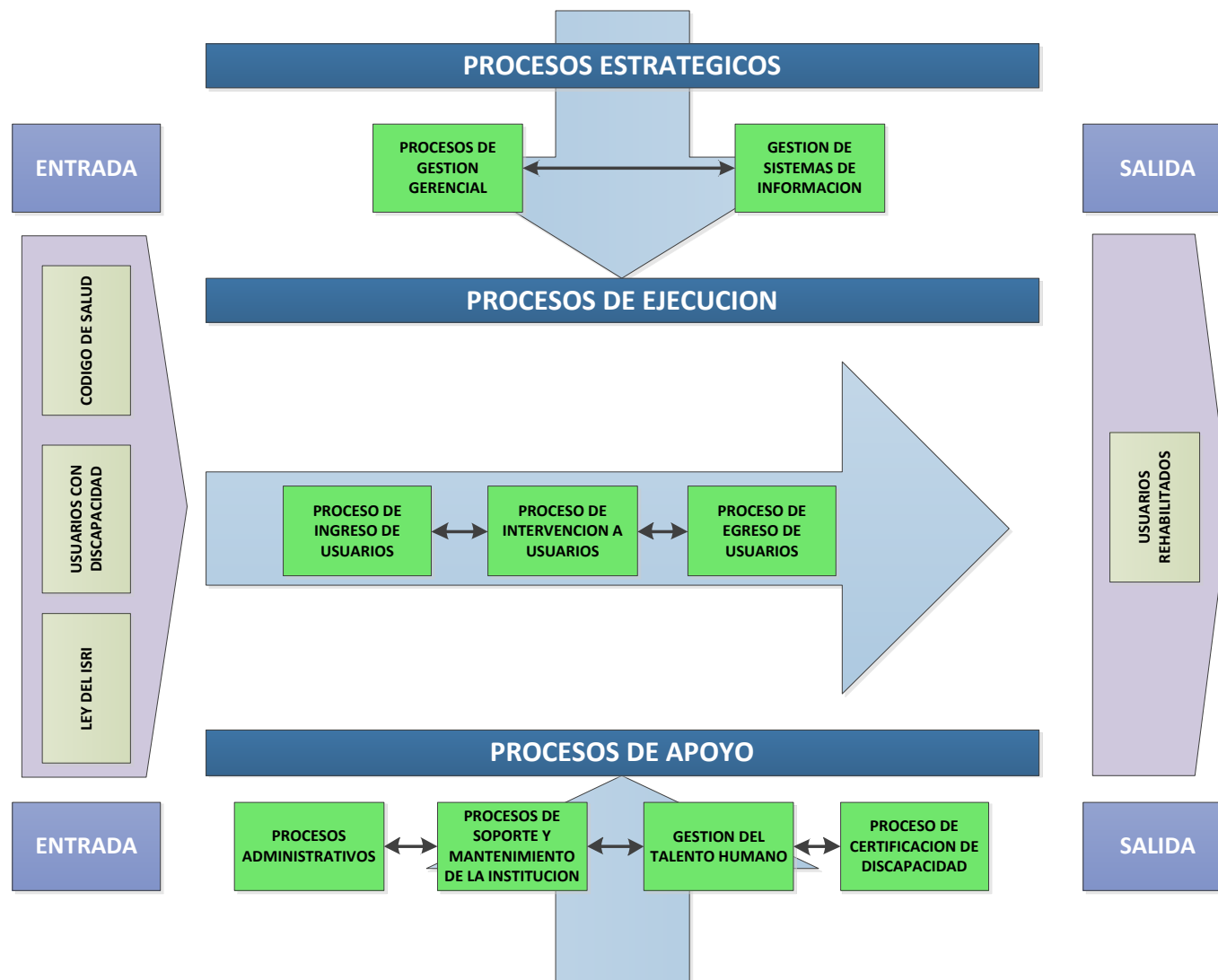
	resultados de la organización.	control de indicadores por lo que se considera que genera Valor agregado para la empresa.
Brindar consulta subsecuente	Constituye un Procedimiento repetitivo, ya que el usuario es evaluado y diagnosticado con anterioridad, lo que genera una pérdida de tiempo en evaluaciones y retraso en el inicio de las terapias.	En base al criterio médico, se determina que este proceso será reducido ya que forma parte de procesos repetitivos de evaluación a los usuarios y teniendo presente la misión de la institución es necesario que los usuarios sean intervenidos lo antes posible
Realizar evaluación Inter/multidisciplinaria	Constituye un Procedimiento repetitivo, ya que el usuario es evaluado y diagnosticado con anterioridad, lo que genera una pérdida de tiempo en evaluaciones y retraso en el inicio de las terapias.	En base al criterio médico, se determina que este proceso será reducido ya que forma parte de procesos repetitivos de evaluación a los usuarios y teniendo presente la misión de la institución es necesario que los usuarios sean intervenidos lo antes posible
Brindar interconsulta	Constituye un Procedimiento repetitivo, ya que el usuario es evaluado y diagnosticado con anterioridad, lo que genera una pérdida de tiempo en evaluaciones y retraso en el inicio de las terapias.	En base al criterio médico, se determina que este proceso será reducido ya que forma parte de procesos repetitivos de evaluación a los usuarios y teniendo presente la misión de la institución es necesario que los usuarios sean intervenidos lo antes posible
Programación de usuario para certificación de discapacidad	Este proceso sirve para la preparación del usuario para obtener certificación de discapacidad	Procedimiento será optimizado evitando la reprogramación y permitiendo el paso automático a la evaluación de discapacidad.
Mantenimiento Preventivo de Vehículos	Este procedimiento se realiza de manera esporádica y no existen responsables definidos para su realización, lo que no permite obtener resultados óptimos y su resultado no genera mayor impacto en los resultados de la organización.	Este procedimiento será optimizado y estandarizado lo que permitirá que se desarrolle de manera periódica, además permitirá definir un responsable directo. Obteniendo valor agregado para la empresa.
Mantenimiento	Este procedimiento se realiza	Este procedimiento será optimizado y

Informático preventivo programado y mantenimiento correctivo	de manera esporádica y no existen responsables definidos para su realización, lo que no permite obtener resultados óptimos y su resultado no genera mayor impacto en los resultados de la organización.	estandarizado lo que permitirá que se desarrolle de manera periódica, además permitirá definir un responsable directo. Obteniendo valor agregado para la empresa.
---	---	---

Tabla 31 Cambios significativos a procedimientos

A continuación se presenta el mapa de procesos del centro de rehabilitación en el cual se encuentran clasificados los procedimientos detallados con anterioridad, de igual manera se presenta la clasificación y la descripción de los procedimientos tomando en cuenta los cambios propuestos con anterioridad.

MAPA DE PROCESO



- **MATRIZ DE PROCESOS**

MACRO-PROCESOS	PROCESO	SUB-PROCESOS	PROCEDIMIENTO	PRODUCTO
PROCESOS DE APOYO	PROCESOS ADMINISTRATIVOS	Gestión de Activo Fijo	Préstamo de Bienes Muebles entre ambientes (Áreas del centro)	Bienes muebles temporales disponibles en otros ambientes
			Transferencias de Bienes Muebles entre ambientes	Acta de transferencia de bienes muebles
			Transferencia de bienes muebles entre dependencias	Informe de bienes muebles trasferidos
			Descargo de Bienes Muebles	Informe de bienes muebles recibidos de otras dependencias
			Levantamiento de Inventario	Inventario de bienes muebles actualizados
		Manejo de Caja Chica.	Apertura de Fondo de Caja Chica	Estado de cuenta caja chica
			Solicitud y Adquisición de la Compra.	Requisición de compra
			Reintegro de Fondo de Caja Chica.	Estado de cuenta caja chica
			Liquidación de Caja Chica	Informe de control de efectivo de caja chica
		Control y Seguimiento del PAA (Plan Anual de Adquisiciones)	Solicitud de Compra de Bienes Incluidos en el PAA	Requisición de compra
			Dar seguimiento a la Gestión de Adquirió de los bienes.	Informe seguimiento de adquisición

			Control y Seguimiento de Contratos de Bienes y Servicios.	Contratos establecidos	
			Seguimiento de la PAA.	Informe estadístico	
		Gestión y Control de Transporte	Control y seguimiento del uso del transporte.	Transporte disponible para actividades del CRIOR	
			Suministro de combustible (Manejo y control de cupones)	combustible para actividades del CRIOR	
		Gestión de donaciones	Gestión de la Aprobación de la Donación	Solicitud de donaciones	
			Recepción de la donación	Revisión de donación recibida	
			Registro de donación tangible o intangible.	Acta de recepción de donación	
		Administración y Control de Presupuesto	Elaboración del Presupuesto Anual.	presupuesto anual	
			Control de la Ejecución del Presupuesto.	Informes de utilización del presupuesto	
		Control de Asistencia y Permanencia en los lugares de Trabajo.	Control de Marcación Llegadas tempranas y tardías	Informe de Llegadas tardías	
			Gestión de Medidas Disciplinarias	Actas levantadas	
			Control de Misiones Oficiales	Informe de misiones asignadas	
			Administración de Permisos y Licencias.	Informe de permisos y licencias	
			Otorgamiento de Tiempo compensatorio.	Permisos compensatorios	
		PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN.	Mantenimiento de Instalaciones y Equipo	Ornato, Limpieza y Aseo	Plan de ornato, limpieza y aseo
				Mantenimiento Preventivo de Instalaciones y Equipo	Plan de mantenimiento de Instalaciones
				Mantenimiento Correctivo de Instalaciones y Equipo.	Orden de trabajo para mantenimiento

		Mantenimiento Vehicular	Mantenimiento Preventivo de Vehículos	Orden para mantenimiento periódico
			Mantenimiento Correctivo de Vehículos	Orden para mantenimiento correctivo
		Soporte informático	Mantenimiento Preventivo programado y mantenimiento Correctivo.	Plan de mantenimiento
				Orden de mantenimiento
			Asistencia Remota o Presencial.	Aplicación de asistencia recibida
		Seguridad y Vigilancia	Orientación y Control a personas que ingresan a la Institución.	Asistencia a usuarios
			Registro de Novedad o Hallazgo Relevante	Informe de hallazgo
			Retiro e Ingreso de Equipo o Material	Informe de salida/ingreso
			Registro de Salida de Personal con Misión Oficial y Permisos Personales	Informe de personal
		PROCESOS DE GESTION DE TALENTO HUMANO.	Contratación y Selección del personal	Solicitud de Contratación de personal en plazas vacantes.
	Gestión de nuevas plazas.			Requisitos para plazas vacantes
	Selección del personal			personal seleccionado
	Incorporación e Inducción.			Personal capacitado
	Evaluación de Periodo de Prueba de plaza Interina.			personal evaluado aceptado o rechazado
	Gestión de contrato de plaza en propiedad.			Elaboración de contrato
	Capacitación del	Selección de temas de Interés.	Listado de temas	

		personal	Capacitaciones Internas.	Personal capacitado dentro de las instalaciones
			Capacitaciones Externas.	Personal capacitado afuera de las instalaciones
		Sistemas de Incentivos del personal	Sistema de Incentivos Por Antigüedad	Asignación de incentivos
			Sistema evaluación al desempeño	personal evaluado
	Administración de Suelos y Salarios	Control de Planillas.	Planillas	
	PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.	Servicio de certificación de Discapacidad	Programación de Usuario para certificación de discapacidad.	asignación de horario para evaluación
			Evaluación de la discapacidad.	Usuario evaluado
			Elaboración de la Certificación.	Certificación de discapacidad
			Autorización de la Certificación de Discapacidad.	certificación autorizada
	PROCESOS OPERATIVOS	PROCESO DE INGRESO DE USUARIOS	Obtener información de usuarios	Realizar contacto inicial
Realizar evaluación inicial				diagnostico preliminar
apertura expediente				registro de Usuarios
Ingresar usuarios a servicios médicos y de apoyo			programar cita consulta especialista	Cita para consulta especialidad
			realizar evaluación médico especialista	Diagnostico
			Elaborar solicitud de intervención en áreas de terapia	Solicitud para tratamiento
ingresar usuarios a servicios terapéuticos		Asignar cita para evaluación terapéutica	Cita para evaluación	
		Realizar evaluación inicial en terapia	Diagnostico en terapia	
PROCESO DE	Intervenir en servicios	Brindar consulta subsecuente	Diagnósticos posterior	

	INTERVENCION A USUARIOS	médicos	Realizar evaluación Inter/multidisciplinaria	resultados de evaluación	
			Brindar interconsulta	Diagnostico	
		Intervención terapéutica		Intervenir en modalidad de electroterapia	Usuario en tratamiento
				intervenir en modalidad cinesiterapia	Usuario en tratamiento
				intervenir en modalidad termoterapia	Usuario en tratamiento
				intervenir en modalidad actividades de la vida diaria	Usuario en tratamiento
				intervenir en modalidad orientación y movilidad	Usuario en tratamiento
				intervenir en modalidad funciones mentales superiores	Usuario en tratamiento
				intervenir en modalidad pre lingüística	Usuario en tratamiento
				intervenir en modalidad lingüística	Usuario en tratamiento
				intervenir en modalidad desordenes del habla	Usuario en tratamiento
				intervenir en terapia educativa	Usuario en tratamiento
				intervenir en educación física adaptada	Usuario en tratamiento
				intervenir en terapia lúdica	Usuario en tratamiento
		Intervenir a usuarios en servicios psicológicos		brindar atención psicológica individual	Usuario en tratamiento
				brindar atención psicológica grupal	Atención a usuarios
		Intervenir a usuarios en servicio social		Realizar seguimiento de trabajo social	recolección de información
				Brindar asistencia al usuario	usuario orientado
				Realizar visita domiciliar	Información comprobada
	PROCESO DE EGRESO	Egreso solicitado	Egreso por solicitud de Usuario	Resumen clínico	

	DE USUARIOS	Egreso asignado	Egreso por cumplimiento de plan de Rehabilitación	Resumen clínico
			Egreso por Incumplimiento del Usuario	Resumen clínico
PROCESOS ESTRATEGICOS	PROCESOS DE GESTION GERENCIAL (GESTION DE PLANEACION,CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL)	Direccionamiento Estratégico	Gestión del Plan Anual Operativo	Plan anual
			Gestión de los planes de trabajo anuales por área.	Plan anual
		Garantía de la Medición, Análisis y Mejora Continua.	Medición y Análisis de Resultados.	Informe estadístico
			Toma de medidas correctivas y retroalimentación.	Acciones a realizar
			Gestión de comités de Apoyo a la Dirección	Reunión con comité de apoyo
		Comunicación y Promoción	Gestión para la conformación de Grupos de Interés.	Grupos de interés
	Difusión de las Actividades mensuales del centro.		Plan de actividades	
	PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES.	Gestión del UTEC	Ingreso de datos al sistema	Sistema actualizado
			Medición y Análisis de Resultados.	Control de resultados
			Medidas correctivas y retroalimentación.	Plan de acciones
		Gestión del EPI	Ingreso de datos al sistema	Sistema actualizado
			Medición y Análisis de Resultados.	Control de resultados
			Medidas correctivas y retroalimentación.	Plan de acciones
		Gestión del PERC	Ingreso de datos al sistema	Sistema actualizado
			Medición y Análisis de Resultados.	Control de resultados
Medidas correctivas y retroalimentación.			Plan de acciones	

Tabla 32 Clasificación de Procesos del CRIOR

Resumen de matriz de procesos

TIPO DE PROCESO	PROCESOS	SUB-PROCESOS	PROCEDIMIENTOS	PRODUCTOS
PROCESOS APOYO	PROCESOS ADMINISTRATIVOS	7	25	24
	PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN.	4	11	12
	PROCESOS DE GESTION DE TALENTO HUMANO.	4	12	12
	PROCESO DE EVALUACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD.	1	4	4
PROCESOS OPERATIVOS	PROCESOS DE INGRESO DE USUARIOS	3	8	8
	PROCESO DE INTERVENCION A USUARIOS	4	20	20
	PROCESO DE EGRESO DE USUARIOS	2	3	3
PROCESOS ESTRATÉGICOS	PROCESOS DE GESTION GERENCIAL	3	6	8
	PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES.	3	9	9
	TOTAL	30	98	99

Tabla 33 Resumen de matriz de procesos

Como se observa en la tabla resumen, a nivel global es CRIOR cuenta con 9 procesos principales que se dividen en sub-procesos de diferente nivel hasta llegar al nivel de procedimientos. En total se cuenta con 98 procedimientos identificados los cuales forman parte del quehacer diario del centro, a dichos procedimientos se les aplica a continuación el Análisis de Valor Agregado para determinar cuáles de ellos aportan valor a la prestación del servicio a los usuarios y comparar estos resultados con el análisis de valor agregado realizado inicialmente, y de esta manera determinar el efecto que los cambios propuestos generan en la organización.

2.3.1 MODELADO DE PROCESOS ACTUALES

Se procede a la modelación de los procesos operativos que son los que tienen mayor incidencia en la atención al cliente además de ser el eje fundamental para la mejora del servicio.

PROCESOS OPERATIVOS	PROCESOS DE INGRESO DE USUARIOS
	PROCESO DE INTERVENCION A USUARIOS
	PROCESO DE EGRESO DE USUARIOS

Tabla 34 Clasificación de procesos operativos

1. Procesos Operativos.

1.1. Proceso de Ingreso a Usuarios

1.1.1. Proceso de Registro.

1.1.1.1. Toma y Recepción de Datos

1.1.1.2. Evaluación Inicial

1.1.1.3. Apertura del Expediente

1.1.2. Evaluación Médica General.

1.1.2.1. Programación de Cita con Medicina General.

1.1.2.2. Consulta Subsecuente.

1.1.2.3. Estudio Socio-Económico

1.1.3. Ingreso a Servicios Médicos.

1.1.3.1. Programación de Cita con especialista.

1.1.3.2. Realizar evaluación Médica Completa.

1.1.4. Ingreso a Servicios Terapéuticos

1.1.4.1. Programación de Cita con especialista en terapia.

1.1.4.2. Realizar evaluación Inicial de Terapia.

1.2. Proceso: Intervenir a Usuarios

1.2.1. Intervenir en Servicios Médicos

1.2.1.1. Brindar Consulta Subsecuente

1.2.1.2. Realizar Evaluación Inter/Multidisciplinaria

1.2.1.3. Brindar Interconsulta

- 1.2.2. Intervenir Usuario en Terapia
 - 1.2.2.1. Intervenir en Modalidad de Electroterapia
 - 1.2.2.2. Intervenir en Modalidad Cinesiterapia
 - 1.2.2.3. Intervenir en Modalidad Termoterapia
 - 1.2.2.4. Intervenir en Modalidad Actividades de la Vida Diaria
 - 1.2.2.5. Intervenir en Modalidad Orientación y Movilidad
 - 1.2.2.6. Intervenir en Modalidad Funciones Mentales Superiores
 - 1.2.2.7. Intervenir en Modalidad Pre lingüística
 - 1.2.2.8. Intervenir en Modalidad Lingüístico
 - 1.2.2.9. Intervenir en Modalidad Desordenes Específicos del Habla
 - 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
 - 1.2.4.2. Brindar Asistencia al Usuario
 - 1.2.4.3. Realizar Visita Domiciliar
- 1.3. Egresar Usuarios
- 1.3.1. Elaborar solicitud de egreso
 - 1.3.2. Autorizar solicitud de egreso
 - 1.3.3. Elaborar resumen clínico del usuario

MÉTODOLOGIA DEL MODELADO DE PROCESOS.

El modelado de procesos actuales es muy importante ya que nos muestra la interacción que tienen diferentes actividades y funciones que se realizan para brindar servicio al usuario.

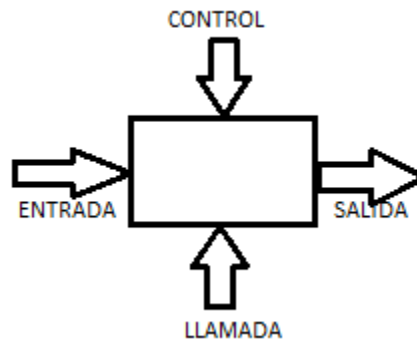
Por lo general, los procesos, funciones y actividades de una empresa son complejos, tediosos y difíciles de entender. Ante esta dificultad, se requiere de un diseño eficiente y actualizado junto a una técnica la cual permita documentar en una forma clara y precisa toda la información importante y necesaria para la organización.

En esta ocasión, se utilizará la técnica de modelamiento de procesos IDEF 0, la cual se describe a continuación:

IDEFO o **IDEFØ**²² (*Integration Definition for Function Modeling*) es un método diseñado para modelar decisiones, acciones y actividades de una organización o sistema. IDEFØ se derivó de un lenguaje gráfico bien establecido, el análisis estructurado y Técnica de Diseño.

Esta metodología presenta 2 componentes principales, los cuales son:

- **Caja de procesos o funciones:** Un proceso o función es algo que ocurre en un periodo de tiempo y produce un resultado gracias a una entrada. Su representación gráfica es una caja.
- **Flechas:** las flechas (ICOM) representan la información que define una actividad, actúan sobre la actividad o salen de ella para actuar en otra. Una actividad involucra:



La ENTRADA es la información que sufrirá una transformación, CONTROL son los mecanismos de control normalizados por la organización que se está analizando; la LLAMADA son los entes involucrados para la realización de esa actividad o función; las SALIDAS son los resultados de la transformación de la información de la entrada.

• ²² Metodología IDEF0: <http://es.slideshare.net/JuanPablo157/diagramas-idef-0-y-3-11697598>

PROCESOS OPERATIVOS.

Proceso de Ingreso a Usuarios

PROCESO: INGRESO AL PROCESO DE REHABILITACION

MISION

Realizar el primer contacto con el usuario, diagnosticar el tipo de discapacidad, el grado de complejidad y posible evolución, determinando un programa de terapias y tratamiento acorde a su necesidad y a la capacidad del centro.

RESPONSABLE

No está definido el responsable.

LIMITES

Inicia cuando el usuario llega por primera vez al Centro por medio de una referencia de un hospital público o de alguna institución privada, siempre y cuando no haya sido atendido por este centro por el mismo problema por al menos un año. Finaliza, cuando después de su evaluación general, se ha determinado un programa de tratamiento y el posible grado de mejora o corrección de su discapacidad.

PROVEEDORES	ENTRADAS	SUBPROCESOS	SALIDAS	USUARIOS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usuarios. ▪ Instituciones Públicas. ▪ Instituciones Privadas. ▪ La comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discapacidad de los Usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recepción del paciente y toma de datos. ▪ Creación de cuadro Clínico ▪ Evaluación médica: Medician General. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Programa de rehabilitación. ▪ Asignación de Terapias y especialistas. ▪ Asignación de horarios de Teraias. ▪ Refrencias hacia otras especialidades fuera del Centro 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicos. ▪ Terapistas. ▪ Usuarios

DOCUMENTOS

- Modelo de Atención y Provisión CRIO – CRIOR
- Normas Técnicas del Expediente Clínico (ESDOMED)
- Lineamientos del Programa de Epidemiología

INDICADORES

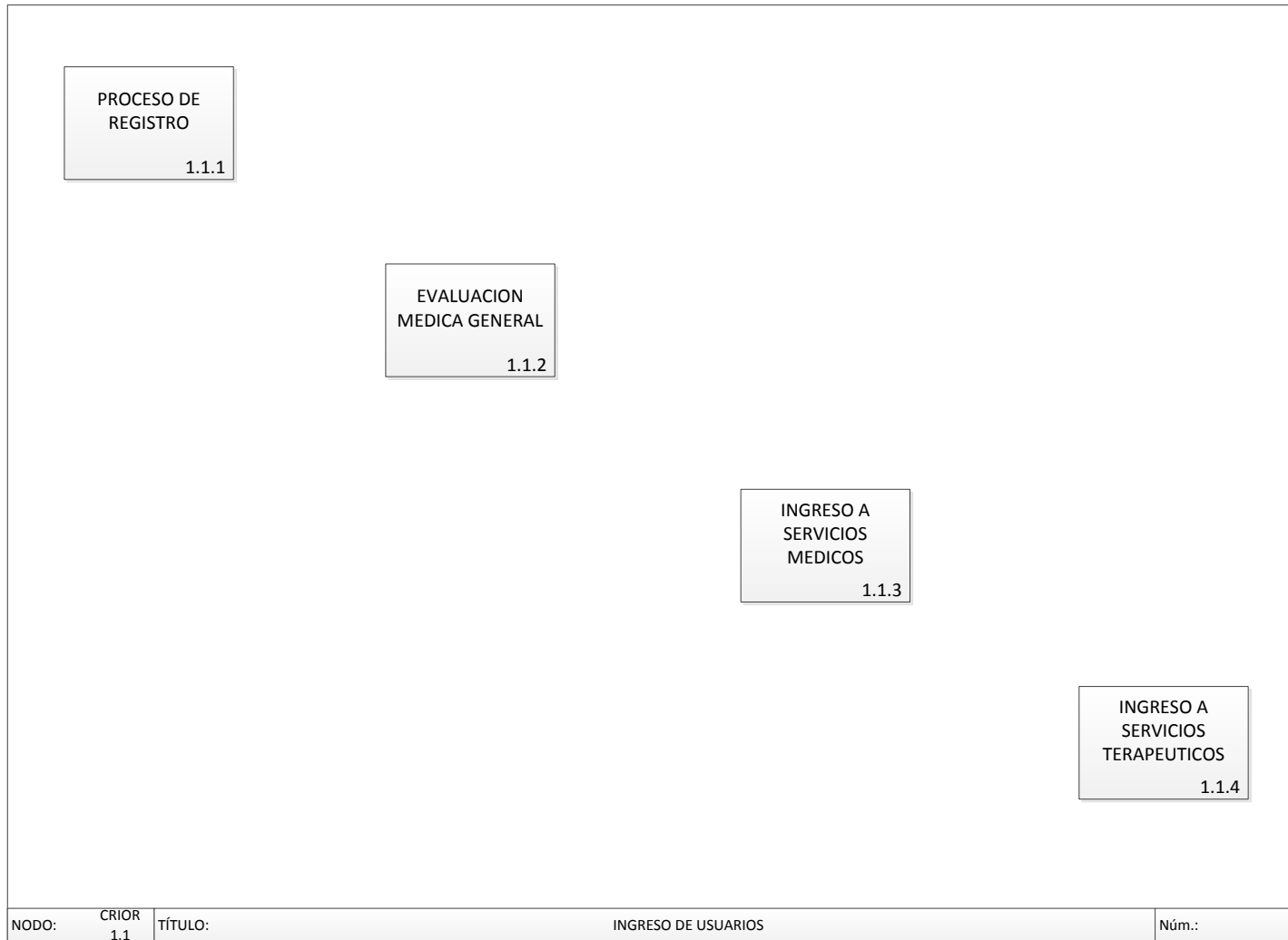
- Porcentaje de nuevos usuarios.
- Porcentaje de pacientes atendidos.
- Índice de Ocupación por programa de rehabilitación.

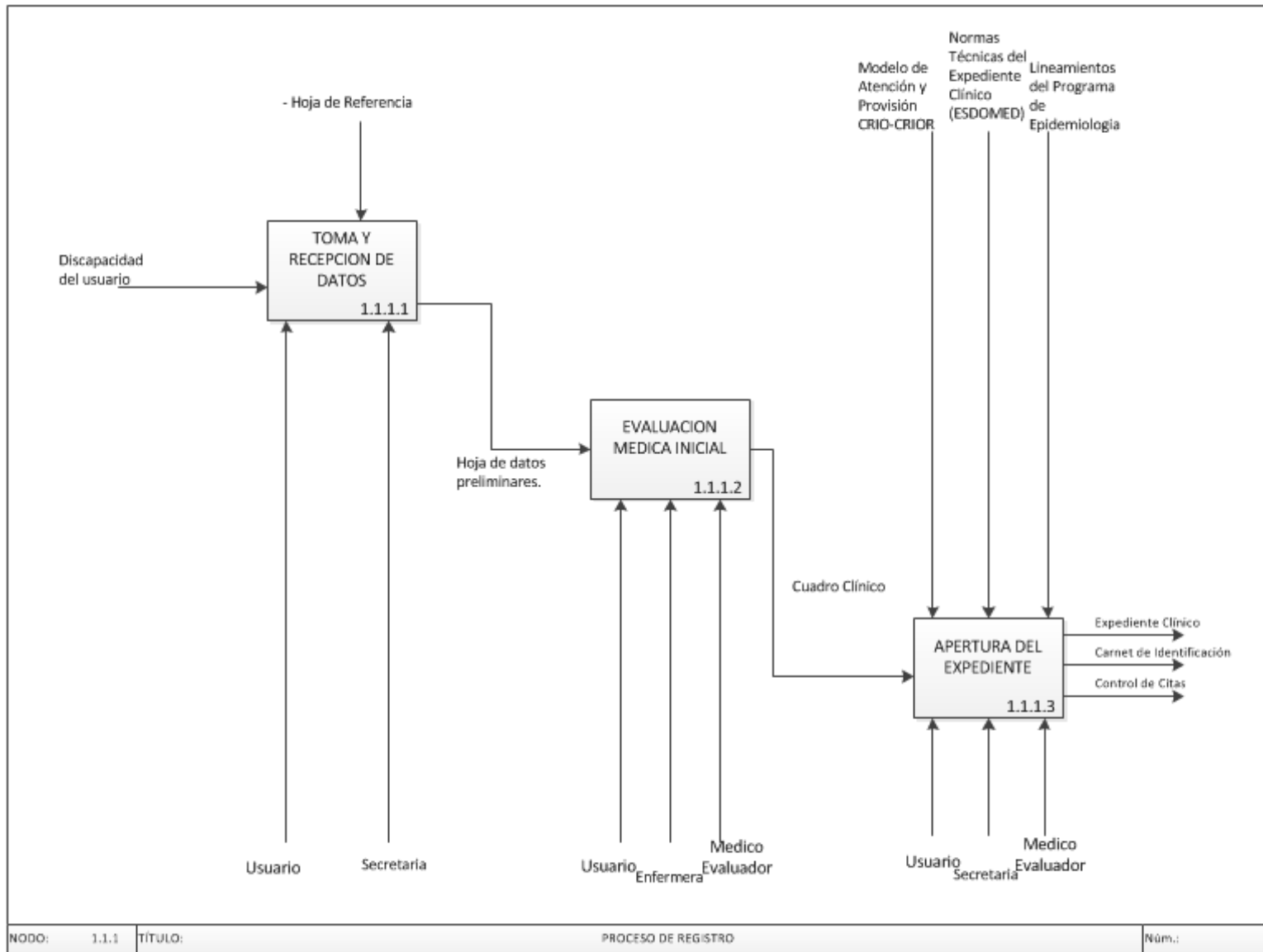
CARGOS

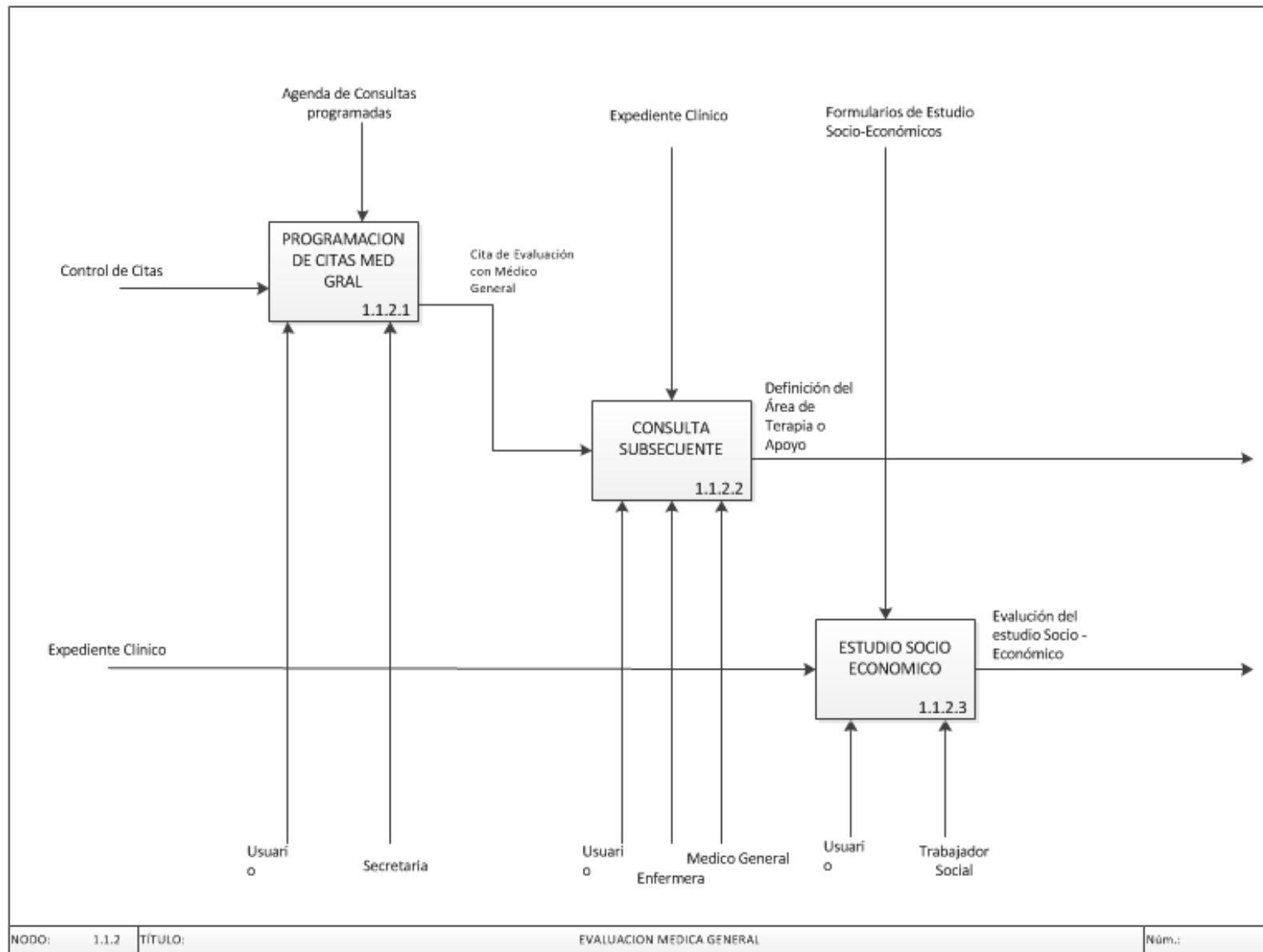
- Secretaria.
- Auxiliar Trabajo Social.
- Médico General.
- Auxiliar de Terápia.
- Terapistas

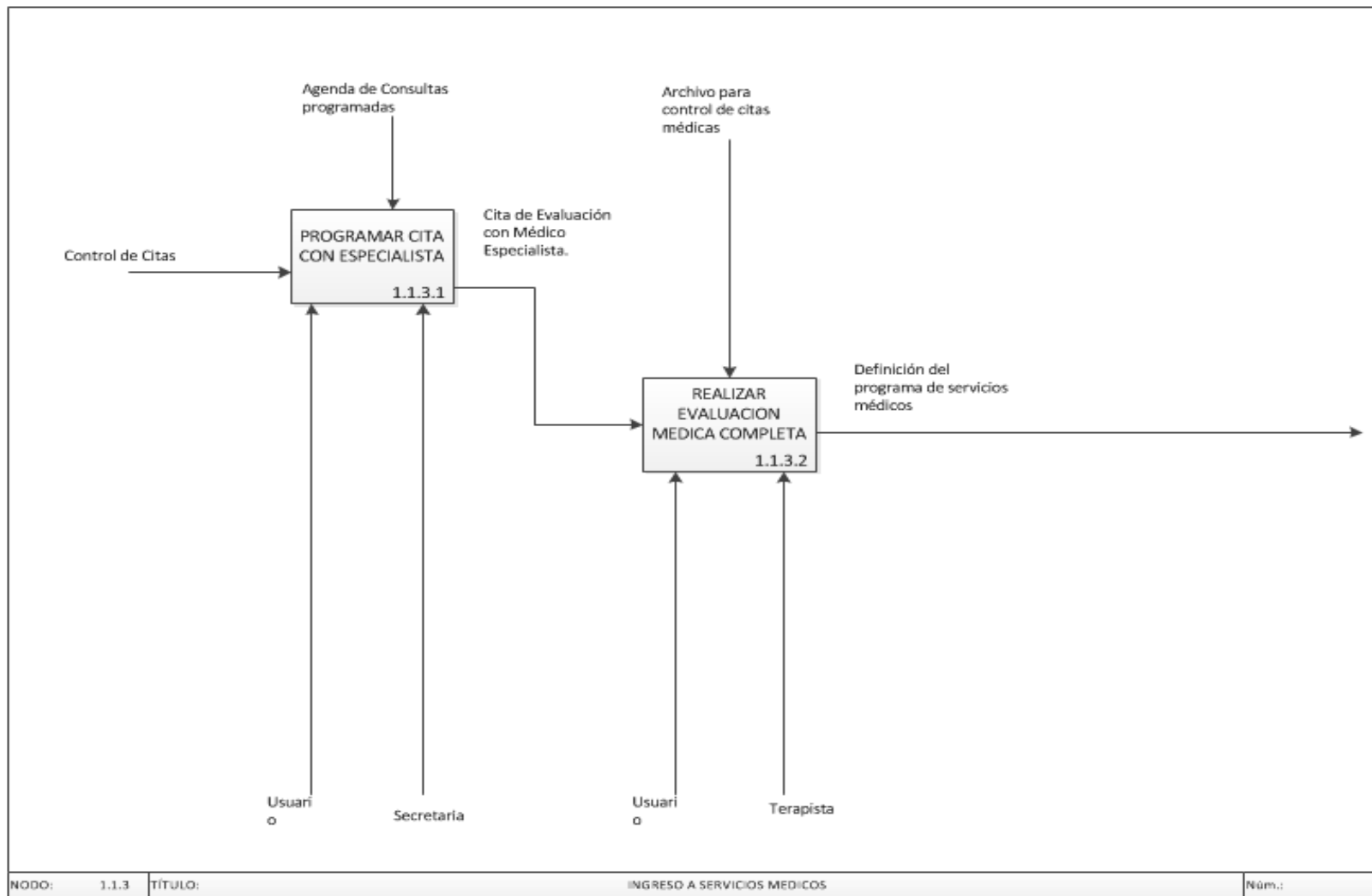
RECURSOS

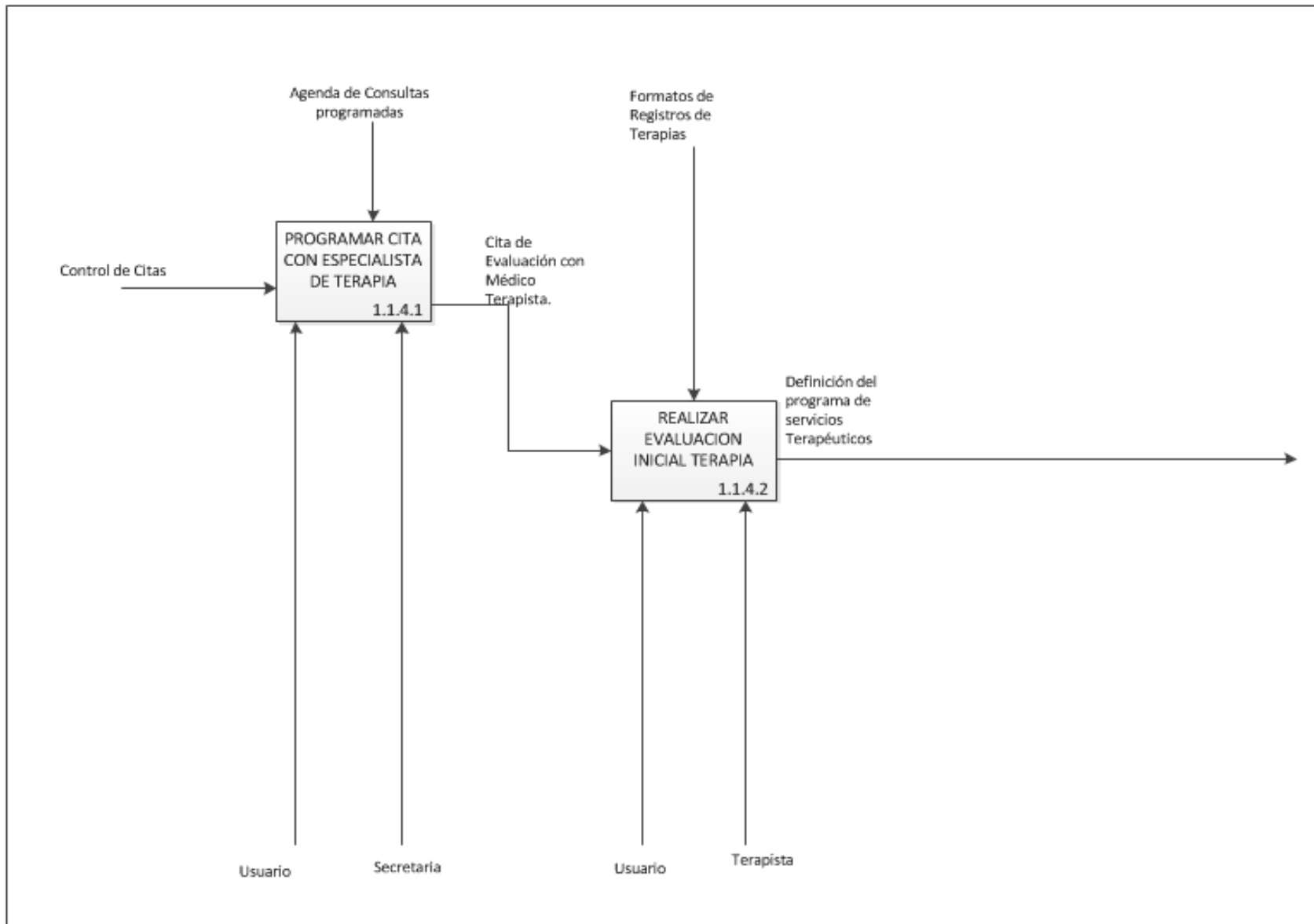
Instalaciones del Centro
Personal capacitado.
Formularios y papelería







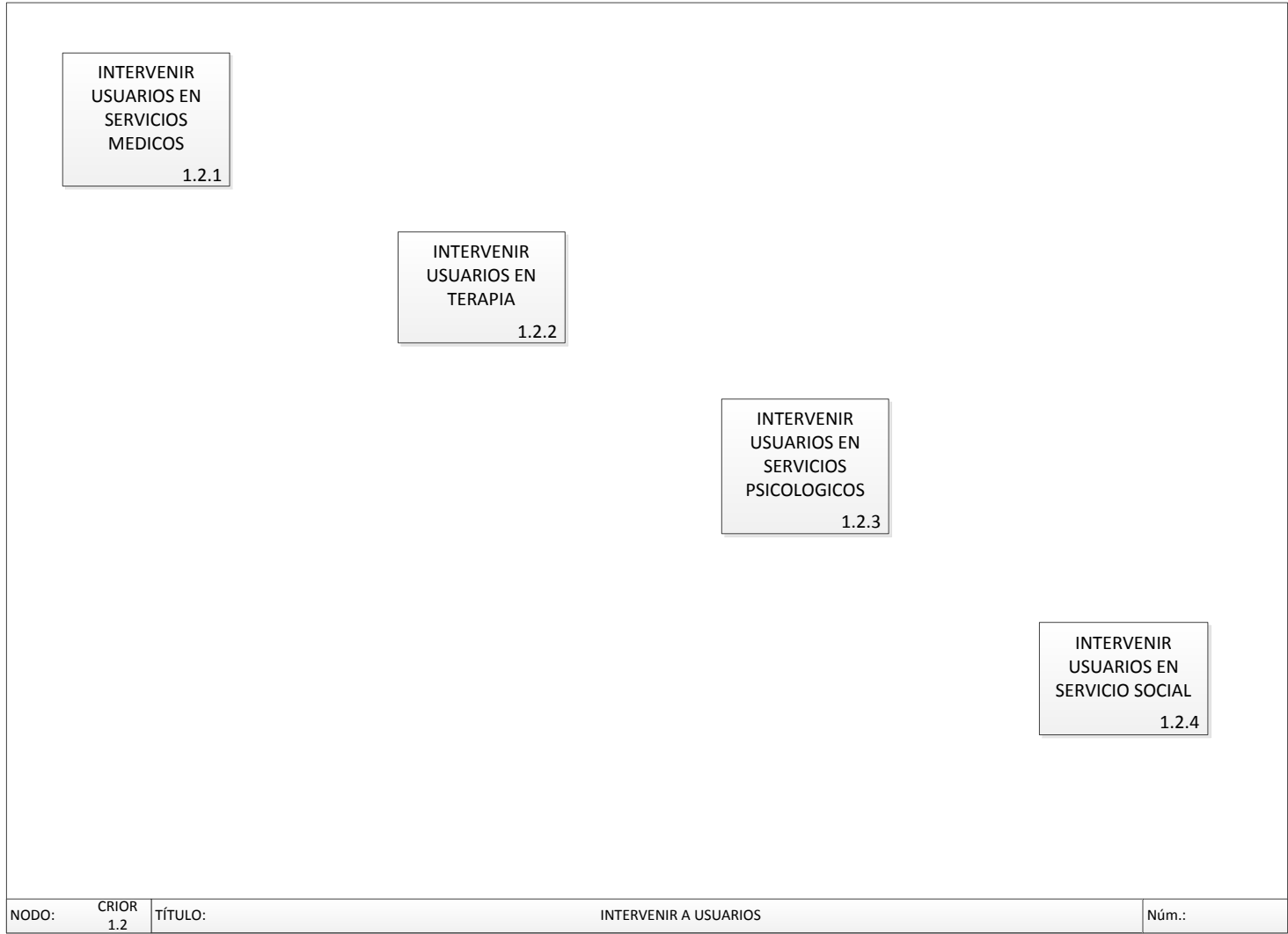


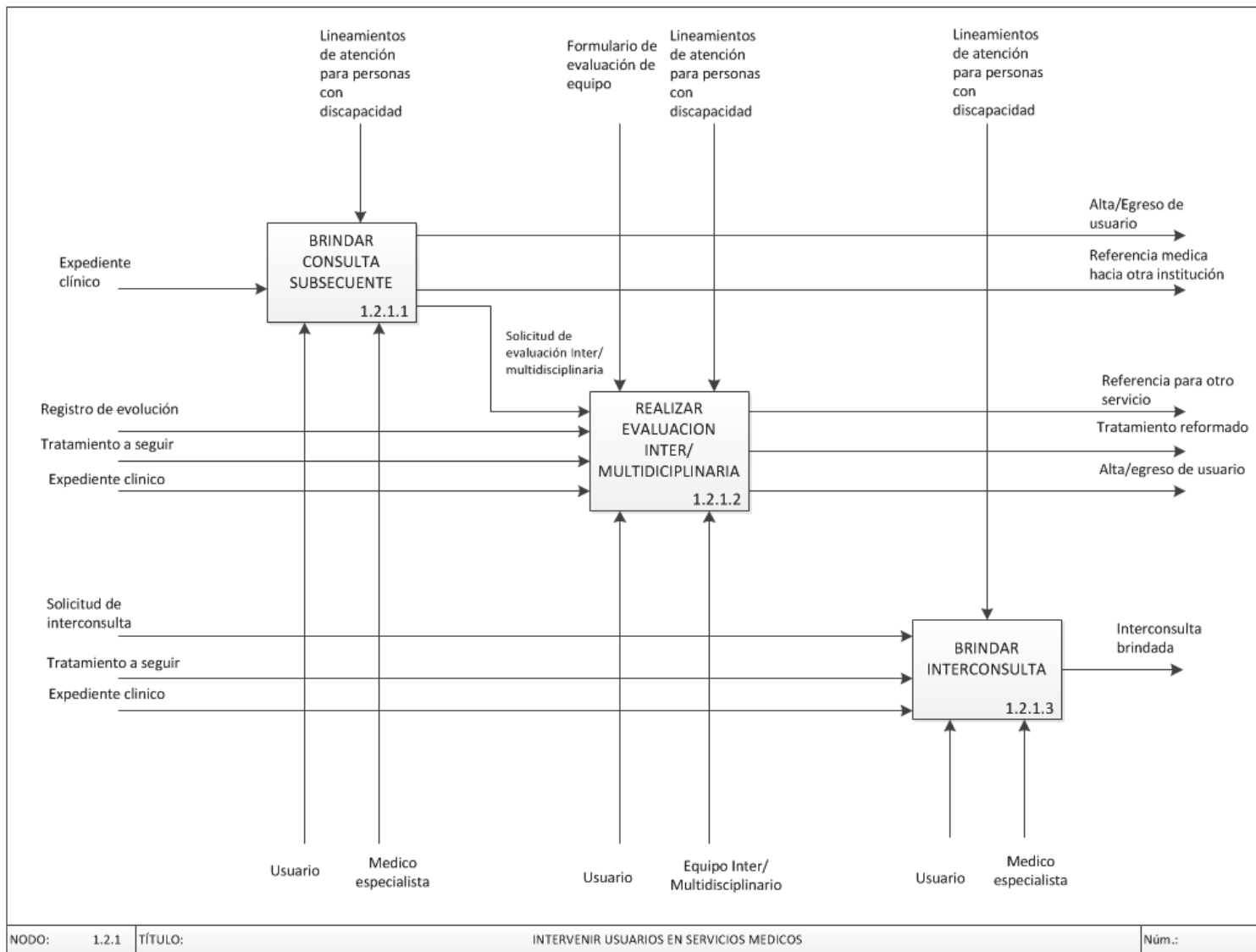


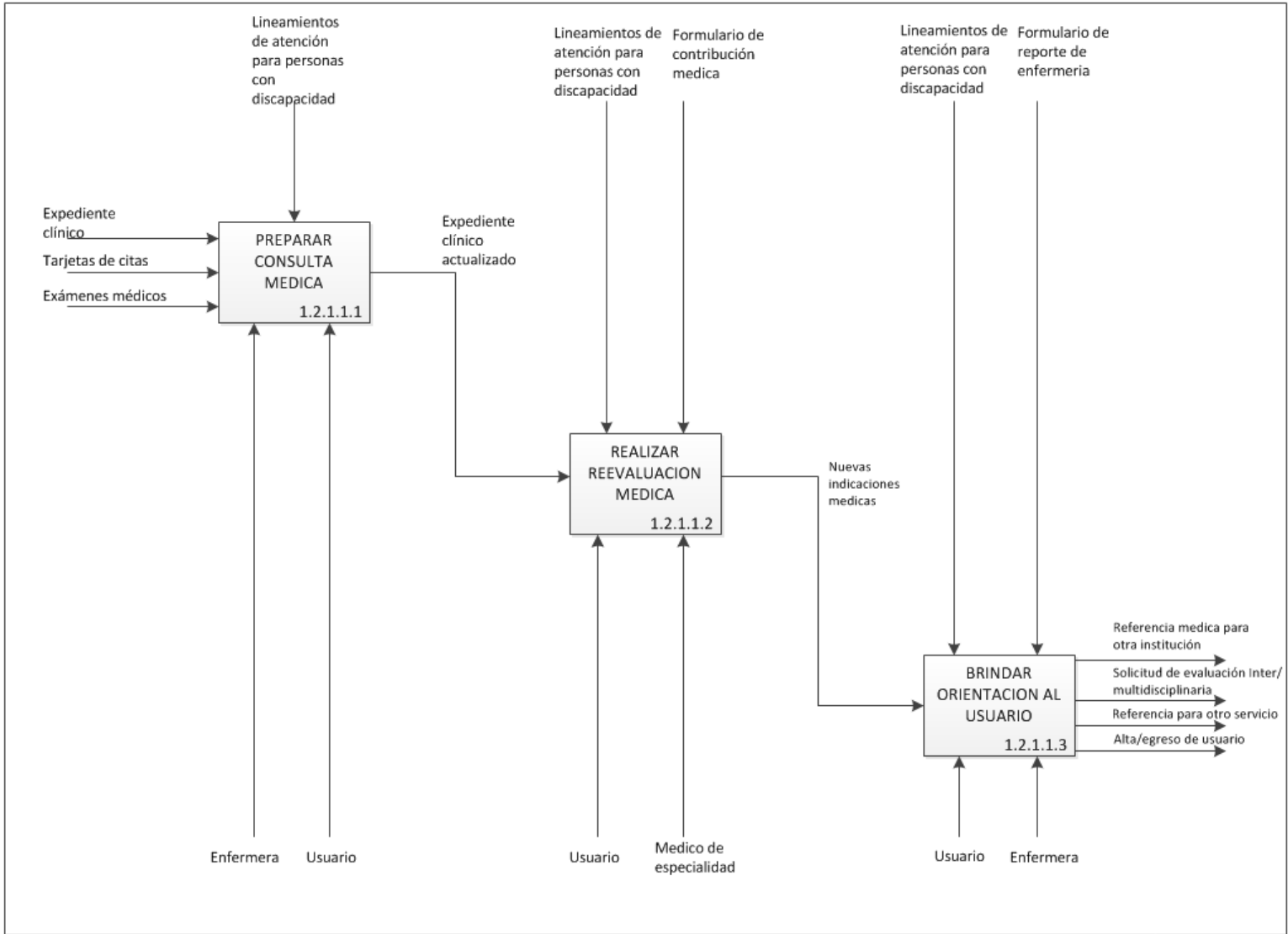
NODO:	1.1.4	TÍTULO:	INGRESO A SERVICIOS TERAPEUTICOS	Núm.:
-------	-------	---------	----------------------------------	-------

PROCESOS DE INTERVENCIÓN DE USUARIOS

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. Mirna Rosa Romero				
LIMITE				
Inicia cuando el usuario es atendido en su primera terapia, y finaliza cuando el usuario es dado de alta, sea esta voluntaria, por cumplimiento de tratamiento o por ausencia.				
PROVEEDORES	ENTRADAS	SUB-PROCESOS	SALIDAS	USUARIOS
Ingresar usuarios a los servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • Discapacidades de usuarios • Plan de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • intervenir a usuarios en servicios médicos • Intervenir a usuarios en servicios terapéuticos • Intervenir a usuarios en servicios psicológicos • Intervenir a usuarios en servicio de trabajo social 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuario atendido • Usuario rehabilitado • Alta de usuario 	Egresar usuarios de los servicios de rehabilitación
DOCUMENTOS				
<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de atención y provisión CRIO-CRIOR • Normas técnicas del expediente clínico • 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 • porcentaje de nuevos usuarios 				
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 oriente • Formularios • Equipos • Mobiliario 				







NODO:	1.2.1.1	TÍTULO:	BRINDAR CONSULTA SUBSECUENTE	Núm.:
-------	---------	---------	------------------------------	-------

REHABILITAR
DISCAPACIDAD
ES NEURO
MUSCULOESQ
UELETICO
1.2.2.1.

REHABILITAR
DISCAPACIDAD
ES DE
COMUNICACIO
N HUMANA
1.2.2.2.

REHABILITAR
DISCAPACIDAD
ES DE
HABILIDADES
ADAPTATIVAS
1.2.2.3.

NODO:	1.2.2.	TÍTULO:	INTERVENIR A USUARIO EN TERAPIA	Núm.:
-------	--------	---------	---------------------------------	-------

INTERVENIR EN
TERAPIA FISICA
1.2.2.1.1

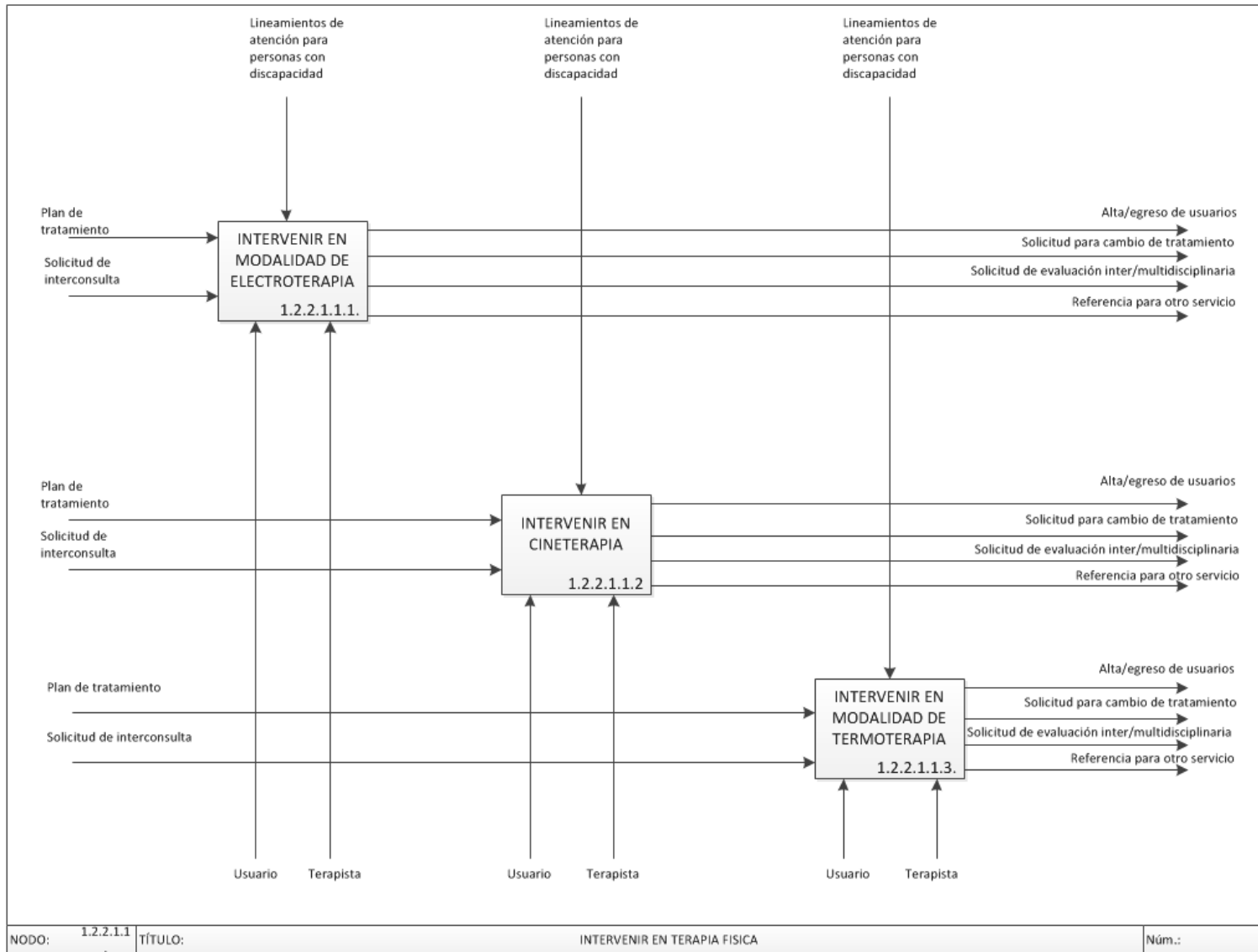
INTERVENIR EN
TERAPIA
OCUPACIONAL
1.2.2.1.2

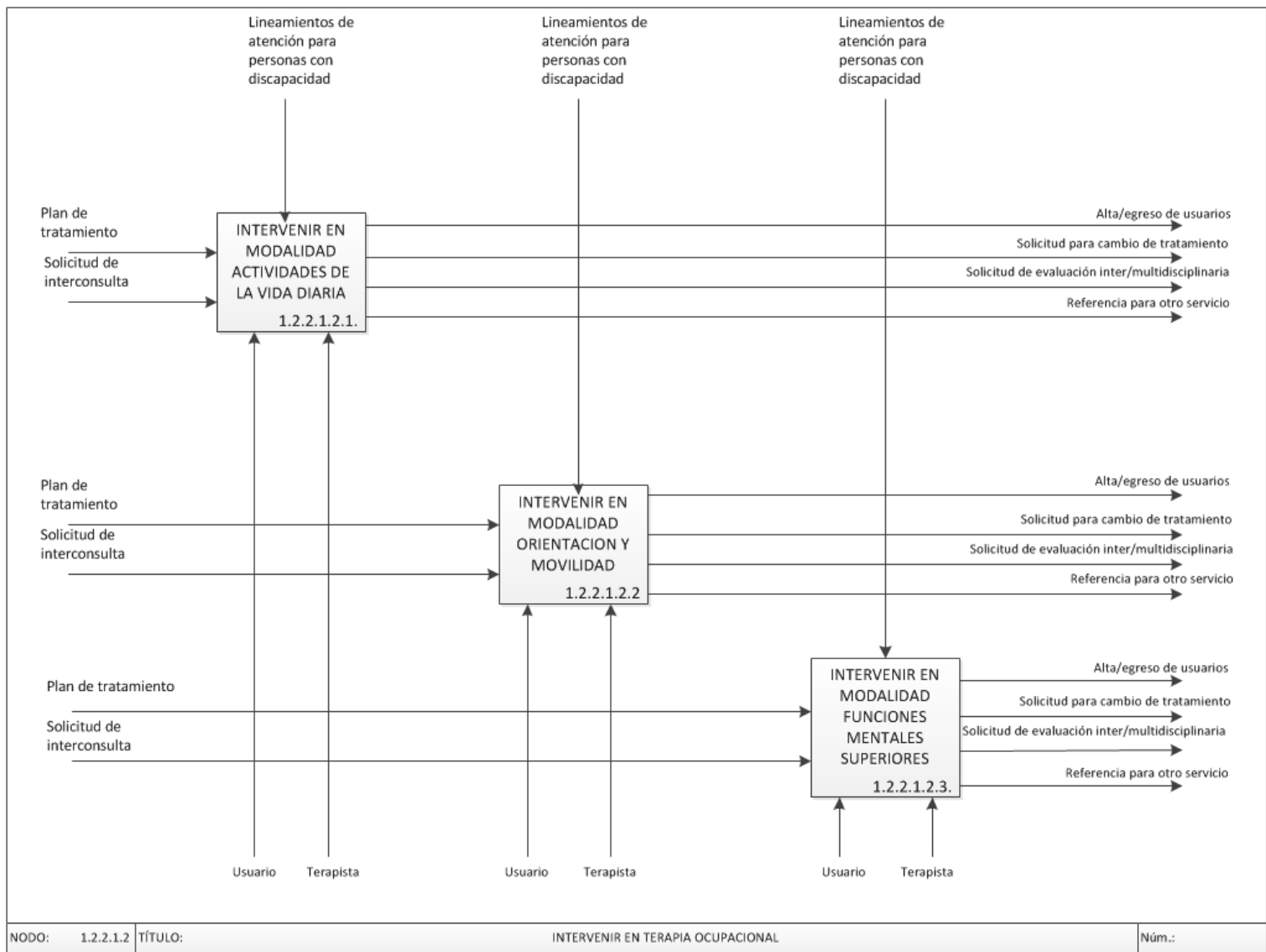
NODO: 1.2.2.1

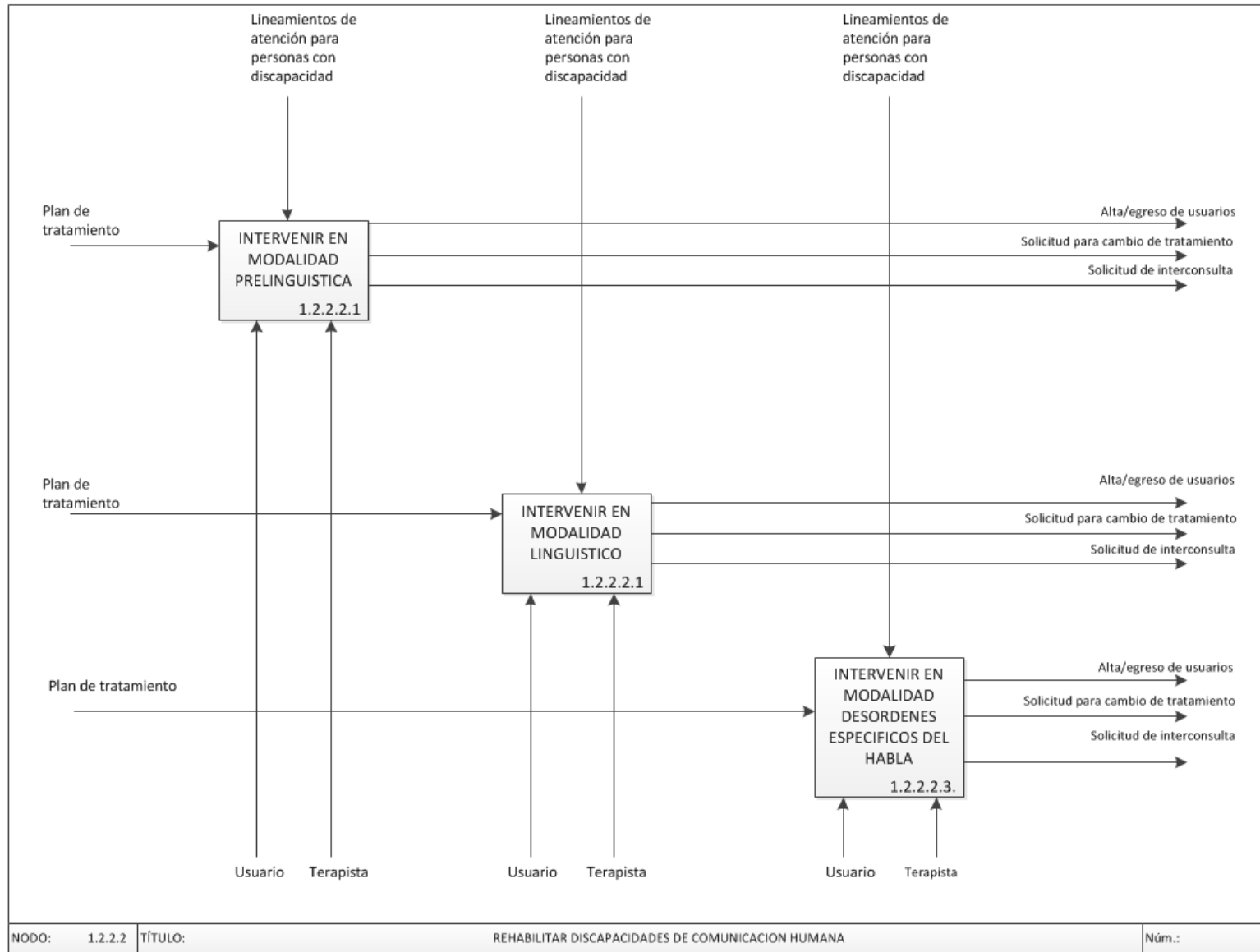
TÍTULO:

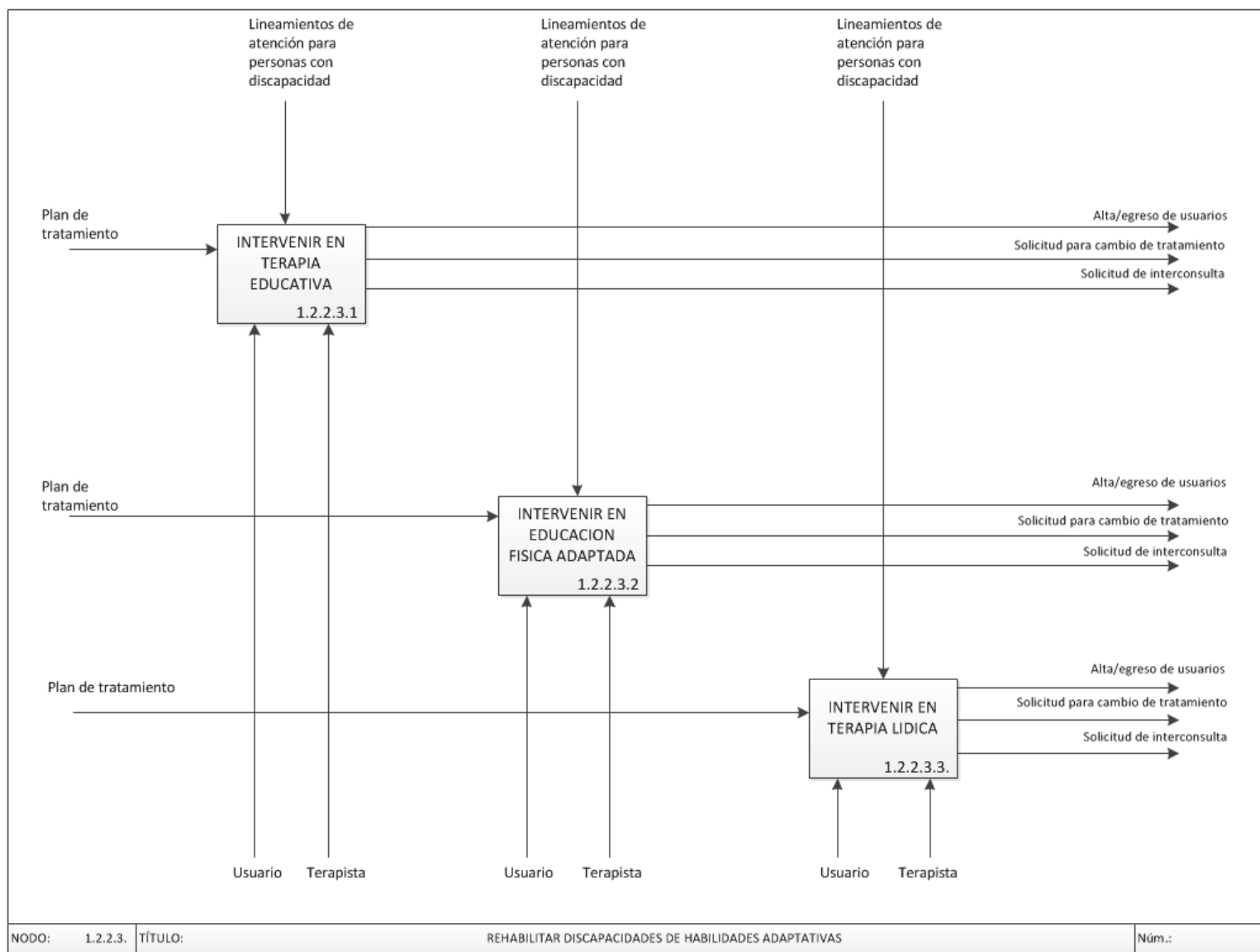
REHABILITAR DISCAPACIDADES NEURO MUSCULOESQUELETICO

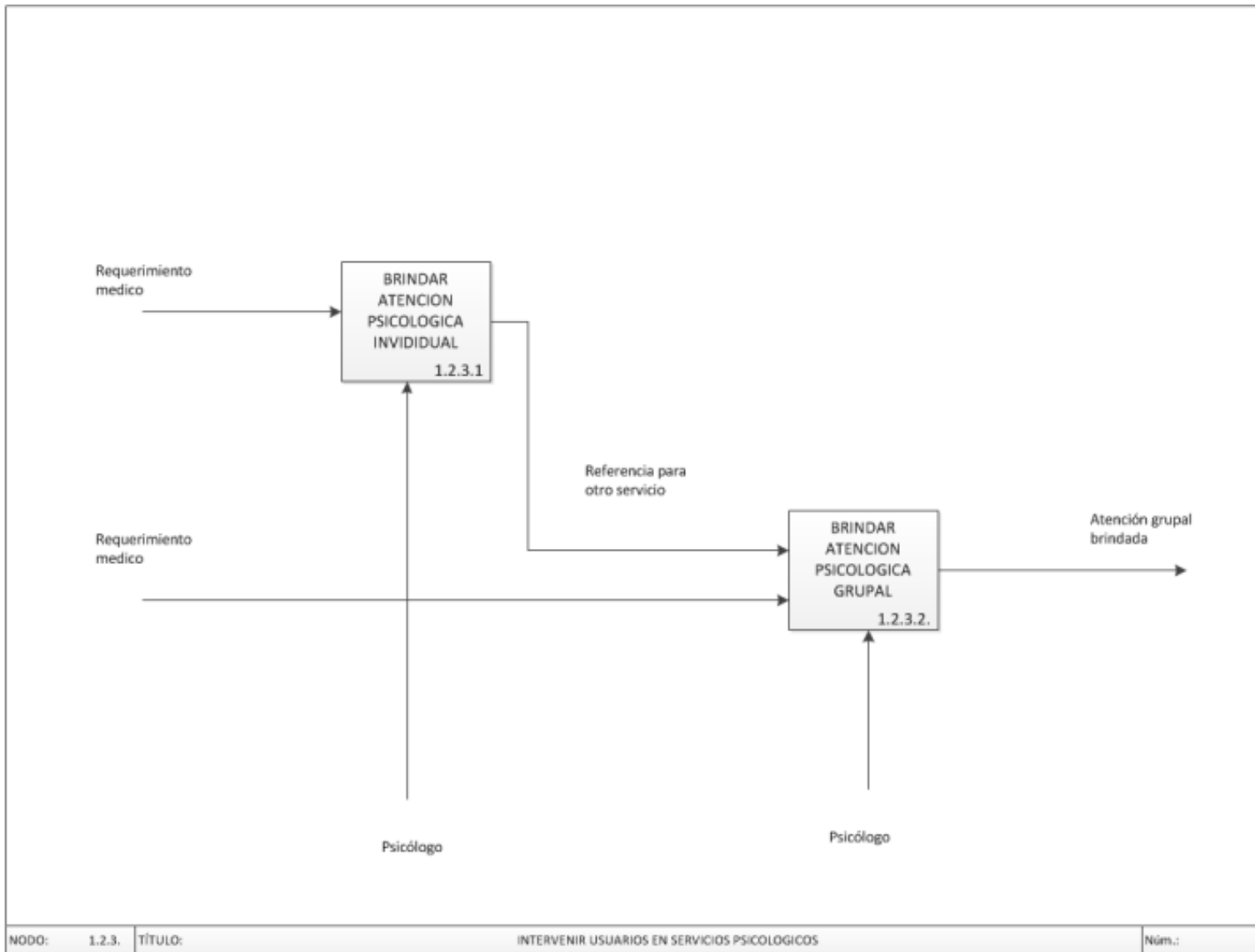
Núm.:

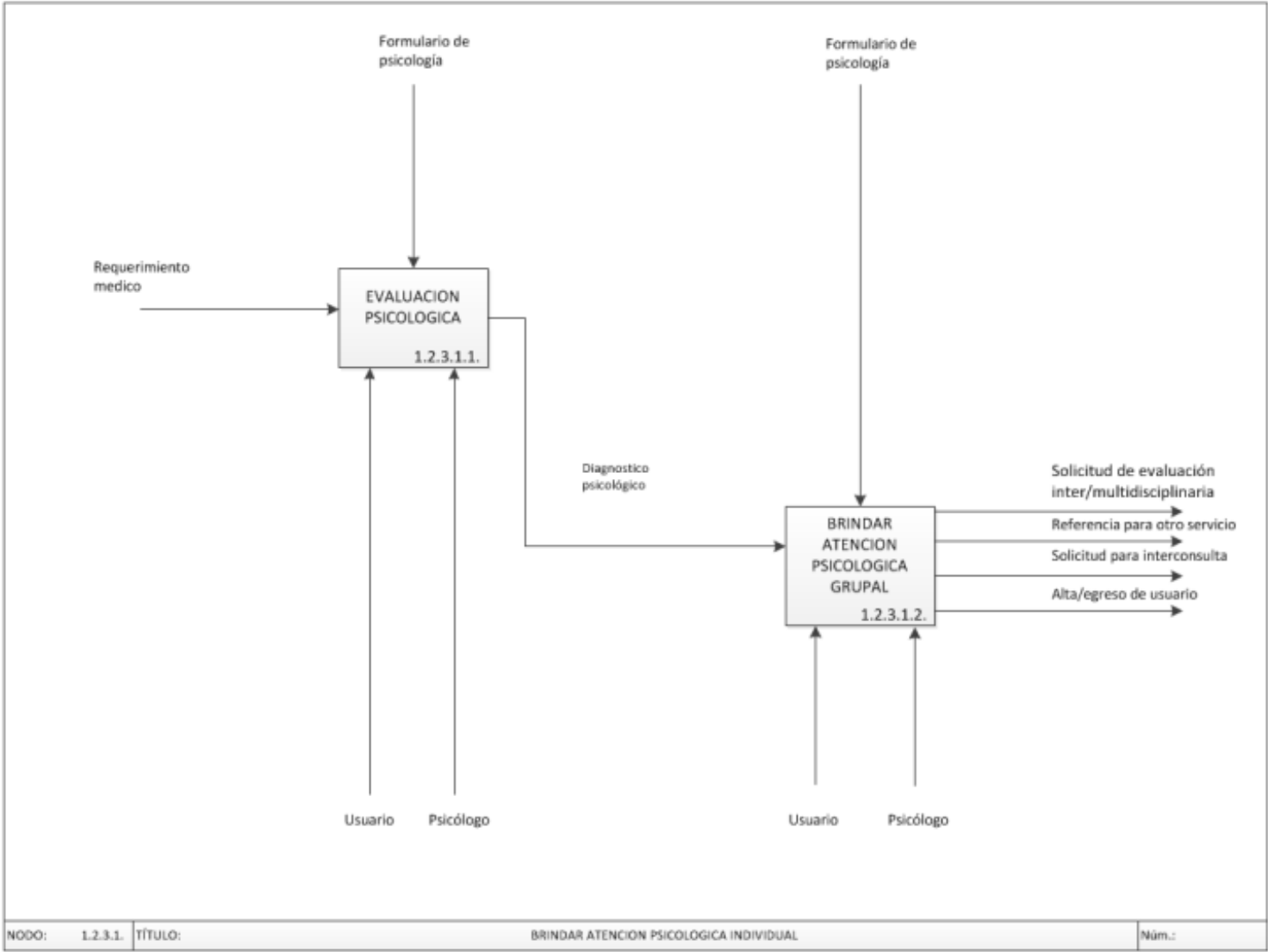


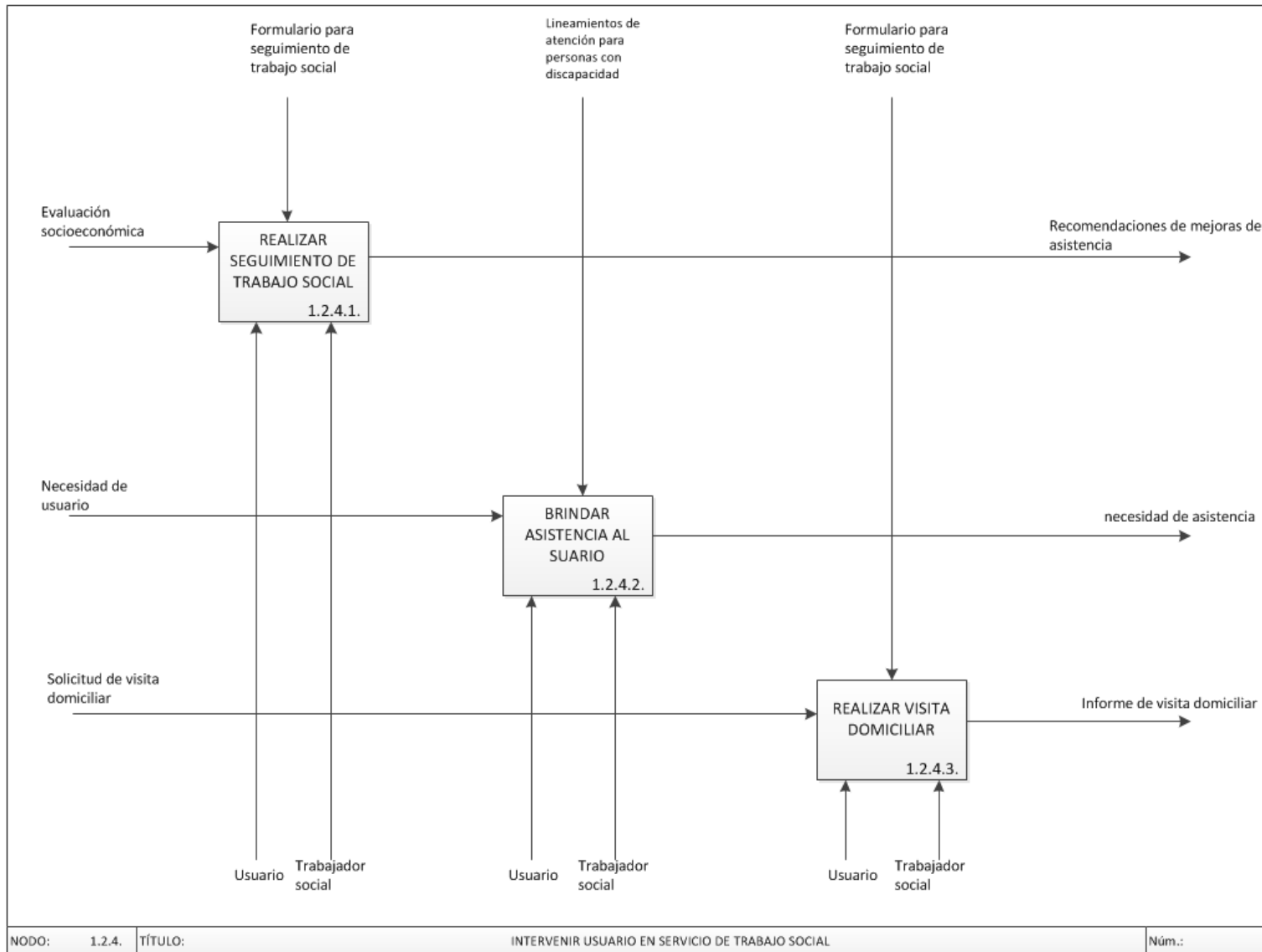






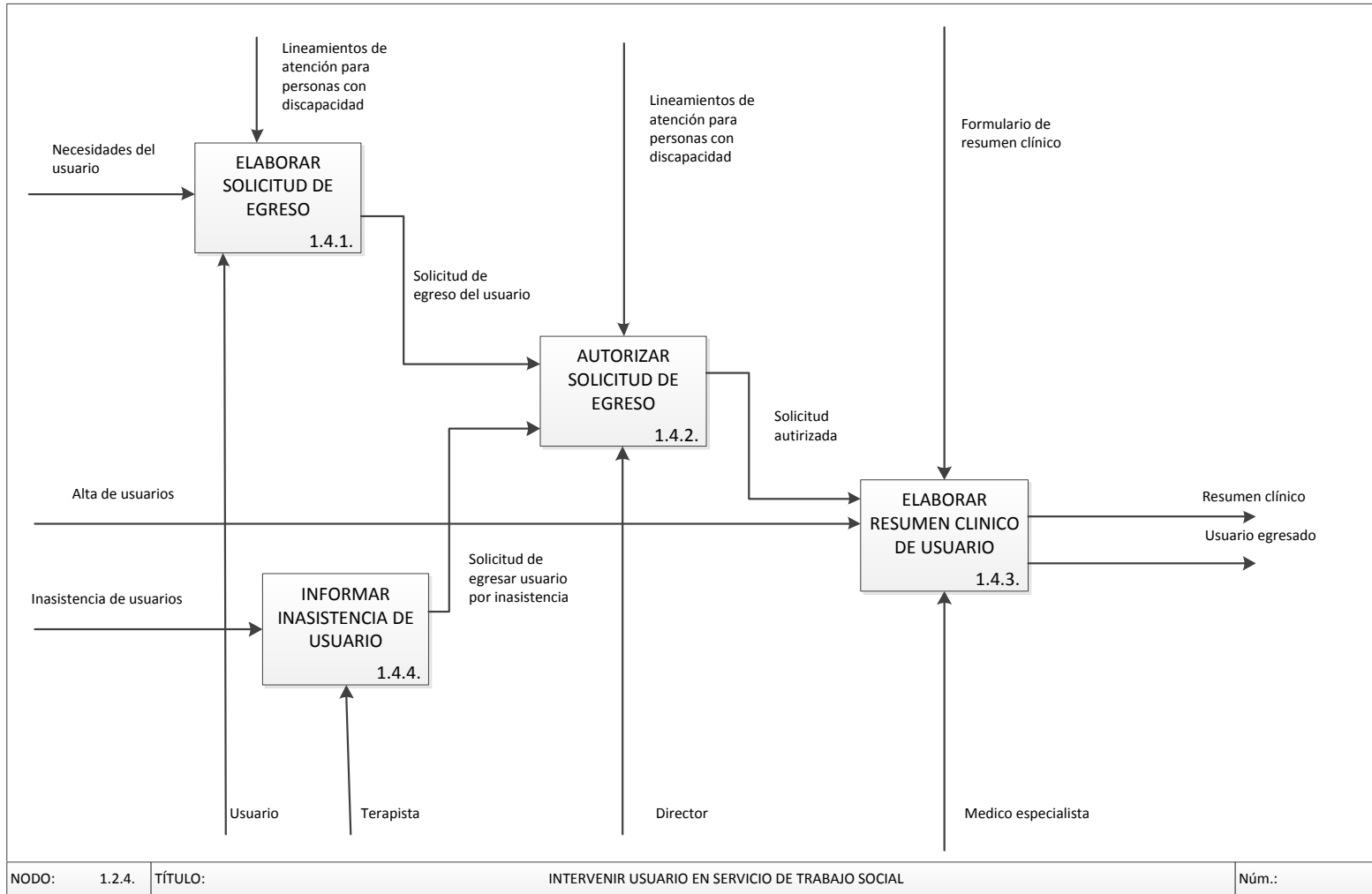






PROCESO DE EGRESO DE USUARIOS

MISION				
Egresar usuarios de los servicios de rehabilitación del centro				
RESPONSABLE				
Médico especialista				
LIMITE				
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
Intervenir usuarios en servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> Alta de usuarios Solicitud de egreso voluntario Solicitud de egreso por inasistencia 	Egreso por cumplimiento de metas Egreso por inasistencia Egreso voluntario	Resumen clínico	Usuario
DOCUMENTOS				
<ul style="list-style-type: none"> Modelo de atención y provisión CRIO-CRIOR Lineamientos para la atención en la rehabilitación del ISRI 				
INDICADORES				
Usuarios egresados				
CARGOS				
<ul style="list-style-type: none"> Médico especialista Terapista Directos del CRIOR 				
RECURSOS				
<ul style="list-style-type: none"> Instalaciones del Centro de rehabilitación integral de oriente Formularios 				



2.3.2 VALOR AGREGADO DE LOS PROCESOS

Evaluar el valor agregado es un principio esencial en el mejoramiento básico del proceso. Las actividades de valor agregado real son aquellas que desde el punto de vista del usuario final son requeridas para proveer al producto o servicio lo que el cliente está esperando. Hay muchas actividades que se ejecutan porque son requeridas por el establecimiento, pero que no agregan valor desde el punto de vista del cliente, estas son las actividades de valor agregado para el establecimiento.

El Análisis de Valor Agregado (AVA), como una técnica de Lean Manufacturing consiste en examinar en forma detallada cada fase de un proceso, para determinar si contribuye a las necesidades o requisitos de los grupos de interés de la empresa, y optimizar los pasos que aportan valor añadido y minimizar o eliminar los que no aportan ninguno.

CLASIFICACIÓN

Los procedimientos serán evaluados y clasificados en las siguientes categorías:

Procedimientos que generan Valor Agregado Real (VAR).

Son aquellos procedimientos que generan algún tipo de valor agregado dentro del CRIOR y se subdividen en base al tipo de valor generado en:

- **Valor Agregado para el Cliente VAC:**

Procedimientos que generan valor agregado desde el punto de vista del cliente. El cliente las considera necesarias para cumplir sus expectativas.

- **Valor Agregado para la Empresa VAE:**

Procedimientos que generan valor agregado para la organización. El cliente no las percibe pero son necesarias para realizar la prestación del servicio.

- **Procedimientos que No generan Valor Agregado Real (NVA).**

Son aquellos procedimientos que no generan ningún tipo de valor agregado dentro del CRIOR y se subdividen en base al tipo procedimiento en:

Preparación: Procedimientos que son de preparación para poder prestar el servicio a los usuarios.

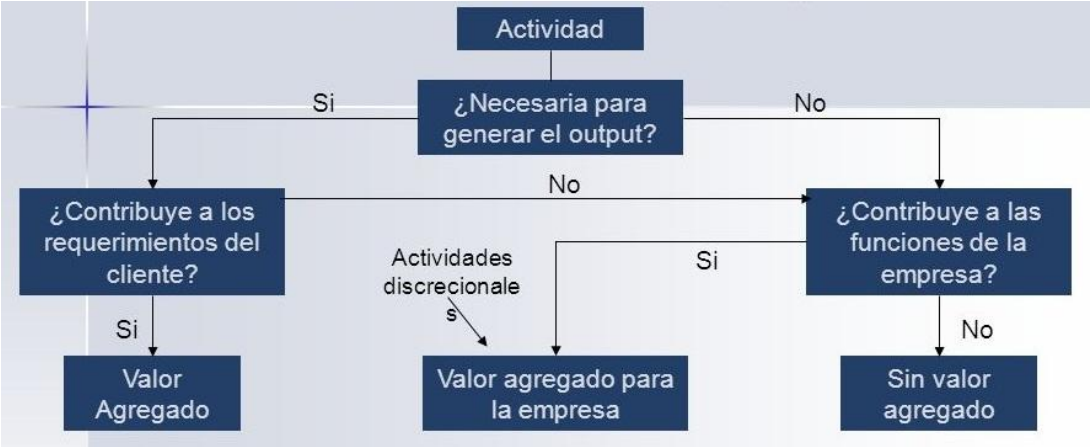
Espera: Procedimientos de espera que deben realizarse durante el proceso.

Movimiento: Procedimiento que se presenta al realizar un movimiento de documentación o personal.

Inspección: Procedimiento relacionado a una supervisión o revisión de un aspecto relacionado al servicio.

Archivo: Procedimiento relacionado al almacenamiento de información dentro del CRIOR.

Para determinar si una actividad agrega valor al proceso se utiliza el siguiente diagrama, considerando que no todas las actividades que no proveen valor agregado han de ser innecesarias; éstas pueden ser actividades de apoyo, y ser requeridas para hacer más eficaces las funciones de dirección y control; sin embargo, se deben reducir al mínimo el número de estas actividades.



ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS ESTRATÉGICOS

PROCESOS DE GESTION GERENCIAL								
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Gestión de los planes de trabajo anuales por área.		1					
2	Medición y Análisis de Resultados.		1					
3	Toma de medidas correctivas y retroalimentación.		1					
4	Gestión de comités de Apoyo a la Dirección		1					
5	Gestión para la conformación de Grupos de Interés.		1					
6	Difusión de las Actividades mensuales del centro.		1					
	TOTAL	0	6	0	0	0	0	0

PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION								
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Ingreso de datos al sistema (UTEC)		1					
2	Medición y Análisis de Resultados. (UTEC)		1					
3	Medidas correctivas y retroalimentación. (UTEC)		1					
4	Ingreso de datos al sistema (EPI)		1					
5	Medición y Análisis de Resultados. (EPI)		1					
6	Medidas correctivas y retroalimentación. (EPI)		1					
7	Ingreso de datos al sistema (PERC)		1					
8	Medición y Análisis de Resultados. (PERC)		1					
9	Medidas correctivas y retroalimentación. (PERC)		1					
	TOTAL	0	9	0	0	0	0	0

ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS

PROCESO DE INGRESO DE USUARIOS								
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Realizar contacto inicial	1						
2	Realizar evaluación inicial	1						
3	apertura expediente	1						
4	programar cita consulta especialista	1						
5	realizar evaluación médico especialista	1						
6	Elaborar solicitud de intervención en áreas de terapia	1						
7	Asignar cita para evaluación terapéutica	1						
8	Realizar evaluación inicial en terapia	1						
	TOTAL	8	0	0	0	0	0	0

PROCESO DE INTERVENCION DE USUARIOS								
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Brindar consulta subsecuente	1						
2	Realizar evaluación Inter/multidisciplinaria	1						
3	Brindar interconsulta	1						
4	Intervenir en modalidad de electroterapia	1						
5	Intervenir en modalidad cinesiterapia	1						
6	Intervenir en modalidad termoterapia	1						
7	Intervenir en modalidad actividades de la vida diaria	1						
8	Intervenir en modalidad orientación y movilidad	1						
9	Intervenir en modalidad funciones mentales superiores	1						
10	Intervenir en modalidad pre lingüística	1						
11	Intervenir en modalidad lingüística	1						
12	Intervenir en modalidad desordenes del habla	1						
13	Intervenir en terapia educativa	1						
14	Intervenir en educación física adaptada	1						
15	Intervenir en terapia lúdica	1						
16	Brindar atención psicológica individual	1						
17	Brindar atención psicológica grupal	1						
18	Realizar seguimiento de trabajo social	1						
19	Brindar asistencia al usuario	1						
20	Realizar visita domiciliar	1						
	TOTAL	20	0	0	0	0	0	0

PROCESO DE EGRESO DE USUARIOS								
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Egreso por solicitud de Usuario	1						
2	Egreso por cumplimiento de plan de Rehabilitación	1						
3	Egreso por Incumplimiento del Usuario	1						
	TOTAL	3	0	0	0	0	0	0

PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.								
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA				
		VAC	VAE	P	E	M	I	A
1	Programación de Usuario para certificación de discapacidad.	1						
2	Evaluación de la discapacidad.	1						
3	Elaboración de la Certificación.	1						

4	Autorización de la Certificación de Discapacidad.	1							
	TOTAL	4	0	0	0	0	0	0	0

ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS DE APOYO

PROCESO: PROCESOS ADMINISTRATIVOS									
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA					
		VAC	VAE	P	E	M	I	A	
1	Préstamo de Bienes Muebles entre ambientes (Áreas del centro)	1							
2	Transferencias de Bienes Muebles entre ambientes	1							
3	Transferencia de bienes muebles entre dependencias	1							
4	Descargo de Bienes Muebles			1					
5	Levantamiento de Inventario								1
6	Apertura de Fondo de Caja Chica		1						
7	Solicitud y Adquisición de la Compra.		1						
8	Reintegro de Fondo de Caja Chica.		1						
9	Liquidación de Caja Chica								1
10	Solicitud de Compra de Bienes Incluidos en el PAA		1						
11	Dar seguimiento a la Gestión de Adquisición de los bienes.				1				
12	Control y Seguimiento de Contratos de Bienes y Servicios.								1
13	Seguimiento de la PAA.								1
14	Control y seguimiento del uso del transporte.								1
15	Suministro de combustible (Manejo y control de cupones)			1					
16	Gestión de la Aprobación de la Donación		1						
17	Recepción de la donación		1						
18	Registro de donación tangible o intangible.								1
19	Elaboración del Presupuesto Anual.		1						
20	Control de la Ejecución del Presupuesto.		1						
21	Control de Marcación llegadas tempranas y tardías								1
22	Gestión de Medidas Disciplinarias								1
23	Control de Misiones Oficiales								1
24	Administración de Permisos y Licencias.		1						
25	Otorgamiento de Tiempo compensatorio.		1						
	TOTAL	3	10	2	1	0	6	3	

PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN.									
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA					
		VAC	VAE	P	E	M	I	A	
1	Ornato, Limpieza y Aseo		1						
2	Mantenimiento Preventivo de Instalaciones y Equipo		1						

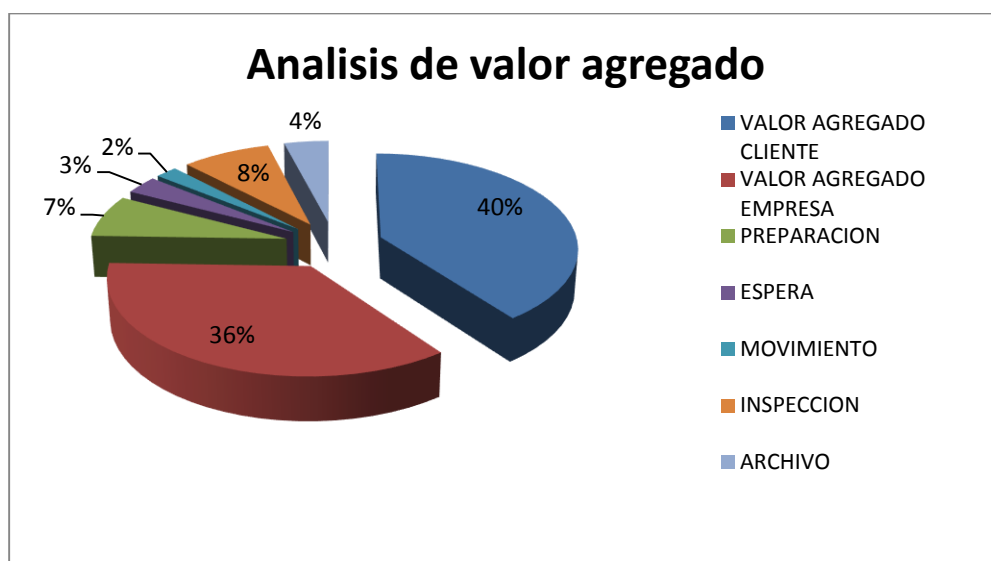
3	Mantenimiento Correctivo de Instalaciones y Equipo.		1						
4	Mantenimiento Preventivo de Vehículos		1						
5	Mantenimiento Correctivo de Vehículos			1					
6	Mantenimiento Informático preventivo programado y mantenimiento correctivo		1						
7	Asistencia Remota o Presencial.			1					
8	Orientación y Control a personas que ingresan a la Institución.	1							
9	Registro de Novedad o Hallazgo Relevante		1						
10	Retiro e Ingreso de Equipo o Material			1					
11	Registro de Salida de Personal con Misión Oficial y Permisos Personales								1
	TOTAL	1	6	3	0	0	0	0	1

PROCESOS DE GESTION DEL TALENTO HUMANO									
N°	PROCEDIMIENTO	VAR		NVA					
		VAC	VAE	P	E	M	I	A	
1	Solicitud de Contratación de personal en plazas vacantes.					1			
2	Gestión de nuevas plazas.				1				
3	Selección del personal				1				
4	Incorporación e Inducción.			1					
5	Evaluación de Periodo de Prueba de plaza Interina.		1						
6	Gestión de contrato de plaza en propiedad.					1			
7	Selección de temas de Interés.			1					
8	Capacitaciones Internas.		1						
9	Capacitaciones Externas.		1						
10	Sistema de Incentivos Por Antigüedad		1						
11	Sistema evaluación al desempeño							1	
12	Control de Planillas.							1	
	TOTAL	0	4	2	2	2	2	2	0

RESUMEN DE ANÁLISIS DE VALOR GANADO

SIGLA	COMPOSICION DE PROCEDIMIENTOS	N° DE PROCEDIMIENTOS
VAC	VALOR AGREGADO CLIENTE	39
VAE	VALOR AGREGADO EMPRESA	35
P	PREPARACION	7
E	ESPERA	3
M	MOVIMIENTO	2
I	INSPECCION	8
A	ARCHIVO	4
TOTAL PROCEDIMIENTOS DE VAR		74
TOTAL PROCEDIMIENTOS DE NVA		24

Tabla 35 Resumen de análisis de valor agregado



Análisis de Valor Agregado

- Del total de procedimientos del CRIOR analizados, un 40% equivalen a procedimientos con valor agregado para el cliente.
- Del total de procedimientos del CRIOR analizados, un 36% corresponden a procedimientos que generan valor para el centro.
- Podemos observar que 74 de los procedimientos analizados generan valor ya sea para el cliente o la empresa, equivalente al 76% de los procedimientos analizados. Mientras que un 24% de los procedimientos no generan valor.

ANÁLISIS DE MEJORAS MEDIANTE EL REDISEÑO DE PROCESOS

A continuación se realiza un comparativo entre los resultados de los análisis de Valor Agregado realizados en la Etapa de Diagnóstico y en la Etapa de Diseño para poder visualizar el impacto que tienen en este rubro las modificaciones realizadas en los procesos del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.

	Diagnostico	Diseño
Procedimientos VAC	35%	40%
Procedimientos VAE	30%	36%
Procedimientos NVA	35%	24%
Total VAR	65%	76%

Como podemos observar en el análisis comparativo, se presenta una mejoría considerable con los cambios diseñados. Lo que resulta en un mejor servicio para los usuarios así como una mejoría en el desempeño de la institución.

Los cambios se encuentran contenidos en el manual de procedimientos del centro de rehabilitación.

A CONTINUACION SE PRESENTA EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DISEÑADO PARA EL CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE

2.4 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 1 de 150
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: MAYO 2015	

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ORIENTE (CRIOR)

 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 2 de 150
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: MAYO 2015	

1. MANUAL DE 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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 3 de 150
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: MAYO 2015	

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.

La simbología anteriormente descrita, es la que se usara para la elaboración del manual de procesos y procedimientos del Centro de Rehabilitación de Oriente, el cual se presenta a continuación:

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 4 de 150
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: MAYO 2015	

2. PRESENTACION

El presente manual de procesos y procedimientos pretende establecer una guía para el buen funcionamiento del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR) 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 efectuar de los procesos y procedimientos a desarrollarse dentro de la institución.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 5 de 150
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: MAYO 2015	

3. INTRODUCCION

“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 Oriente (CRIOR) ” 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”.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 6 de 150
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: MAYO 2015	

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Brindar 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 Oriente.

OBJETIVOS 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 Oriente ejecuten sus actividades con normalidad y permita ser una institución más eficiente.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 7 de 150
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: MAYO 2015	

5. PLANEACIÓN ESTRATÉGICA (ISRI)

MISION

- 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.

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 PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 8 de 150
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: MAYO 2015	

PLATAFORMA ESTRATEGICA

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

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCROR-01	Pág. 9 de 150
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: MAYO 2015	

la transformación de la sociedad para aceptar la diversidad de todos los seres humanos y su igualdad de derechos sin discriminaciones de ninguna índole.

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 PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCROR-01	Pág. 10 de 150
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: MAYO 2015	

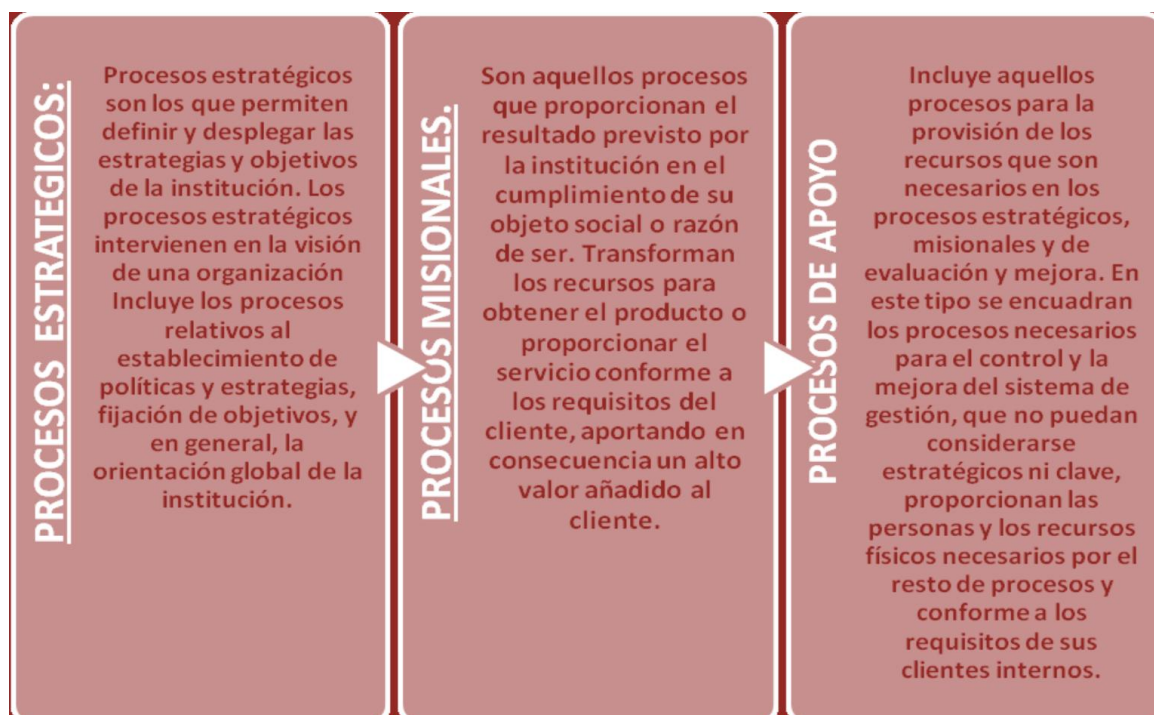
6. MAPA DE PROCESOS

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:

6.1 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 PROCEDIMIENTOS DEL CROR

CÓDIGO:
MPCRIOR-01

Pág. 11 de
150

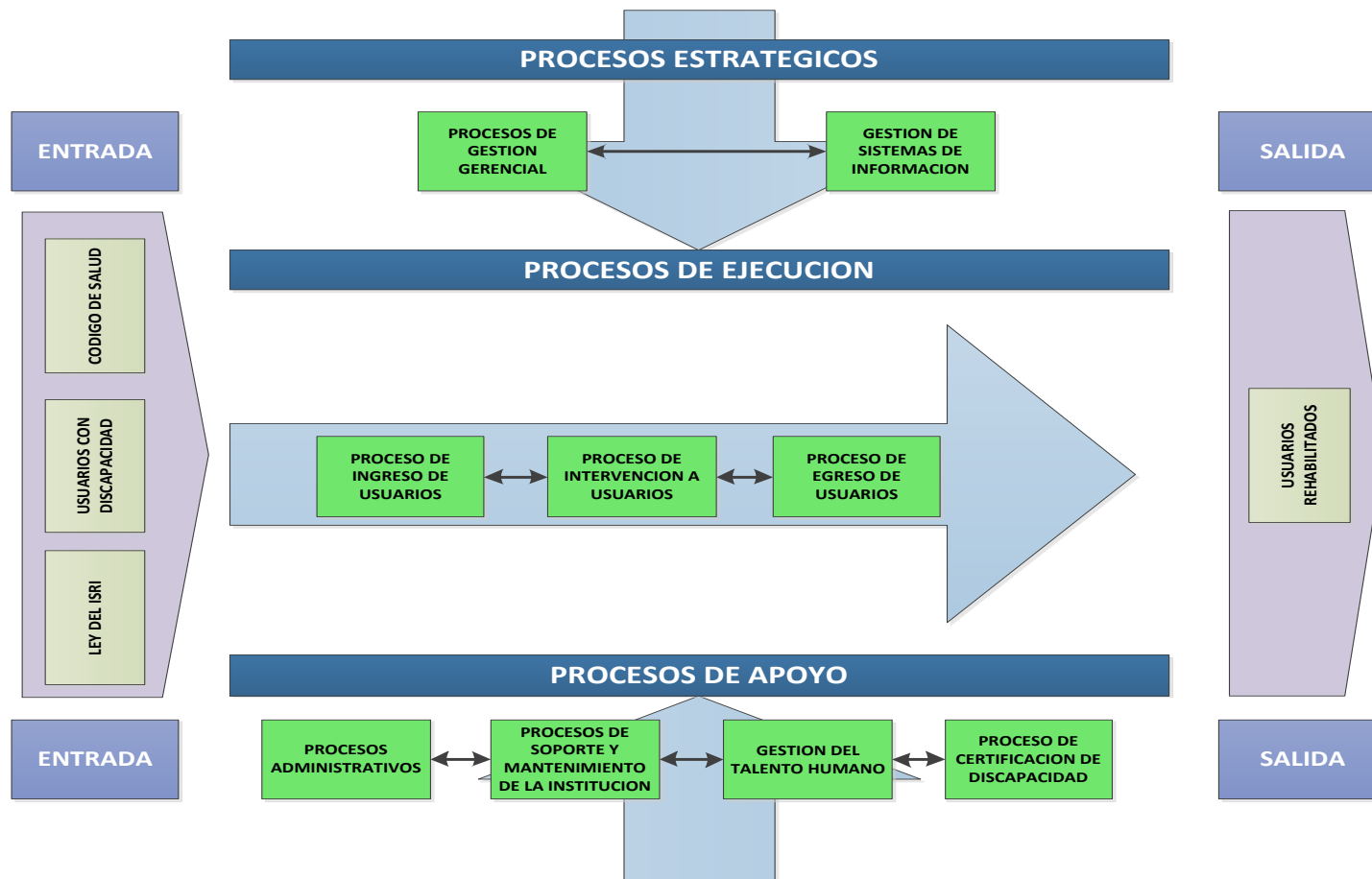
VERSION: 01

FECHA DE ACTUALIZACION:
ABRIL 2015

ELABORADO POR:

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE
ORIENTE

FECHA DE APROBACION:
MAYO 2015



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 12 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

7. METODOLOGIA PARA LA CODIFICACION DE LOS PROCESOS, SUB PROCESOS PROCEDIMIENTOS

Es importante identificar de la forma en que se clasificaran los procesos, se dividirán en tres grupos: 01 Procesos de apoyo, 02 Procesos de ejecución y 03 Procesos estratégicos.

Los primeros dos números de izquierda a derecha denotaran el grupo al que pertenecen:



01 PROCESOS ADMINISTRATIVOS, PROCESO DE APOYO

Gestión de activos fijos

GENERALIDADES:

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	Gestión de activos fijos
CODIGO:	0101
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	Responsables de cada área involucrados

El esquema anterior, muestra que los procesos administrativos pertenecen al grupo 01, como definimos anteriormente, dicho grupo se encarga de los procesos de apoyo, es importante recalcar que son tres los grupos de procesos principales:

- 01. Procesos de Apoyo.**
- 02. Procesos de Ejecución.**
- 03. Procesos Estratégicos.**

Cuando se tienen claro los tres principales grupos de procesos, se detalla el sub grupo, que para dicho manual son los siguientes dos números, grupo y sub grupo son nominados por los primeros 4 números del código. En la figura anterior, 0101 indica que es un proceso de apoyo, y que es el sub proceso 01 de dicho proceso administrativo.

Si se trata de explicar la codificación del manual de procesos y procedimientos para el CRIOR, es importante aclarar entonces como se identifican los procedimientos que conforman los sub

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 13 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

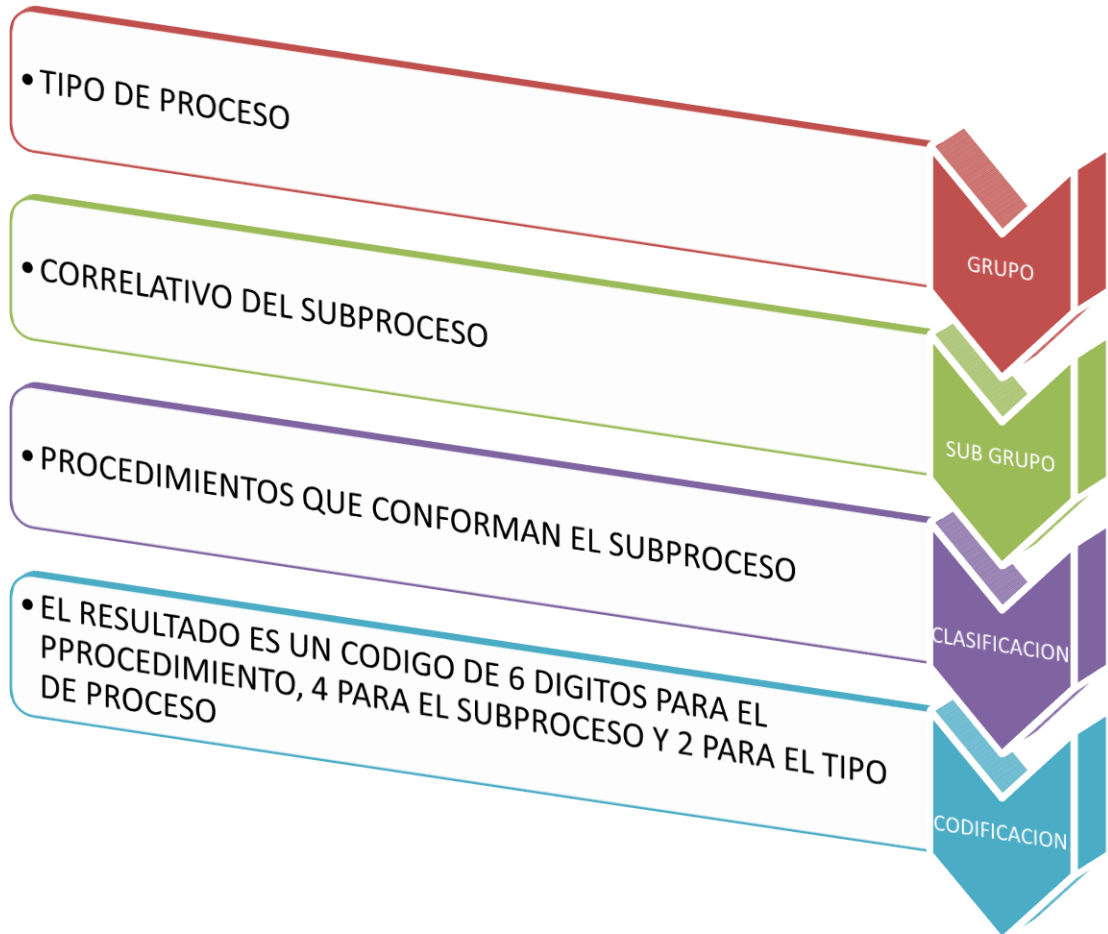
procesos. La siguiente imagen ayuda a entender mejor como se identifican los procedimientos para este manual:

SUBPROCESO	CODIGO	PROCEDIMIENTOS
GESTION DE ACTIVOS FIJOS	010101	Préstamo de Bienes Muebles entre ambientes (Áreas del centro)
	010102	Transferencias de Bienes Muebles entre ambientes
	010103	Transferencia de bienes muebles entre dependencias
	010104	Descargo de Bienes Muebles
	010105	Levantamiento de Inventario

Las

flechas rojas señalan esta vez una tercera pareja de números, como definimos anteriormente los primeros dos números son el grupo al que pertenece, los siguientes dos son el sub grupo, que este a su vez es el correlativo del sub proceso que conforma el grupo (que para este caso 01 es el grupo de los procesos de apoyo y el siguiente 01 es el primer sub proceso que conforma este grupo). Por tanto el ultimo 01 en del código indica el correlativo del procedimiento que conforma el sub proceso que este a su vez pertenece al grupo 01 que son los procesos de apoyo.

 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 14 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 15 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

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.

INVENTARIO DE PROCESOS

Se presenta a continuación el inventario de procesos del CRIOR que no es más que un listado de los procesos y sub-procesos del CRIOR identificados en el centro, además estos han sido clasificados dentro 9 procesos identificados en el Mapa de Procesos.

PROCESOS ADMINISTRATIVOS (PROCESOS DE APOYO)

PROCESO	SUB-PROCESO	PROCEDIMIENTO
01. PROCESOS ADMINISTRATIVOS	0101. Gestión de Activo Fijo	010101. Préstamo de Bienes Muebles entre ambientes (Áreas del centro)
		Transferencias de Bienes Muebles entre ambientes
		010102. Transferencia de bienes muebles entre dependencias
		010103. Descargo de Bienes Muebles
		010104. Levantamiento de Inventario
	0102. Manejo de Caja Chica	010201. Apertura de Fondo de Caja Chica
		010202. Solicitud y Adquisición de la Compra.
		010203. Reintegro de Fondo de Caja Chica.
		010204. Liquidación de Caja Chica
	0103. Control y Seguimiento del PAA (Plan Anual de Adquisiciones)	010301. Solicitud de Compra de Bienes Incluidos en el PAA
		010302. Dar seguimiento a la Gestión de Adquirió de los bienes.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 16 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

		010303. Control y Seguimiento de Contratos de Bienes y Servicios.
		010304. Seguimiento de la PAA.
	0104. Gestión y Control de Transporte	010401. Control y seguimiento del uso del transporte.
		010402. Suministro de combustible (Manejo y control de cupones)
	0105. Gestión de donaciones	010501 Gestión de la Aprobación de la Donación
		010502 Recepción de la donación
		10503 Registro de donación tangible o intangible.
	0106 Administración y control de presupuesto	010601 Elaboración del Presupuesto Anual.
		010602 Control de la Ejecución del Presupuesto.
	0107 Control de Asistencia y Permanencia en los lugares de Trabajo.	010701 Control de Marcación llegadas tempranas y tardías
		010702 Gestión de Medidas Disciplinarias
		010703 Control de Misiones Oficiales
		010704 Administración de Permisos y Licencias.
		010705 Otorgamiento de Tiempo compensatorio.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 17 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCION (PROCESOS DE APOYO)

PROCESO	SUB-PROCESO	PROCEDIMIENTO	
01 PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN.	0108 Mantenimiento de Instalaciones y Equipo	010801 Ornato, Limpieza y Aseo	
		010802 Mantenimiento Preventivo de Instalaciones y Equipo	
		010803 Mantenimiento Correctivo de Instalaciones y Equipo.	
	0109 Mantenimiento Vehicular	010901 Mantenimiento Preventivo de Vehículos	
		010902 Mantenimiento Correctivo de Vehículos	
	0110 Soporte informático	011001 Mantenimiento Preventivo programado y mantenimiento Correctivo.	
	0111 Seguridad y Vigilancia		011002Asistencia remota o presencial-
		011101Orientación y Control a personas que ingresan a la Institución.	
		011102 Registro de Novedad o Hallazgo Relevante	
		011103 Retiro e Ingreso de Equipo o Material	
		011104 Registro de Salida de Personal con Misión Oficial y Permisos Personales	

PROCESO DE GESTION DE TALENTO HUMANO (PROCESOS DE APOYO)

PROCESO	SUB-PROCESO	PROCEDIMIENTO
01 GESTION DE TALENTO HUMANO	0112 Contratación y selección de personal	011201 Solicitud de Contratación de personal en plazas vacantes.
		011202 Gestión de nuevas plazas.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 18 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACIÓN: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

		011203 Selección del personal Incorporación e Inducción.
		011204 Evaluación de Periodo de Prueba de plaza Interina.
		011205 Gestión de contrato de plaza en propiedad.
	0113 Capacitación de personal	011301 Selección de temas de Interés.
		011302 Capacitaciones Internas.
		011303 Capacitaciones Externas.
	0114 Sistema de incentivos de personal	011401 Sistema de Incentivos Por Antigüedad
		011402 Sistema evaluación al desempeño
	0115 Administración de sueldos y salarios	011501 Control de Planillas.

PROCESO DE INGRESO DE USUARIOS (PROCESOS DE EJECUCION)

PROCESO	SUB-PROCESO	PROCEDIMIENTO
02 PROCESO DE INGRESO DE USUARIOS	0201 Obtener información de usuarios	020101 Realizar contacto inicial
		020102 Realizar evaluación inicial
		020103 Apertura expediente
	0202 Ingresar usuarios a servicios médicos y de apoyo	020201 Programar cita consulta especialista
		020202 Realizar evaluación médico especialista
		020203 Elaborar solicitud de intervención en áreas de terapia
	0203 Ingresar usuarios a servicios terapéuticos	020301 Asignar cita para evaluación terapéutica
		020302 Realizar evaluación inicial en terapia

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 19 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO DE INTERVENCION DE USUARIOS (PROCESOS DE EJECUCION)

PROCESO	SUB-PROCESO	PROCEDIMIENTO
02 PROCESO DE INTERVENCION DE USUARIOS	0204 Intervenir en servicios médicos	020401 Brindar consulta subsecuente
		020402 Realizar evaluación Inter/multidisciplinaria
		020403 Brindar interconsulta
	0205 Intervención terapéutica	020501 Intervenir en modalidad de electroterapia
		020502 Intervenir en modalidad cinesiterapia
		020503 Intervenir en modalidad termoterapia
		020504 Intervenir en modalidad actividades de la vida diaria
		020505 Intervenir en modalidad orientación y movilidad
		020506 Intervenir en modalidad funciones mentales superiores
		020507 Intervenir en modalidad pre lingüística
		020508 Intervenir en modalidad lingüística
		020509 Intervenir en modalidad desordenes del habla
		020510 intervenir en terapia educativa
		020511 Intervenir en educación física adaptada
		020512 Intervenir en terapia lúdica
	0206 Intervenir a usuarios en servicios psicológicos	020601 Brindar atención psicológica individual
		020602 Brindar atención psicológica grupal
0207 Intervenir a usuarios en	020701 Realizar seguimiento de	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 20 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		

	servicio social	trabajo social
		020702 Brindar asistencia al usuario
		020703 Realizar visita domiciliar

PROCESO DE EGRESO DE USUARIOS (PROCESO DE EJECUCION)

PROCESO	SUB-PROCESO	PROCEDIMIENTO
02 EGRESO DE USUARIOS	0208 Egreso asignado	020801 Egreso por solicitud de Usuario
	0209 Egreso solicitado	020901 Egreso por cumplimiento de plan de Rehabilitación
		020902 Egreso por Incumplimiento del Usuario

PROCESO DE EVALUACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD (PROCESO DE APOYO)

PROCESO	SUB-PROCESO	PROCEDIMIENTO
01 PROCESO DE EVALUACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	0116 SERVICIO DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	011601 Programación de Usuario para certificación de discapacidad.
		011602 Evaluación de la discapacidad.
		011603 Elaboración de la Certificación.
		011604 Autorización de la Certificación de Discapacidad.

PROCESO DE GESTION GERENCIAL (GESTION DE PLANEACION, CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL) (PROCESO ESTRATEGICO)

PROCESO	SUB-PROCESO	PROCEDIMIENTO
03 PROCESOS DE GESTION GERENCIAL (GESTION DE PLANEACION,CALIDAD Y DESARROLLO INSTITUCIONAL)	0301 Direcccionamiento estratégico	030101 Gestión del Plan Anual Operativo
		030102 Gestión de los planes de trabajo anuales por área.
	0302 Garantía de la Medición, Análisis y Mejora Continua.	030201 Monitoreo periódicos de Indicadores Institucionales
		030202 Medición y Análisis

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 21 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

		de Resultados.
		030203 Toma de medidas correctivas y retroalimentación.
		030204 Gestión de comités de Apoyo a la Dirección
	0303 Comunicación y Promoción	030301 Gestión para la conformación de Grupos de Interés.
		030302 Monitoreo de Grupos de Interés
		030303 Difusión de las Actividades mensuales del centro.

PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES. (PROCESO ESTRATEGICO)

PROCESO	SUB-PROCESO	PROCEDIMIENTO
03 PROCESOS DE GESTIÓN DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA TOMA DE DECISIONES.	0304 Gestión de UTEC	030401 Ingreso de datos al sistema
		030402 Medición y Análisis de Resultados.
		030403 Medidas correctivas y retroalimentación.
	0305 Gestión del EPI	030501 Ingreso de datos al sistema
		030502 Medición y Análisis de Resultados.
		030503 Medidas correctivas y retroalimentación.
	0306 Gestión del PERC	030601 Ingreso de datos al sistema
		030602 Medición y Análisis de Resultados.
		030603 Medidas correctivas y retroalimentación.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 22 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

A continuación se desarrollan cada uno de los procesos.
01 PROCESOS ADMINISTRATIVOS, PROCESO DE APOYO

Gestión de activos fijos

GENERALIDADES:

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	Gestión de activos fijos
CODIGO:	0101
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	Responsables de cada área involucrados
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	El proceso abarca todas las áreas del CRIOR
OBJETIVO DEL SUBPROCESO	Codificar, controlar, verificar la eficacia en el registro y levantamiento de inventario de bienes inmuebles e intangibles del CRIOR.
RESULTADOS ESPERADOS:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mejora en el proceso de inventario. ○ Identificar el mobiliario que posee la institución.
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	Entrevistas con los encargados: Dr. Flores y Lic. De Chávez. Documentación del ISRI.

SUBPROCESO	CODIGO	PROCEDIMIENTOS
GESTION DE ACTIVOS FIJOS	010101	Préstamo de Bienes Muebles entre ambientes (Áreas del centro)
	010102	Transferencias de Bienes Muebles entre ambientes
	010103	Transferencia de bienes muebles entre dependencias
	010104	Descargo de Bienes Muebles
	010105	Levantamiento de Inventario

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 23 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCEDIMIENTO: Préstamo de Bienes Muebles entre ambientes (Áreas del centro)

CODIGO	010101
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Facilitar el acceso a los bienes muebles con los que cuenta de manera general el CRIOR
ALCANCE:	Este Sub Proceso comprende la mayoría de las áreas de CRIOR
RESPONSABLE:	Solicitante del préstamo y quien otorga el bien.
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:	

No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Solicitar al encargado del área el inmueble que se necesita, especificando el bien que se necesita y las observaciones que se pudiesen hacer de este.	Encargado del área donde se solicita el bien
2	Especificar el área al que será trasladado el inmueble.	Encargado del área donde se solicita el bien
3	Solicitar ayuda en caso de ser necesario al personal de limpieza.	Encargado de mantenimiento
4	Si el encargado del área a la que se solicita rechaza prestarlo, termina el sub proceso y se firma la solicitud y se le entrega al director del centro.	Administrador CRIOR.
5	Entregar copia de la solicitud al que solicita y al encargado del área que prestara el bien.	Administrador CRIOR

DOCUMENTACION DE REFERENCIA:

Solicitudes para los movimientos de los inmuebles, clasificación de los bienes de larga duración e intangibles para el CRIOR.

INDICADORES:

Eficiencia

Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$

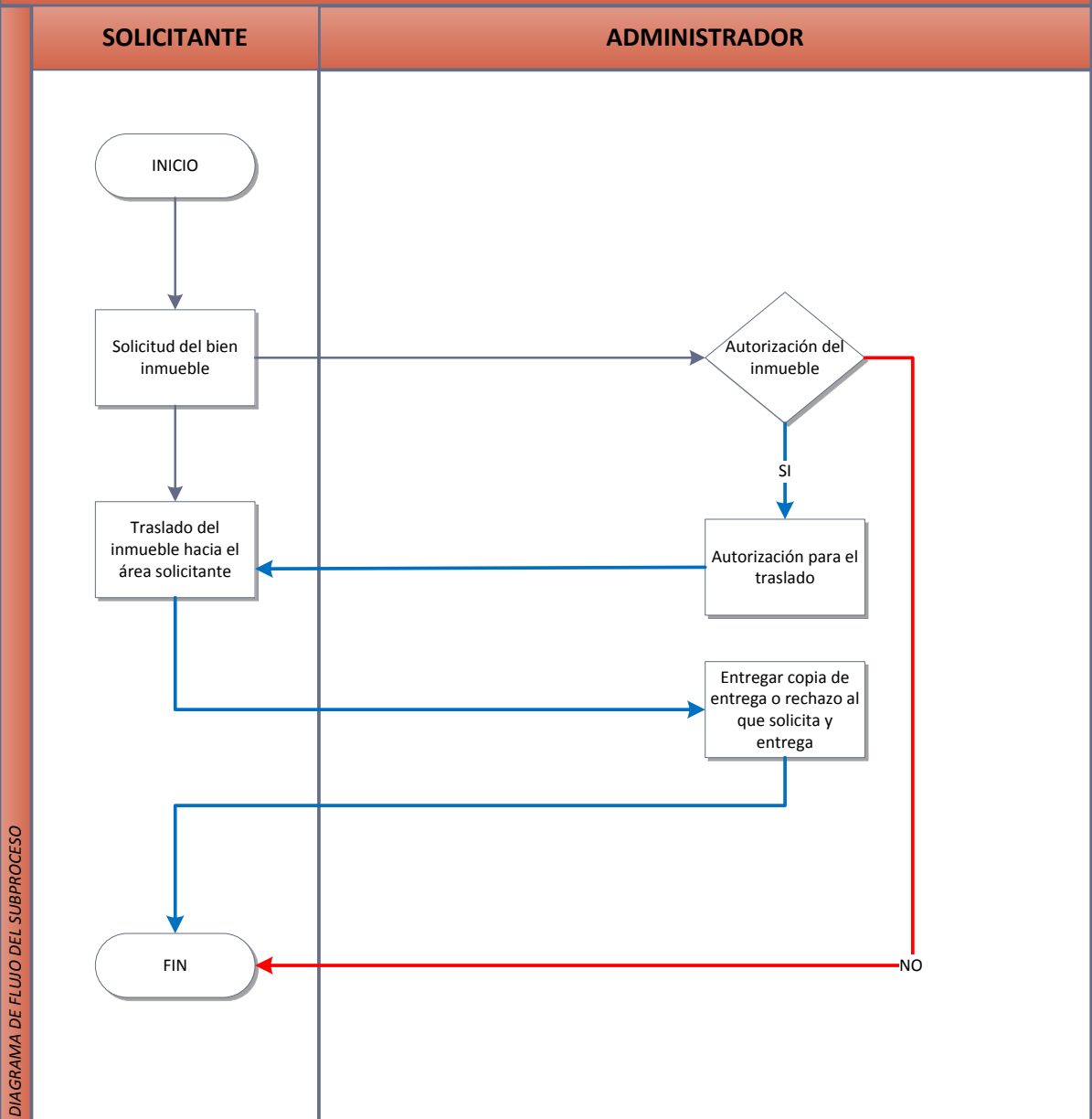
CAMBIO:

No tiene cambios.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 24 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Gestión de Activos Fijos.

PROCEDIMIENTO: Préstamo de Bienes Muebles entre ambientes (Áreas del centro).



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 25 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		

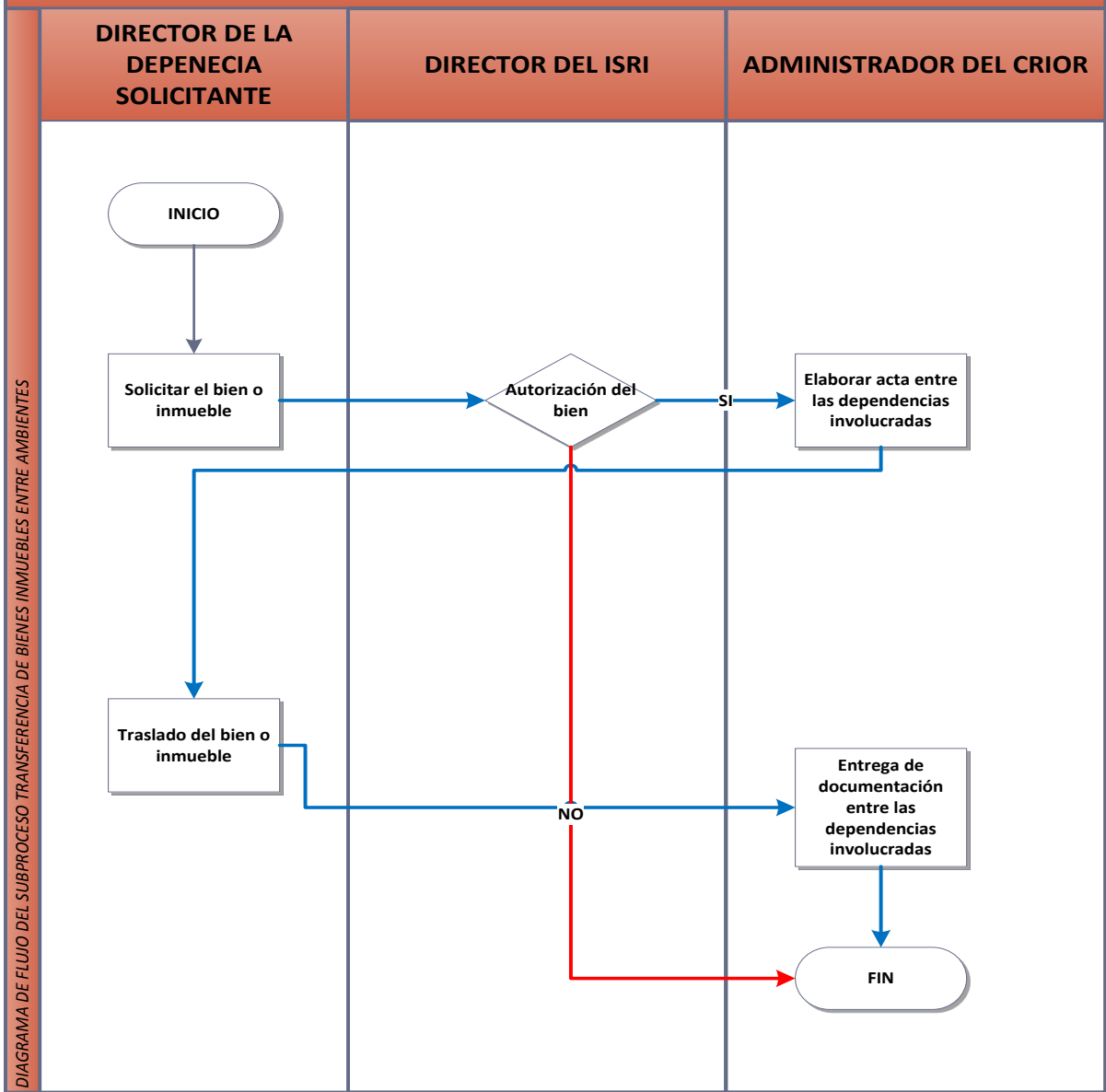
PROCEDIMIENTO: Transferencias de Bienes Muebles entre dependencias

CODIGO	010102	
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Autorizar o negar el préstamo de bienes muebles entre el CRIOR y las diferentes dependencias del ISRI.	
ALCANCE:	Todas las dependencias del ISRI	
RESPONSABLE:	Responsable de cada área involucrada	
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Antes que la gerencia del ISRI autorice, el director del CRIOR realiza la solicitud del bien o inmueble solicitado en donde se especifica el bien que se solicita, el área a la que se solicita, observación que este pudiese tener y posteriormente se envía al director del centro correspondiente.	Director del CRIOR
2	Si se rechaza la solicitud, termina el PROCEDIMIENTO, si se acepta, se firma la solicitud.	Director del CRIOR
3	Se elaboran las copias para los centros involucrados.	Administrador CRIOR
4	Trasladar el bien o inmueble hacia el centro solicitante.	Director del centro solicitante
5	Entregar la solicitud al encargado del área solicitante y al que se le entrega el bien o inmueble.	Administrador del CRIOR
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Solicitudes para los movimientos de los inmuebles, clasificación de los bienes de larga duración e intangibles para el ISRI.		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 26 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Gestión de Activos Fijos

PROCEDIMIENTO: Transferencias de Bienes Muebles entre dependencias.

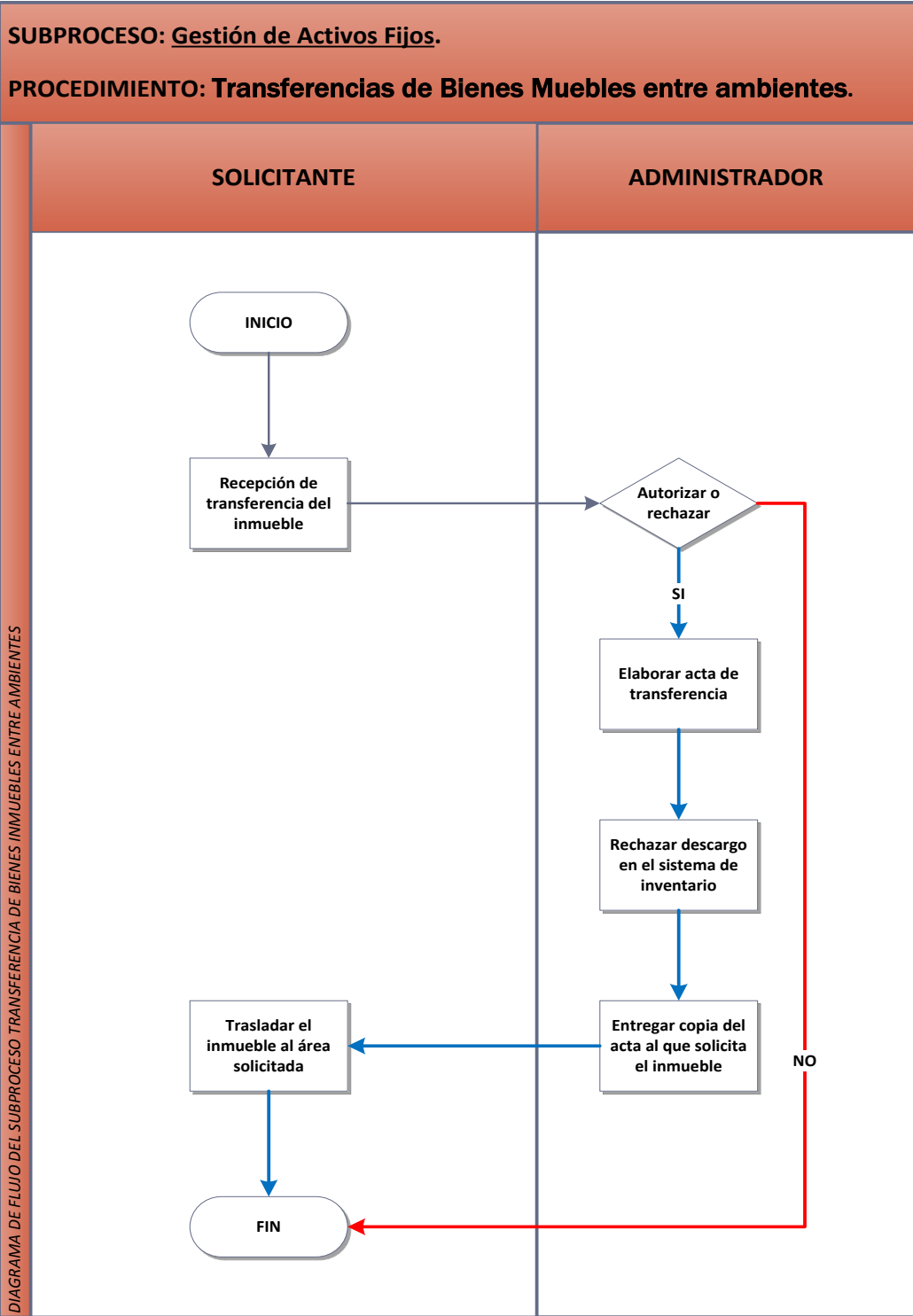


	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 27 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCEDIMIENTO: Transferencias de Bienes Muebles entre ambientes

CODIGO	010103	
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Autorizar o negar el préstamo de bienes muebles entre el CRIOR y las diferentes dependencias del ISRI.	
ALCANCE:	Todas las dependencias del ISRI	
RESPONSABLE:	Responsables de áreas	
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Llenar solicitud donde se especifica el bien a transferir, el área que lo solicita y observaciones.	Persona encargada del área que solicita el inmueble.
2	El administrador autoriza o rechaza la transferencia, si se rechaza, es el fin del sub proceso, de lo contrario se firma la solicitud.	Administrador del CRIOR.
3	Elaborar el comprobante de la transferencia del inmueble entre las áreas involucradas.	Administrador CRIOR
4	Actualizar en el sistema que la empresa maneja para asignación del inmueble a la nueva área.	Administrador del CRIOR
5	Entregar la solicitud al encargado del área solicitante y al que se le entrega el bien o inmueble.	Administrador del CRIOR
6	Trasladar el inmueble hasta el área solicitada.	Encargado del área solicitante.
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Solicitudes para los movimientos de los inmuebles, clasificación de los bienes de larga duración e intangibles para el ISRI.		
INDICADORES:		
Eficiencia Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO: No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 28 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 29 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		

PROCEDIMIENTO: Descargo de Bienes Inmuebles.

CODIGO		010104
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:		Realizar el procedimiento necesario para la descarga de bienes adquiridos en la institución.
ALCANCE:		Todas las dependencias del CROR
RESPONSABLE:		Audidores encargados por área
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
Bienes mayores a \$57.14		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Identificar los bienes que pasan de los \$57.14 y que son sujetos a descargo por A o B razón.	Persona encargada del área que solicita el inmueble.
2	Llevar a bodega y solicitar el proceso de transferencia de bienes entre ambientes dentro del CROR	Administrador del CROR.
3	Realizar una inspección del inmueble para determinar si se descarga o no y hacer las respectivas observaciones.	Director del CROR.
4	Actualizar en el sistema que la empresa maneja para asignación del inmueble a la nueva área.	Administrador del CROR
5	Entregar la solicitud al encargado del área solicitante y al que se le entrega el bien o inmueble.	Administrador del CROR
6	Trasladar el inmueble hasta el área solicitada.	Encargado del área solicitante.
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Solicitudes para los movimientos de los inmuebles, clasificación de los bienes de larga duración e intangibles para el ISRI.		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 30 de 147
		VERSION: 01	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

MANEJO DE CAJA CHICA

GENERALIDADES

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	MANEJO DE CAJA CHICA
CODIGO	0102
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	Administrador del CRIOR
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	El proceso abarca todas las áreas del CRIOR
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	Mantener un control del dinero que se utiliza para los diversos gastos en todas las áreas del CRIOR
RESULTADOS ESPERADOS:	Autorizar vales de compra. Re valorar las necesidades de compra actuales. Liquidar la caja chica.
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	Normar y procedimientos del uso de fondos de la caja chica del CRIOR.

INVENTARIO GENERAL DEL SUBPROCESO

Manejo de Caja Chica	010201	Apertura de Fondo de Caja Chica
	010202	Solicitud y Adquisición de la Compra.
	010203	Reintegro de Fondo de Caja Chica.
	010204	Liquidación de Caja Chica

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 31 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

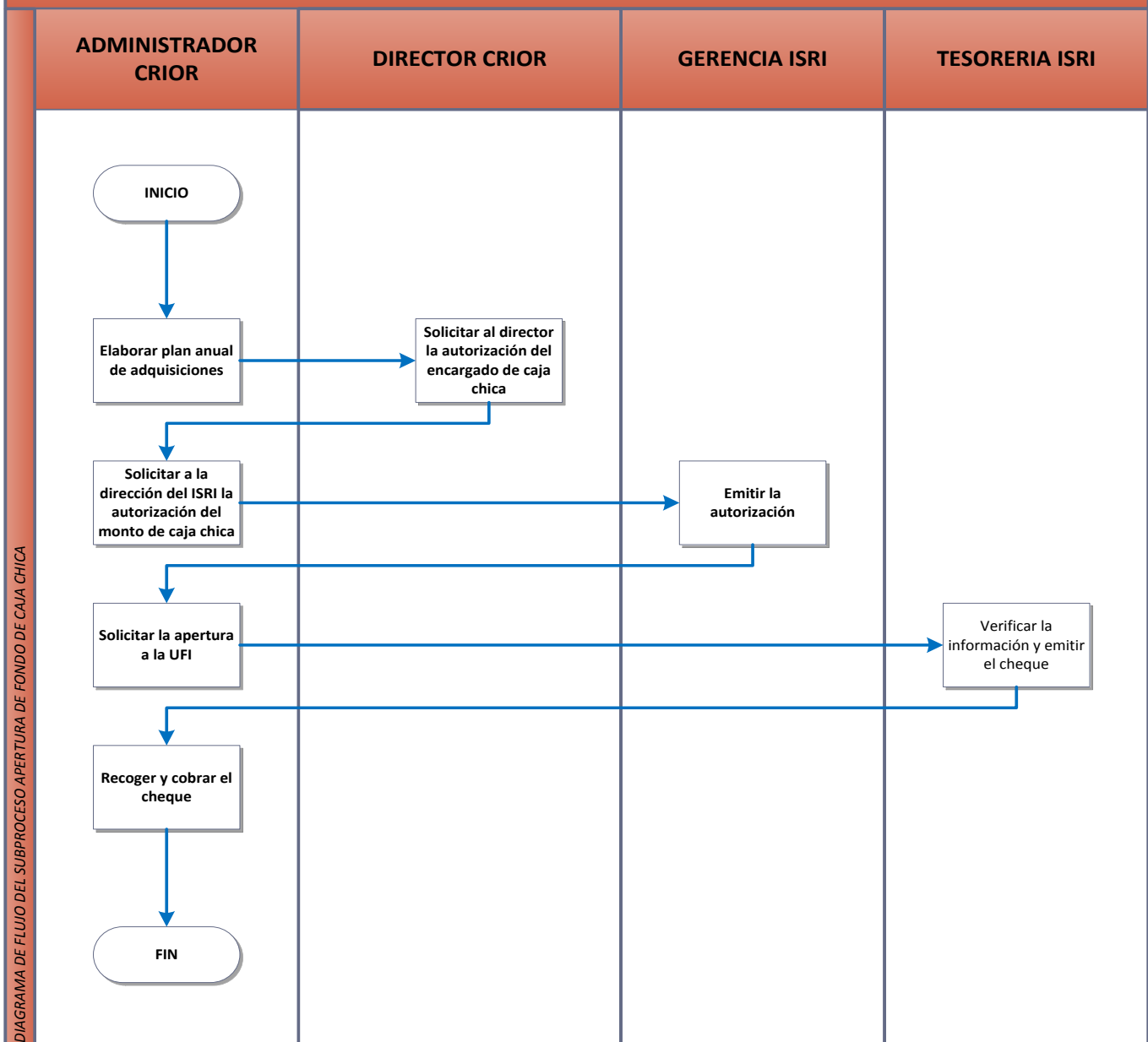
PROCEDIMIENTO: APERTURA DE FONDO DE CAJA CHICA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:		Apertura de Fondo de Caja Chica
CODIGO		010201
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:		Gestionar el monto de la caja chica y hacerlo efectivo al iniciar los periodos.
ALCANCE:		Todas las dependencias del CRIOR
RESPONSABLE:		
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Elaborar el plan anual de adquisiciones, donde se especificara el monto correspondiente a la caja chica.	Administrador del CRIOR
2	Solicitar al director la autorización del encargado de fondo de caja chica.	Director del CRIOR
3	Solicita a la dirección del ISRI la autorización del monto de la caja chica.	Administrador del CRIOR.
4	Emitir la autorización.	Gerencia del ISRI
5	Solicitar se aperture a la UFI enviando toda la documentación correspondiente del encargado de caja chica.	Administrador del CRIOR
6	Verificar la información y realizar el cheque por el monto especificado.	Tesorería del ISRI
7	Cobrar el cheque en el banco especificado.	Administrador del CRIOR.
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Normas para la autorización de caja chica del ISRI.		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 32 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Manejo de Caja Chica.

PROCEDIMIENTO: Apertura de fondo de Caja Chica.



 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 33 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

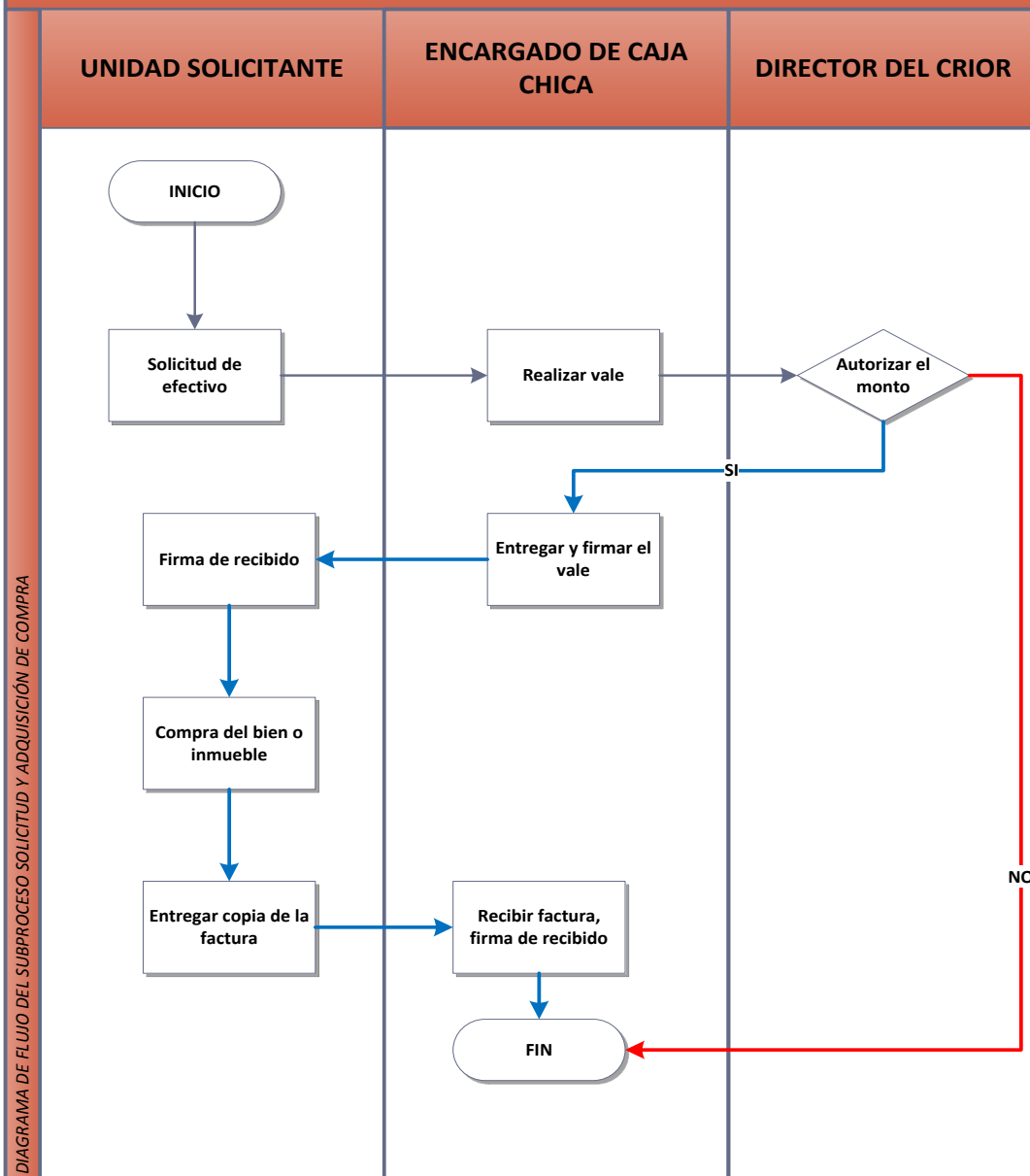
PROCEDIMIENTO: SOLICITUD Y ADQUISICION DE LA COMPRA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Solicitud y adquisición de la compra.	
CODIGO	010202	
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Decidir si es necesario o no la compra de las diversas solicitudes del CROR.	
ALCANCE:	Todas las dependencias del CROR	
RESPONSABLE:		
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Enviar al administrador la solicitud e indicar el monto.	Encargado del área solicitante.
2	Elaborar el respectivo vale.	Administrador del CROR.
3	Si la dirección no acepta la solicitud, termina el proceso, si lo acepta se firma el vale.	Director del CROR
4	Entregar el monto y la copia de recibido.	Administrador del CROR
5	Comprar el bien o inmueble y entregar copia de factura al administrador.	Encargado de realizar la compra.
6	Recibir el bien o inmueble y firmar de recibido.	Encargado del área solicitante.
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Normas para la autorización de caja chica del ISRI.		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 34 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Manejo de Caja Chica.

PROCEDIMIENTO: Solicitud y adquisición de compra .



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 35 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

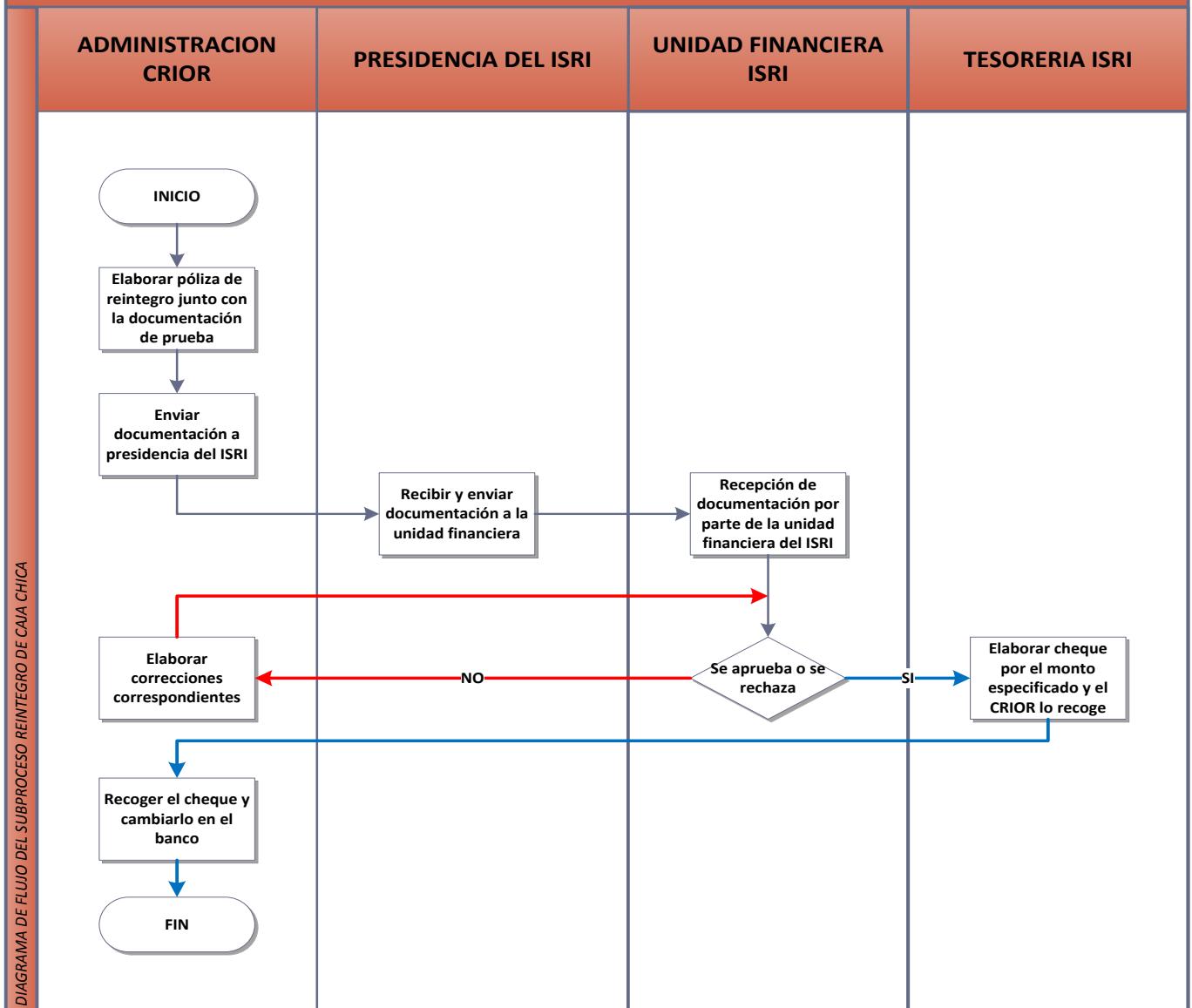
PROCEDIMIENTO: REINTEGRO DE FONDO DE CAJA CHICA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:		Reintegro de Fondo de Caja Chica
010203		
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:		Elaborar la póliza de reintegro de fondo de caja chica.
ALCANCE:		Todas las dependencias del CROR
RESPONSABLE:		Administrador del CROR
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Elaborar póliza de reintegro y revisar la documentación que prueba los fines del dinero, elaborar documentación a las jefaturas del ISRI.	Administrador del CROR
2	Recibir la documentación y enviar a la unidad financiera para su trámite.	Presidente del ISRI
3	Recibir aceptación o rechazo por parte de la unidad financiera. Si se rechaza se envía nuevamente para correcciones, si se aprueba se emite el cheque por parte de la tesorería del ISRI.	Unidad Financiera del ISRI
4	Emitir el cheque por el monto especificado y convocar al encargado a que lo recoja.	Tesorería del ISRI
5	Recoger el cheque.	Administrador del CROR
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Normas para la autorización de fondo de caja chica del ISRI.		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 36 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Manejo de Caja Chica.

PROCEDIMIENTO: Reintegro de caja chica.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 37 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		

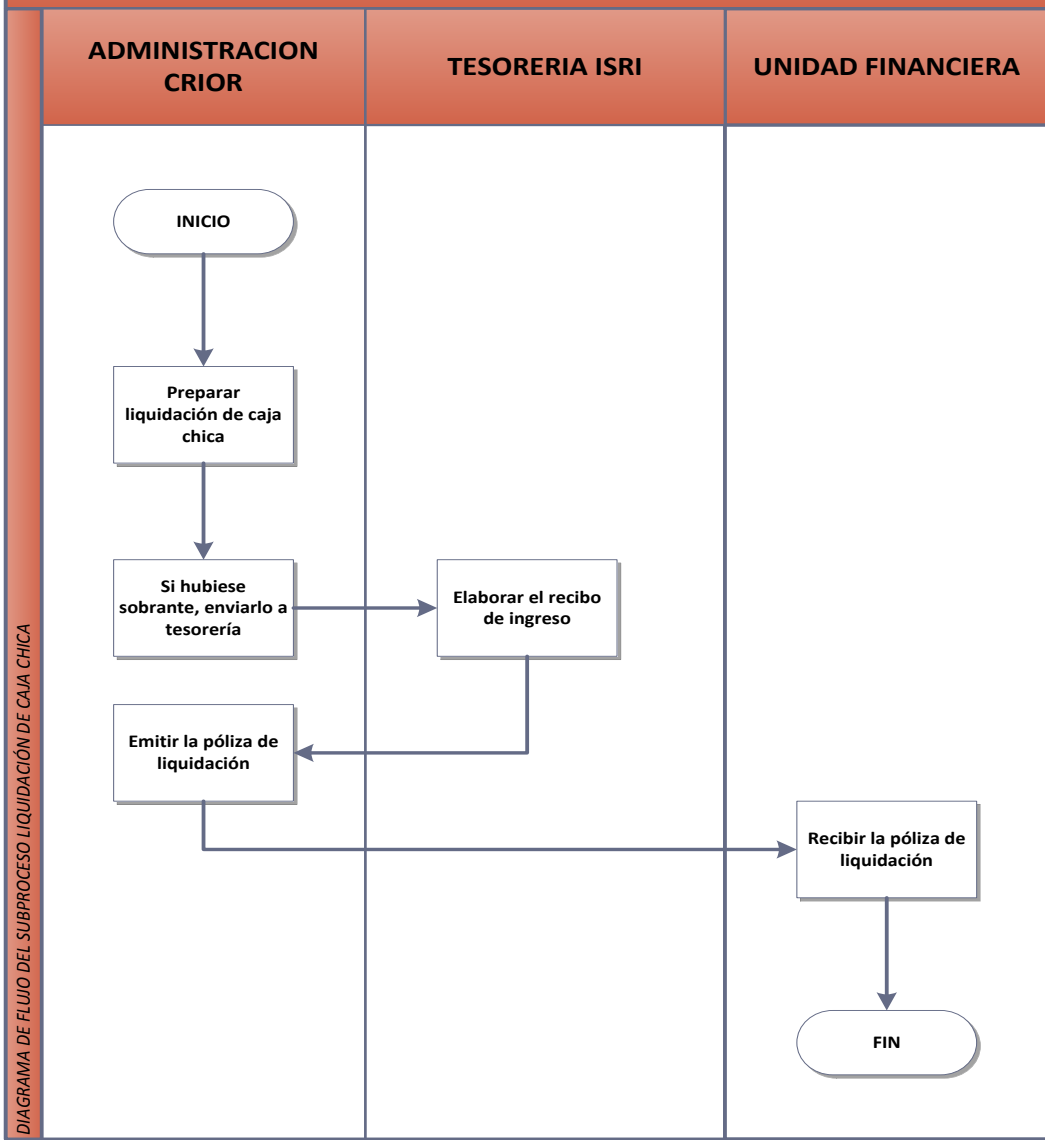
PROCEDIMIENTO: LIQUIDACION DE CAJA CHICA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:		Liquidación de caja chica.
CODIGO		010204
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:		Liquidación de fondo de caja chica.
ALCANCE:		Todas las dependencias del CROR
RESPONSABLE:		
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Preparar la liquidación de caja chica con documentación de respaldo para la elaboración de la póliza y su respectivo envío a la unidad financiera en caso que sobre.	Administrador del CROR
2	En caso que exista sobrante, validarlo y enviarlo a tesorería para su reintegro.	Administrador del CROR
3	Elaborar recibo de ingreso por sobrante de caja chica para la liquidación de esta.	Tesorería ISRI
4	Enviar póliza de liquidación junto con recibo de ingreso y la documentación de prueba a la unidad financiera del ISRI	Administrador del CROR
5	Recibir la póliza de liquidación.	Unidad financiera
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Normas para la autorización de fondo de caja chica.		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 38 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Manejo de Caja Chica.

PROCEDIMIENTO: Liquidación de caja chica.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 39 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES

GENERALIDADES

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES (PAA)
CODIGO	0103
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	Administrador del CRIOR
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	El proceso abarca todas las áreas del CRIOR
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	Controlar y dar seguimiento a las adquisiciones y contrataciones de bienes y servicios institucionales y planificados en el presupuesto anual, a fin de garantizar la prestación del servicio.
RESULTADOS ESPERADOS:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Elaborar programación de compra y solicitar autorización de compra en base al PAA. ○ Dar seguimiento a los bienes y servicios adquiridos.
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lineamientos para la recepción, registro, custodia y distribución de bienes adquiridos del ISRI. ▪ Ley de adquisiciones y contrataciones de la administración pública.

INVENTARIO GENERAL DEL SUBPROCESO

Control y seguimiento del plan anual de adquisiciones.	010301	Solicitud de Compra de Bienes Incluidos en el PAA
	010302	Dar seguimiento a la Gestión de Adquirió de los bienes.
	010303	Control y Seguimiento de Contratos de Bienes y Servicios.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 40 de 147
		VERSION: 01	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCEDIMIENTO: SOLICITUD DE COMPRA DE BIENES INCLUIDOS EN EL PAA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:		SOLICITUD DE COMPRA DE BIENES INCLUIDOS EN EL PAA	
CODIGO		010301	
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:		Llevar un control de lo que se solicita anualmente en las diferentes dependencias del CRIOR	
ALCANCE:		Todas las dependencias del CRIOR	
RESPONSABLE:			
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:			
No	Descripción de la Actividad	Responsable	
1	Elaborar la solicitud para	Administrador del CRIOR	
2	En caso que exista sobrante, validarlo y enviarlo a tesorería para su reintegro.	Administrador del CRIOR	
3	Elaborar recibo de ingreso por sobrante de caja chica para la liquidación de esta.	Tesorería ISRI	
4	Enviar póliza de liquidación junto con recibo de ingreso y la documentación de prueba a la unidad financiera del ISRI	Administrador del CRIOR	
5	Recibir la póliza de liquidación.	Unidad financiera	
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:			
Normas para la autorización de fondo de caja chica.			
INDICADORES:			
Eficiencia			
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$			
CAMBIO:			
No tiene cambios.			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 41 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015

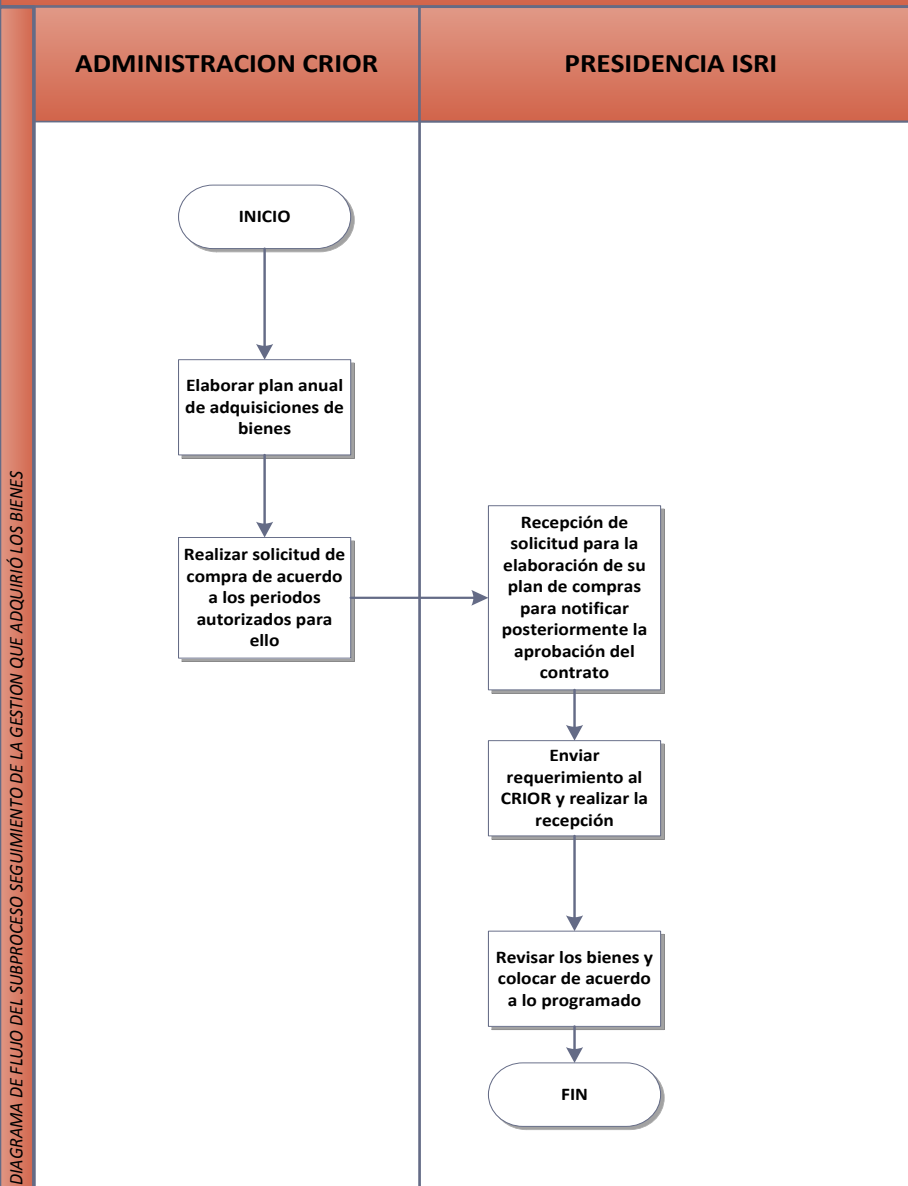
PROCEDIMIENTO: SEGUIMIENTO DE LA GESTION QUE ADQUIRIO LOS BIENES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:		SEGUIMIENTO DE LA GESTION QUE ADQUIRIO LOS BIENES.
CODIGO		010302
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:		Elaborar programación de compra y solicitar autorización para esta en el PAA
ALCANCE:		Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:		Administrador del CRIOR
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Elaborar plan anual de adquisiciones de bienes y servicios donde se relaciones las necesidades del CRIOR con el presupuesto del ISRI	Administrador del CRIOR
2	Realizar solicitud de compra de acuerdo al periodo estipulado por el PAA, especificando tiempo de financiamiento, forma de pago y responsable del contrato.	Administrador del CRIOR
3	Elaborar un plan de compras institucionales e incluir los acuerdos de nombramiento de administradores de contratos.	Presidente del ISRI a través de la UACI
4	Enviar requerimiento al CRIOR y realizar la recepción de bienes por parte del ISRI.	Administrador del CRIOR
5	Verificar la recepción de bienes por parte del ISRI y distribuir de acuerdo a lo solicitado por las diferentes jefaturas del CRIOR	Administrador del CRIOR
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Lineamientos para la recepción, registro y distribución de los bienes adquiridos por el ISRI.		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 42 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Control y seguimiento del plan anual de adquisiciones.

PROCEDIMIENTO: Seguimiento de la gestión que adquirió los bienes.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 43 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015

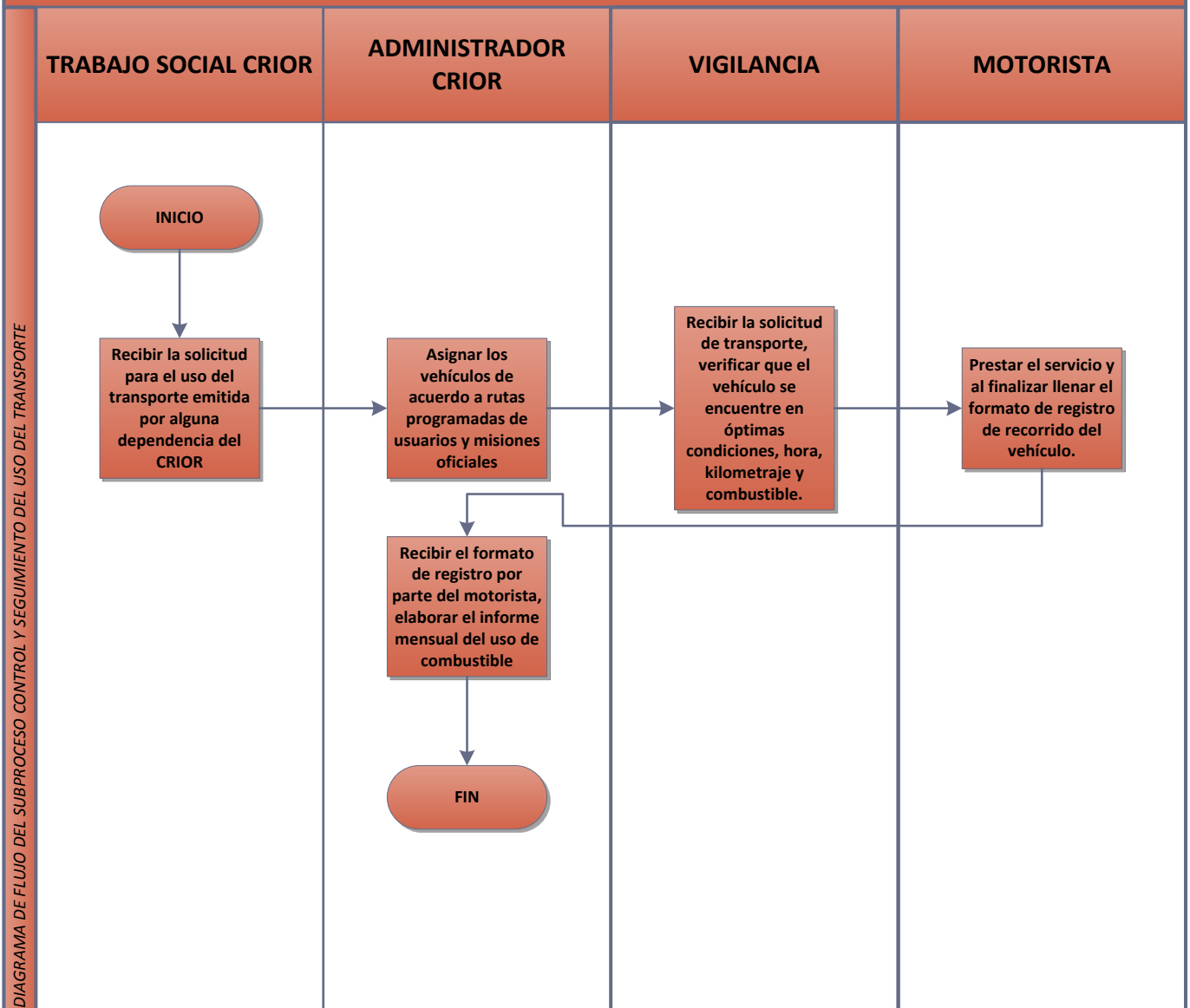
PROCEDIMIENTO: CONTROL DE CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:		CONTROL DE CONTRATOS DE BIENES Y SERVICIOS	
CODIGO		010303	
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:		Gestionar el cumplimiento de especificaciones técnicas de bienes adquiridos de acuerdo al contrato.	
ALCANCE:		Todas las áreas del CRIOR	
RESPONSABLE:		Administrador del CRIOR	
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:			
No	Descripción de la Actividad	Responsable	
1	Corroborar que el bien o servicio sea acorde al especificado en el contrato.	Administrador del contrato	
2	Elaborar las actas de recepción para posteriormente enviarlas a la UACI	Administrador del contrato	
3	Elaborar hoja para el seguimiento del contrato	Administrador del contrato	
4	Elaborar un reporte para verificar que el bien, después de instalado, satisfaga las necesidades para las que fue adquirido.	Administrador del contrato	
5	Recibir el reporte de seguimiento al cumplimiento del contrato.	Presidente del ISRI-UACI	
6	Elaborar acta de finalización de contrato.	Administrador del contrato	
7	Guardar el expediente hasta el vencimiento de las garantías si las hubiese.	Administrador del contrato	
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:			
Ley de adquisiciones y contrataciones de la Administración Pública (LACAP).			
INDICADORES:			
Eficiencia			
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$			
CAMBIO:			
No tiene cambios.			

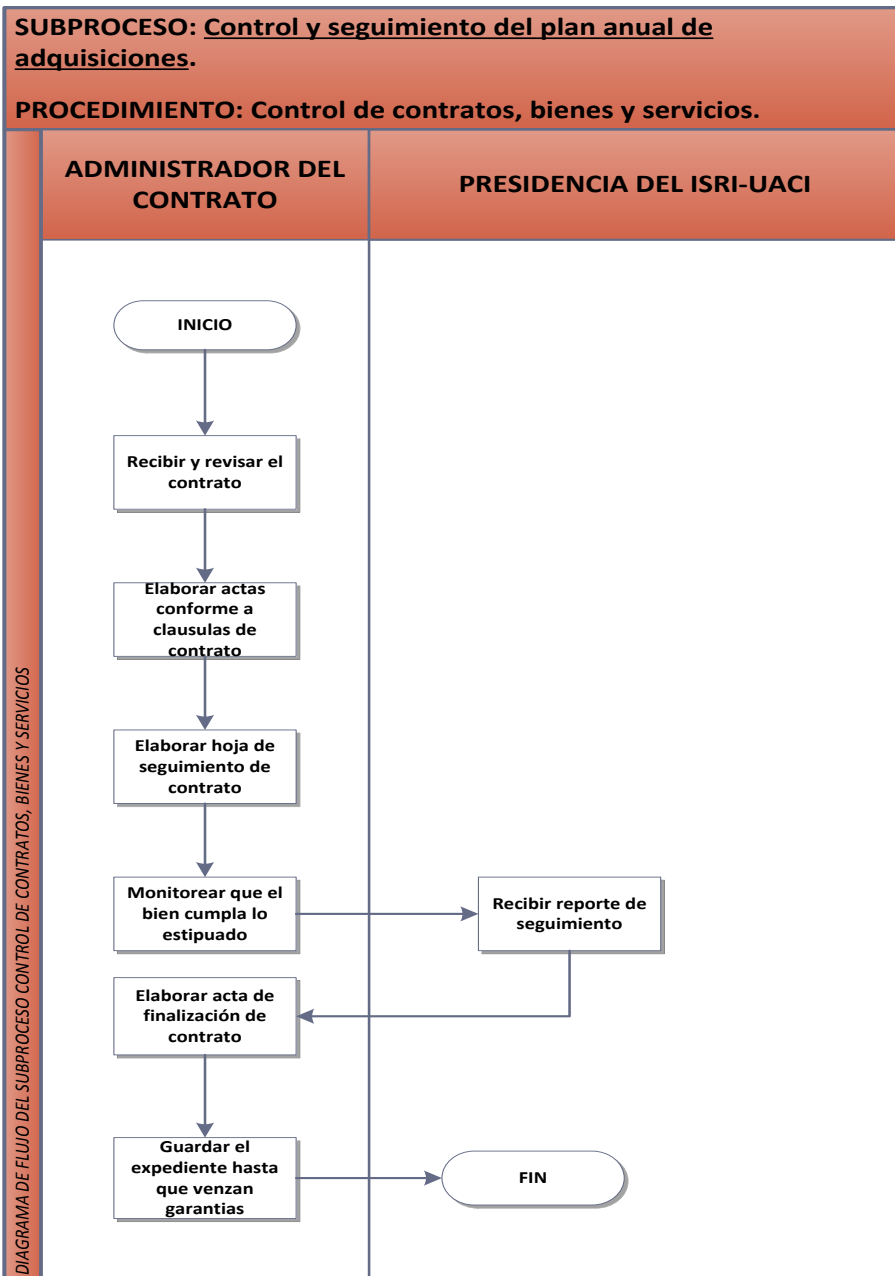
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 44 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Gestión y control del transporte .

PROCEDIMIENTO: Control y seguimiento del uso del transporte.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 45 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 46 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

GESTION Y CONTROL DE TRANSPORTE

GENERALIDADES

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	GESTION Y CONTROL DE TRANSPORTE
CODIGO	0104
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	
El proceso abarca todas las áreas del CRIOR	
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	
Regular los lineamientos que deberán ser aplicados para el uso y control de los vehículos del CRIOR a fin de garantizar el correcto uso de estos.	
RESULTADOS ESPERADOS:	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Control de la salida y entrada de los vehículos del CRIOR. ○ Estimaciones del consumo de combustible para las unidades. ○ Elaborar un informe de la liquidación de los vales de gasolina que son emitidos. 	
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lineamientos para el uso y control de vehículos institucionales. ▪ Reglamento para el uso de los vehículos del ISRI. ▪ Reglamento para el uso de los vales de gasolina emitidos por el CRIOR. 	

	INVENTARIO DEL SUBPROCESO	
Gestión y Control de Transporte	010401	Control y seguimiento del uso del transporte.
	010402	Suministro de combustible (Manejo y control de cupones)

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 47 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015
ELABORADO POR:			

PROCEDIMIENTO: CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL USO DEL TRANSPORTE

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:		CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL USO DEL TRANSPORTE
CODIGO		010401
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:		Registrar salidas de vehículos y control de los motoristas.
ALCANCE:		Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:		
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Recibir solicitud emitida por alguna de las áreas	Trabajo social CRIOR
2	Asignar vehículos de acuerdo a la ruta programada de usuarios y misiones oficiales	Administrador del CRIOR
3	Recibir la solicitud de transporte, verificar que el vehículo se encuentre en óptimas condiciones, hora, kilometraje y combustible.	Vigilancia
4	Prestar el servicio y al finalizar llenar el formato de registro de recorrido del vehículo.	Motorista
5	Recibir el formato de registro por parte del motorista, elaborar informe mensual del consumo de combustible.	Administrador del CRIOR
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lineamientos para el uso de vehículos institucionales. ▪ Reglamento para el control del uso de vehículos nacionales. ▪ Reglamento para el control del uso de combustible en vehículos del sector público. 		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 48 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		

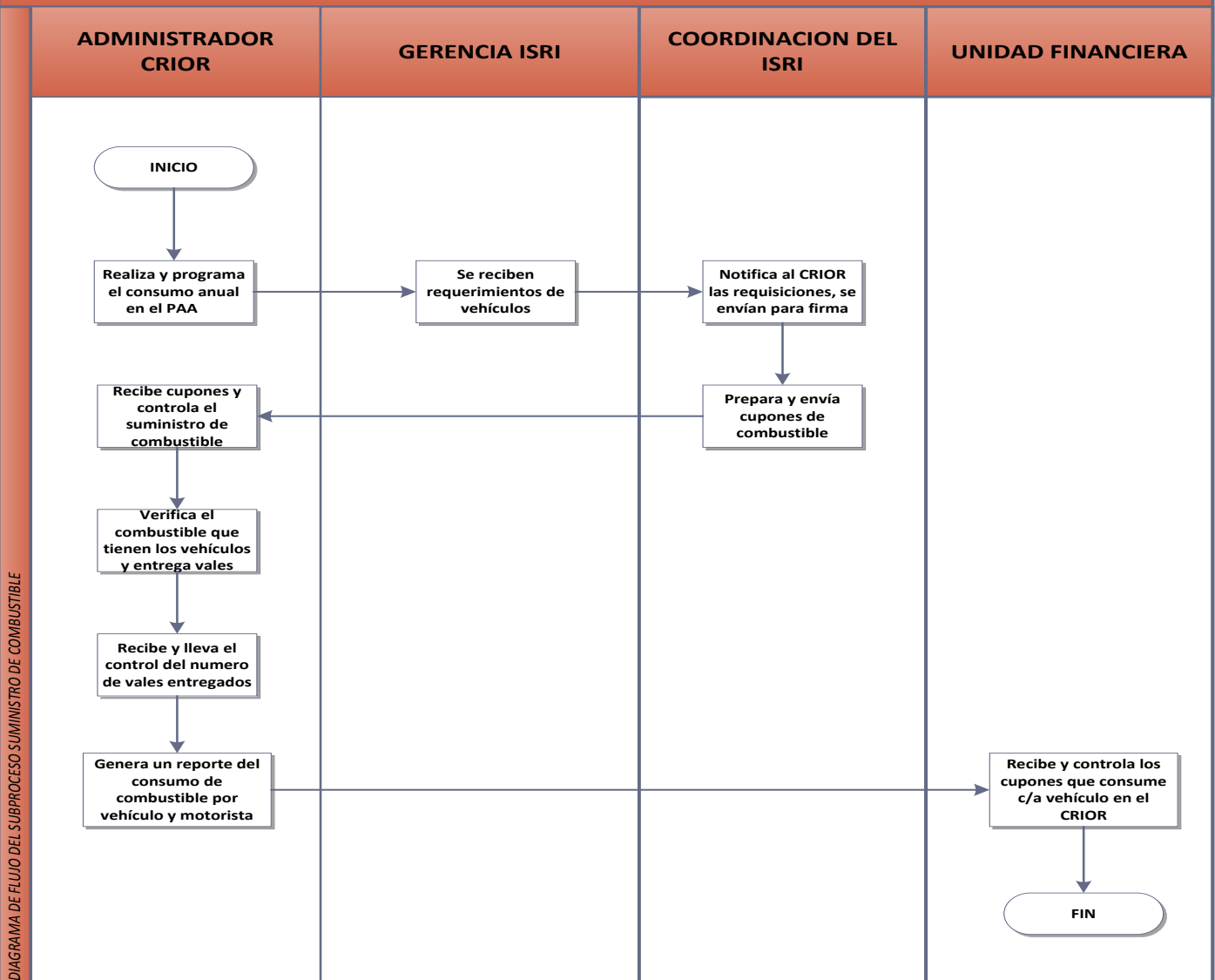
PROCEDIMIENTO: SUMINISTRO DE COMBUTIBLE (MANEJO Y CONTROL DE CUPONES)

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:		Suministro de Combustible.
CODIGO		010402
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:		Elaborar la proyección anual de combustible para todos los vehículos y controlar el uso de los vales de combustible.
ALCANCE:		Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:		
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Realizar y programar el consumo en el plan anual de adquisiciones	Administrador del CRIOR
2	Recibir instrucciones de requerimientos.	Gerencia del ISRI
3	Notificar al CRIOR cuando se recibe una requisición.	Coordinador del ISRI
4	Entregar los cupones de combustible al CRIOR de acuerdo a la requisición.	Coordinador del ISRI
5	Recibir los cupones y registrar en el control de suministro de combustible.	Administrador del CRIOR
6	Verificar el combustible con el que cuenta el vehículo y anotar el kilometraje de este.	Administrador el CRIOR
7	Llevar un control del número de cupones utilizados conforme al kilometraje, elaborar informe de consumo por vehículo.	Administrador CRIOR
8	Recibir el informe del gasto de combustible por vehículo.	Encargado de la unidad financiera del ISRI
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lineamientos para el uso de vehículos institucionales. 		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 49 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Gestión y control del transporte .

PROCEDIMIENTO: Suministro de combustible (Manejo y control de Cupones).



 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 50 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

GESTION DE DONACIONES

GENERALIDADES

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	GESTION DE DONACIONES
CODIGO	0105
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	Director del CRIOR, Doc. Flores
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	
El proceso abarca todas las áreas del CRIOR	
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	
Regular las donaciones y definir la solicitud, aceptación, registro y distribución de las donaciones en el CRIOR	
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 CRIOR	
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	
Lineamientos sobre donaciones para el ISRI	

Principales actividades a desarrollar:

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

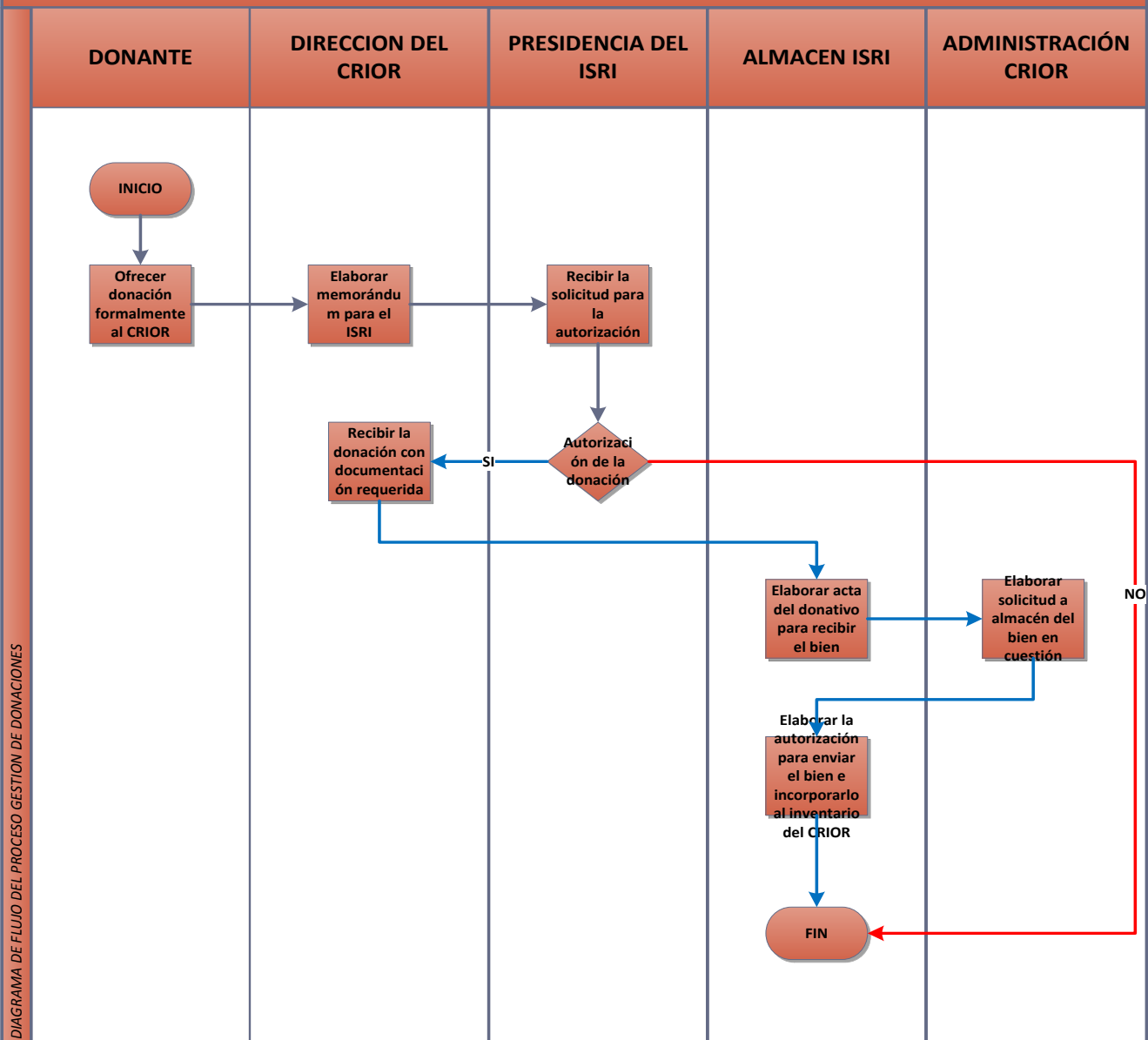
 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 51 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: GESTION DE DONACIONES

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Ofrecer donación formalmente a la institución por medio de una carta.	Donante
2	Elaborar memorándum dirigido a la presidencia del ISRI con información del donativo.	Director CRIOR
3	Analizar la necesidad del bien o servicio, si no se autoriza la donación, termina el proceso, si se autoriza se envía el documento firmado al centro.	Presidencia del ISRI
4	Recibir la donación por parte de la dirección del centro mediante acta y enviarla al centro junto con la autorización.	Director CRIOR
5	Recibir el acta del donativo y registrar su entrada.	Almacén ISRI
6	Realizar una solicitud del bien donado al ISRI	Administrador el CRIOR
7	Enviar el bien mediante la requisición autorizada por gerencia	Almacén ISRI
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lineamientos para el uso de vehículos institucionales. 		
INDICADORES:		
Eficiencia Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 52 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Gestión de Donaciones .



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 53 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

ADMINISTRACIÓN Y CONTROL DE PRESUPUESTO

GENERALIDADES

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	ADMINISTRACION Y CONTROL DE PRESUPUESTO
CODIGO	0106
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	Administrador del CRIOR
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	El proceso abarca todas las áreas del CRIOR
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	Elaborar el presupuesto del CRIOR en base a los planes de trabajo de cada área y ajustarlo al presupuesto otorgado por el ISRI.
RESULTADOS ESPERADOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el presupuesto del CRIOR en base a los planes de trabajo de cada área. • Controlar la ejecución del presupuesto en base a lo planificado.
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	Manual de procedimientos del ciclo presupuestario.

INVENTARIO GENERAL DEL SUBPROCESO		
SUBPROCESO	CODIGO	PROCEDIMIENTOS
Administración y control de presupuesto	010601	Elaboración del presupuesto anual.
	010602	Control de la ejecución del presupuesto

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 54 de 147
		VERSION: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

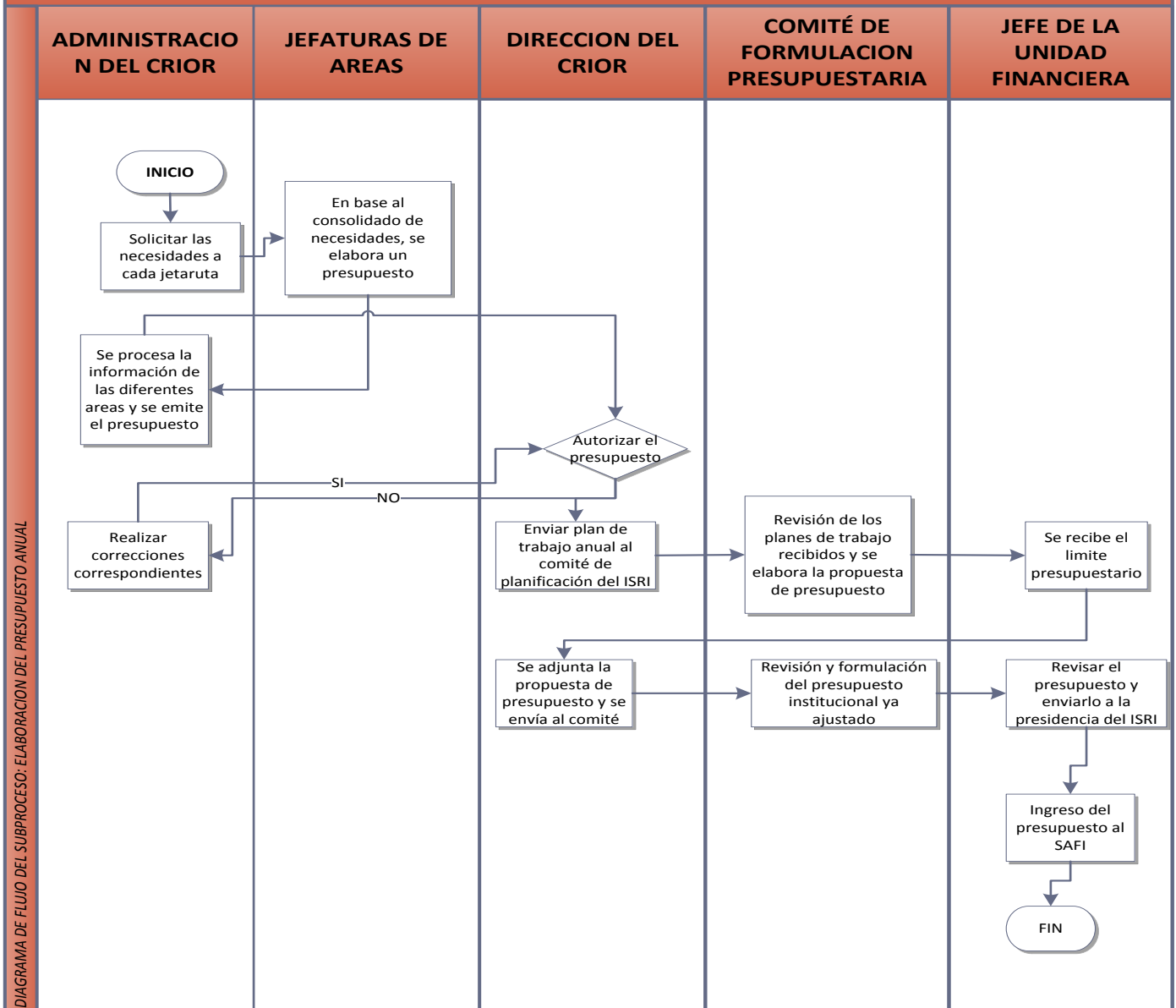
PROCEDIMIENTO: ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO ANUAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:		ELABORACIÓN DEL PRESUPUESTO ANUAL
CODIGO		010601
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:		Elaboración del presupuesto del CRIOR en base a los planes de trabajo de cada área y ajustarlo al presupuesto autorizado por el ISRI.
ALCANCE:		Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:		
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
DESCRIPCIÓN DEL PROCEIMIENTO		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Solicitar a la jefatura del CRIOR las necesidades para áreas específicas y los costos para elaborar el presupuesto anual.	Administrador del CRIOR
2	Realizar un presupuesto para el año acorde a las necesidades proyectadas especificando el monto y rubro.	Jefaturas del CRIOR
3	Procesar la información de las diferentes áreas y emitir un presupuesto preliminar que pasara revisión por la dirección.	Administrador del CRIOR
4	Revisar y autorizar el presupuesto, de lo contrario hacer las correcciones pertinentes.	Director CRIOR
5	Revisar los planes de trabajo y presupuestos recibidos.	Unidad Financiera y comité de formulación presupuestaria del ISRI
6	Analizar el monto del presupuesto asignado para el CRIOR	Jefatura de la Unidad Financiera
7	Ajustar la propuesta de presupuesto.	Director del CRIOR
8	Revisar y formular el presupuesto institucional ajustado.	Comité de formulación presupuestaria del ISRI
9	Enviar a la presidencia del ISRI la autorización e ingreso del presupuesto al SAFI	Jefatura de la unidad financiera
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual de procedimientos del ciclo presupuestario. 		
INDICADORES:		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 55 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Administración y Control de presupuesto .

PROCEDIMIENTO: Elaboración del Presupuesto Anual.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 56 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACIÓN: MARZO 2015	
VERSION: 01		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		

PROCEDIMIENTO: CONTROL DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CONTROL DE LA EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO
CODIGO	010602
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Elaborar un informe mensual de la ejecución del presupuesto.
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:	
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:	

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Elaborar el reporte mensual de la ejecución presupuestaria del CRIOR.	Administrador del CRIOR
2	Ingresar los datos mensuales en el SAFI para generar el informe mensual y generar el gasto mensual por dependencia.	Técnico de la Unidad Financiera.
3	Verificar de acuerdo a resultados del informe a la ejecución del presupuesto entre el administrador y la unidad financiera.	Administrador del CRIOR y encargado de la Unidad Financiera.
4	Elaborar informe de la ejecución mensual presupuestaria y enviarlo a la presidencia.	Jefe de la Unidad Financiera.
5	Enviar los resultados del informe mensual con observaciones si las hubiese.	Presidencia del ISRI

DOCUMENTACION DE REFERENCIA:

- Manual de procedimientos del ciclo presupuestario.

INDICADORES:

Eficiencia

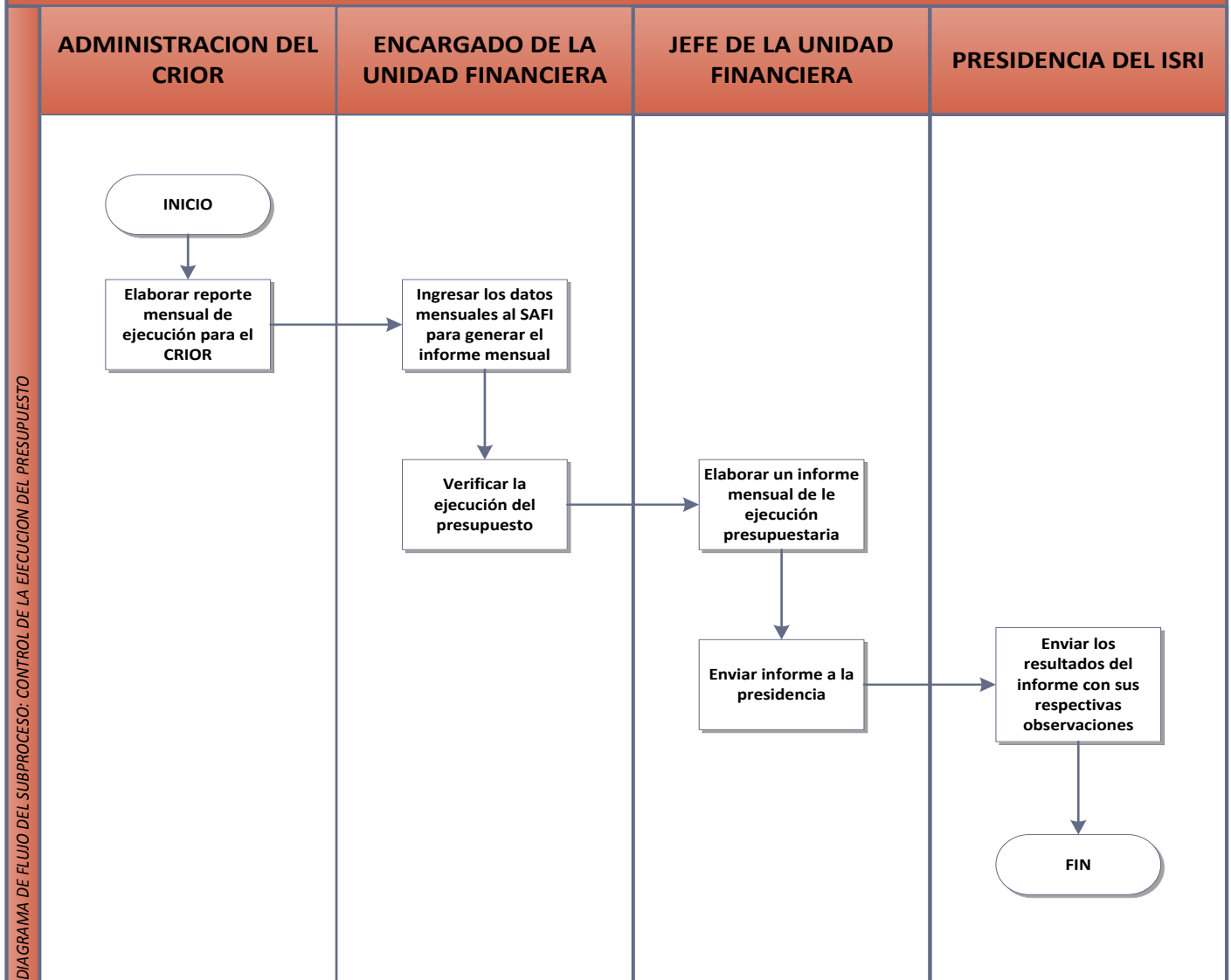
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$

CAMBIO:

No tiene cambios.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 57 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Administración y Control de presupuesto .
PROCEDIMIENTO: Control de la ejecución del presupuesto.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 58 de 147
		VERSION: 01	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

CONTROL DE ASISTENCIA Y PERMANENCIA EN LOS LUGARES DE TRABAJO

GENERALIDADES

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	Control de Asistencia y permanencia en los lugares de trabajo.
CODIGO	0107
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	El proceso abarca todas las áreas del CRIOR
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	Controlar la asistencia y permanencia en los lugares de trabajo del personal del CRIOR
RESULTADOS ESPERADOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar control de los que llegan tarde. • Llevar el control de los permisos, licencias y misiones oficiales del personal.
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	Laudo arbitral. Ley de asueto, vacaciones y licencias del sector público. Disposiciones generales del presupuesto.

INVENTARIO GENERAL DEL SUBPROCESO		
SUBPROCESO	CODIGO	PROCEDIMIENTO
Control de asistencia y permanencia en los lugares de trabajo	10701	Control de marcación de llegadas tardías.
	010702	Administración de permisos y licencias.
	010703	Control de misiones oficiales.

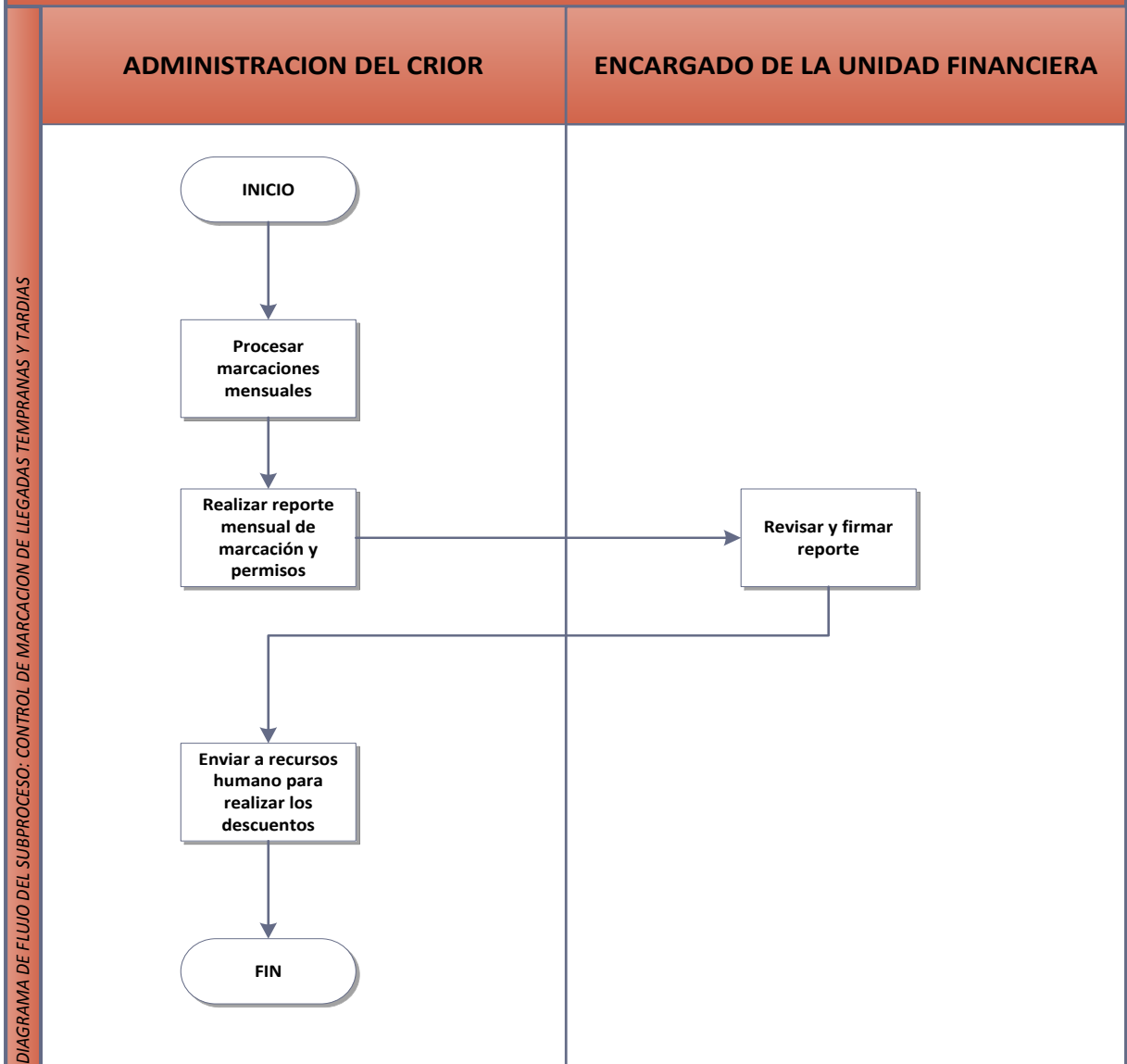
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 59 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCEDIMIENTO: CONTROL DE MARCACION LLEGADAS TARDIAS

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO		CONTROL DE MARCACION LLEGADAS TARDIAS	
CODIGO		010701	
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:		Controlar inasistencias, asistencias y llegadas tardías de todos los empleados del CRIOR	
ALCANCE:		Todas las áreas del CRIOR	
RESPONSABLE:			
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:			
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
No	Descripción de la Actividad	Responsable	
1	Reportar las marcaciones del mes en el sistema	Administrador del CRIOR	
2	Elaborar un reporte consolidado mensual de llegadas tardías y enviarlo a la dirección	Administrador del CRIOR	
3	Revisar y firmar	Director del CRIOR	
4	Enviar a gerencia para que recursos humanos haga efectivo el descuento en planillas.	Administrador del CRIOR	
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:			
Laudo arbitral. Ley de asueto, vacaciones y licencias del sector público. Disposiciones generales del presupuesto.			
INDICADORES:			
Eficiencia			
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$			
CAMBIO:			
No tiene cambios.			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 60 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Control de asistencia y permanencia en los lugares de trabajo .
PROCEDIMIENTO: Control de marcación de llegadas tempranas y tardías.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 61 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015

PROCEDIMIENTO: ADMINISTRACIÓN DE PERMISOS Y LICENCIAS.

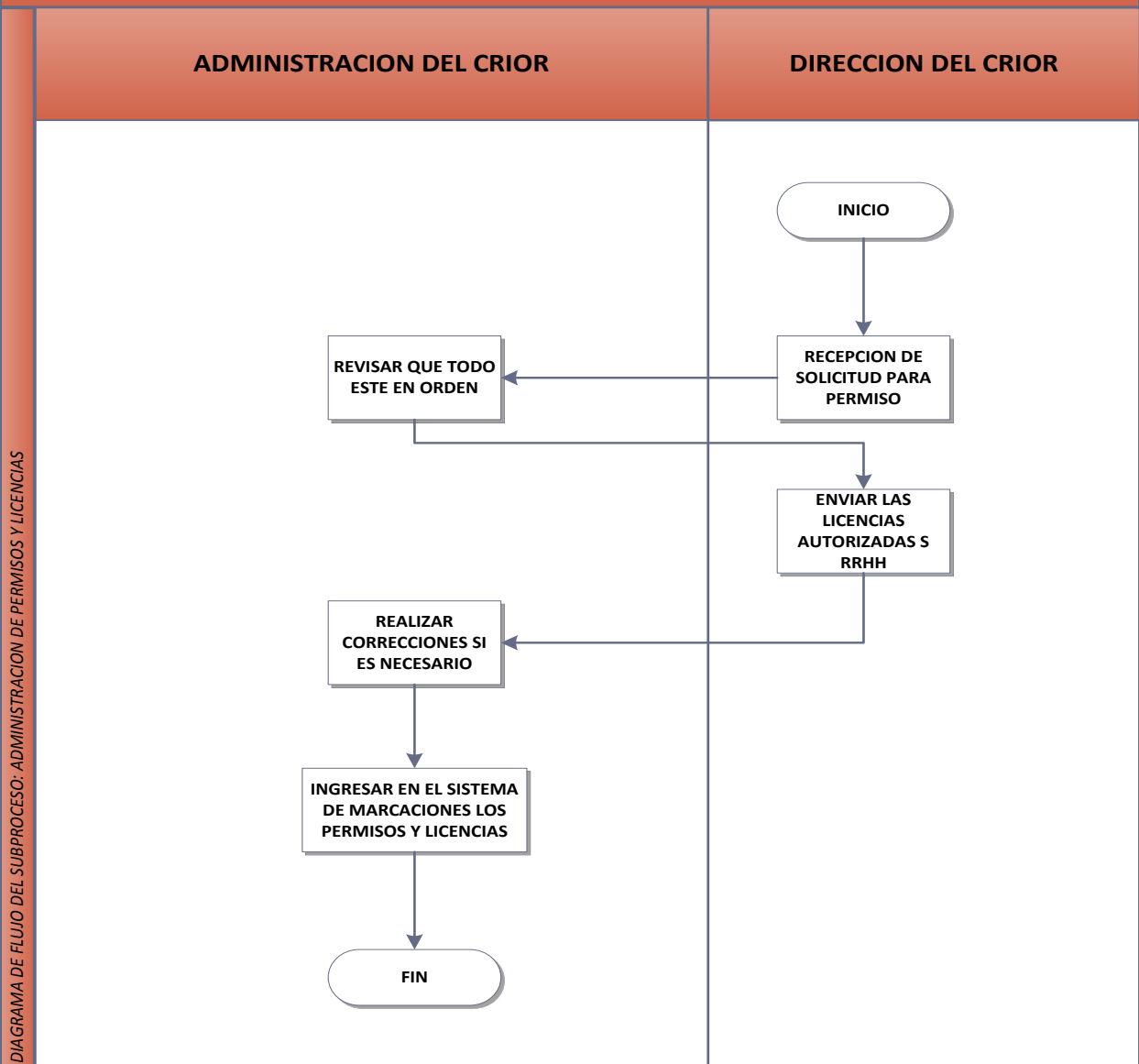
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	ADMINISTRACIÓN DE PERMISOS Y LICENCIAS
CODIGO	010702
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Otorgar los permisos y licencias para el personal de acuerdo a la normativa institucional vigente.
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:	Administrador del CRIOR
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:	

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Recibir la solicitud del permiso, revisar que cumpla con las normas, firmar y enviar a la administración.	Director del CRIOR
2	En caso de licencias, recibir, revisar y firmar la con la dirección del CRIOR y el encargado de marcaciones, enviar a gerencia.	Administrador del CRIOR
3	Enviar las licencias autorizadas a RRHH para su revisión y aplicación.	Director del CRIOR
4	Realizar las correcciones si las hubiese y devolver a RRHH para aplicar de acuerdo a la norma.	Administrador del CRIOR
5	Ingresar en el sistema de marcaciones los permisos y licencias ya autorizados.	Administrador del CRIOR
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
<p style="text-align: center;">Laudo arbitral. Ley de asueto, vacaciones y licencias del sector público. Disposiciones generales del presupuesto.</p>		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 62 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Control de asistencia y permanencia en los lugares de trabajo .
PROCEDIMIENTO: Administración de permisos y licencias.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 63 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015

PROCEDIMIENTO: CONTROL DE MISIONES OFICIALES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	CONTROL DE MISIONES OFICIALES
CODIGO	010703
OBJETIVO DEL PROCIMIENTO:	Controlar salidas oficiales del personal controlado por el CROR
ALCANCE:	Todas las áreas del CROR
RESPONSABLE:	
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:	

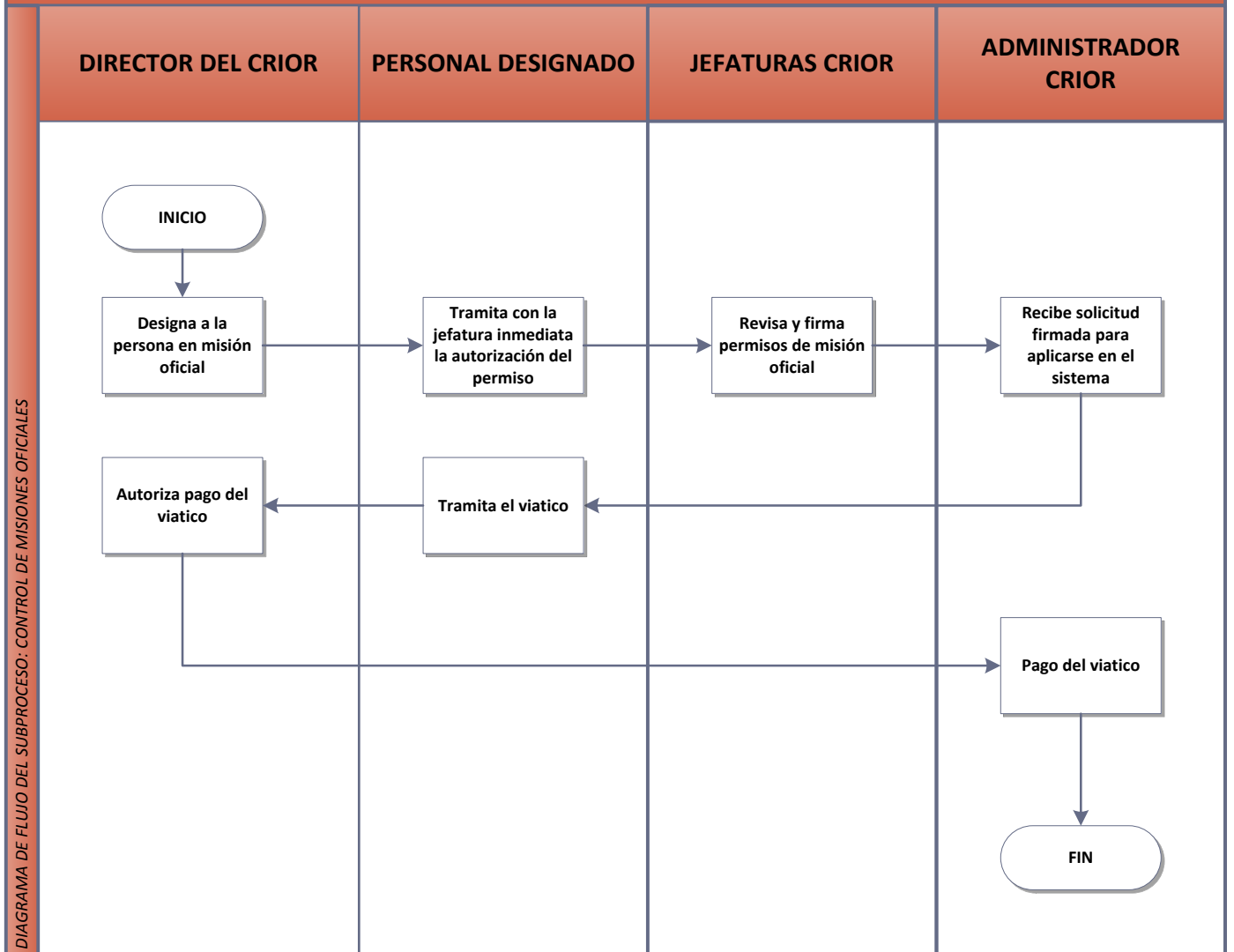
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Designar a la persona que asistirá en misión oficial.	Director del CROR
2	Tramitar con la jefatura inmediata el permiso de la misión	Personal designado.
3	Revisar y firmar permisos de misión oficial.	Jefaturas del CROR.
4	Recibir solicitud firmada para aplicación en el sistema con firma del CROR, según el caso.	Administrador del CROR
5	Tramitar los viáticos.	Personal asignado.
6	Autorizar pago del viatico.	Director del CROR
7	Pagar los viáticos.	Administrador del CROR
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Laudo arbitral. Ley de asueto, vacaciones y licencias del sector público. Disposiciones generales del presupuesto.		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 64 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Control de asistencia y permanencia en los lugares de trabajo .

PROCEDIMIENTO: Control de misiones oficiales.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 65 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015

**PROCESOS DE MANTENIMIENTO Y SOPORTE A LA INSTITUCIÓN. –PROCESO
DE APOYO GRUPO 01-**

MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES Y EQUIPO

GENERALIDADES

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	Mantenimiento de instalaciones y equipo
CODIGO	0108
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	Encargado de Mantenimiento: Sr. Maximiliano
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	El proceso abarca todas las áreas del CRIOR
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	Dar el mantenimiento preventivo y correctivo de todas las instalaciones y equipo de la institución.
RESULTADOS ESPERADOS:	<ul style="list-style-type: none"> Equipos e instalaciones en óptimas condiciones para brindar un servicio de calidad.
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	

INVENTARIO GENERAL DEL SUBPROCESO		
SUBPROCESO	CODIGO	PROCEDIMIENTO
Mantenimiento de instalaciones y equipo	010801	Mantenimiento preventivo de las instalaciones y equipo.
	010802	Mantenimiento correctivo de las instalaciones.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 66 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015

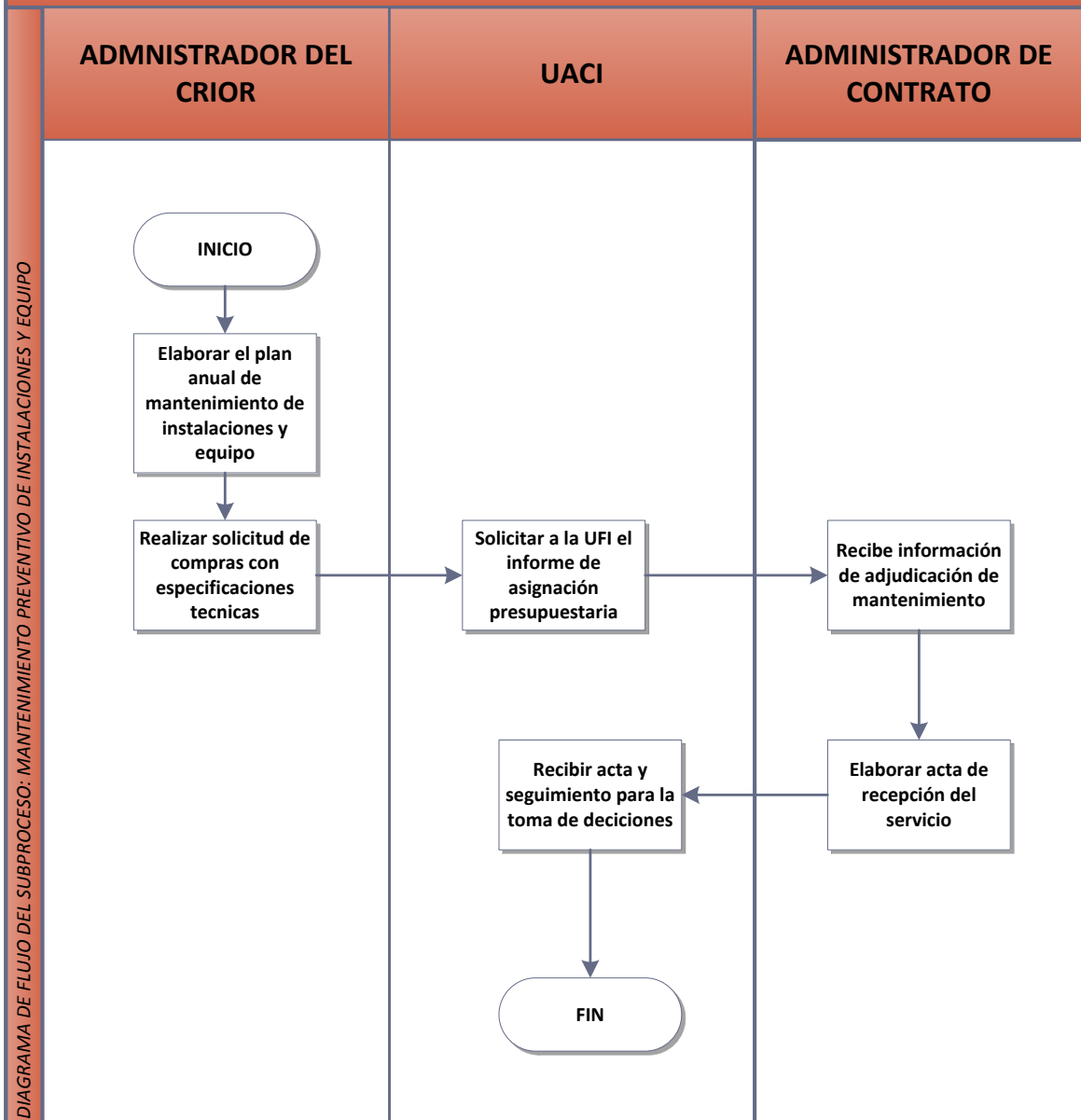
PROCEDIMIENTO: MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE INSTALACIONES Y EQUIPO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Mantenimiento preventivo de las instalaciones y equipo.
CODIGO	010801
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Realizar el mantenimiento preventivo de las instalaciones.
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:	Encargado de Mantenimiento: Sr. Maximiliano
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:	

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Realizar el plan de mantenimiento anual de equipo e instalaciones del CRIOR, en el cual se especifica gastos programados, los cuales estén reflejados en el presupuesto Anual aprobado por el ISRI.	Director del CRIOR
2	Elaborar solicitudes de compra con las especificaciones técnicas y lo envía a la UACI.	Administrador del CRIOR
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 CRIOR 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 del 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 del 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
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO: No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 67 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Soporte y mantenimiento a la Institución .
PROCEDIMIENTO: Mantenimiento preventivo de instalaciones y equipo.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 68 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015

PROCEDIMIENTO: MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE INSTALACIONES Y EQUIPO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Manteamiento correctivo de instalaciones y equipo
CODIGO	010802
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Realizar el mantenimiento correctivo de las instalaciones.
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:	Maximiliano
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO	

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

No	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 del CRIOR
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 da 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 quedan y pago en la Tesorería	Administrador del contrato

DOCUMENTACION DE REFERENCIA:

INDICADORES:

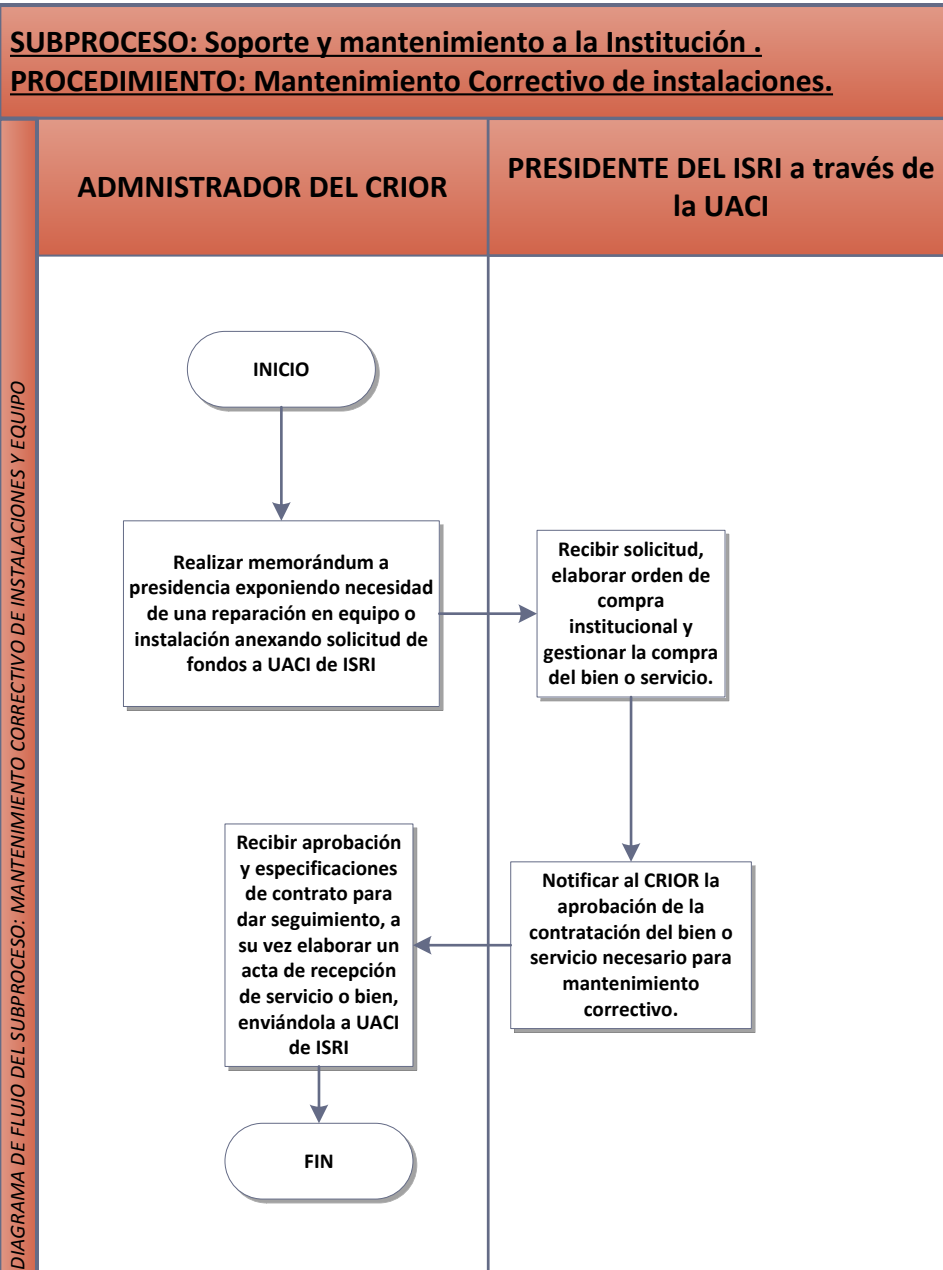
Eficiencia

Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$

CAMBIO:

No tiene cambios.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 69 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	



 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 70 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

MANTENIMIENTO VEHICULAR

GENERALIDADES

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	Mantenimiento Vehicular
CODIGO	0109
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	Motorista: Victorino Álvarez.
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	
El proceso abarca todas las áreas del CRIOR	
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	
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:	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el mantenimiento a las Unidades Vehiculares a fin de asegurar el uso óptimo de la flota de vehículos. 	
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	
Lineamiento para regular el uso y control de los vehículos institucionales.	

INVENTARIO GENERAL DEL SUBPROCESO		
Mantenimiento Vehicular	010901	Mantenimiento Preventivo y correctivo de Vehículos

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 71 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		

ELABORADO POR:

**CENTRO DE REHABILITACION
INTEGRAL DE ORIENTE.**

FECHA DE APROBACION:

PROCEDIMIENTO: MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE VEHICULOS

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Manteamiento preventivo y correctivo de vehículos
CODIGO	010901
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Garantizar que los vehículos institucionales se les proporcionen el servicio de mantenimiento y reparación correspondiente.
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:	Administrador del CRIOR
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:	

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

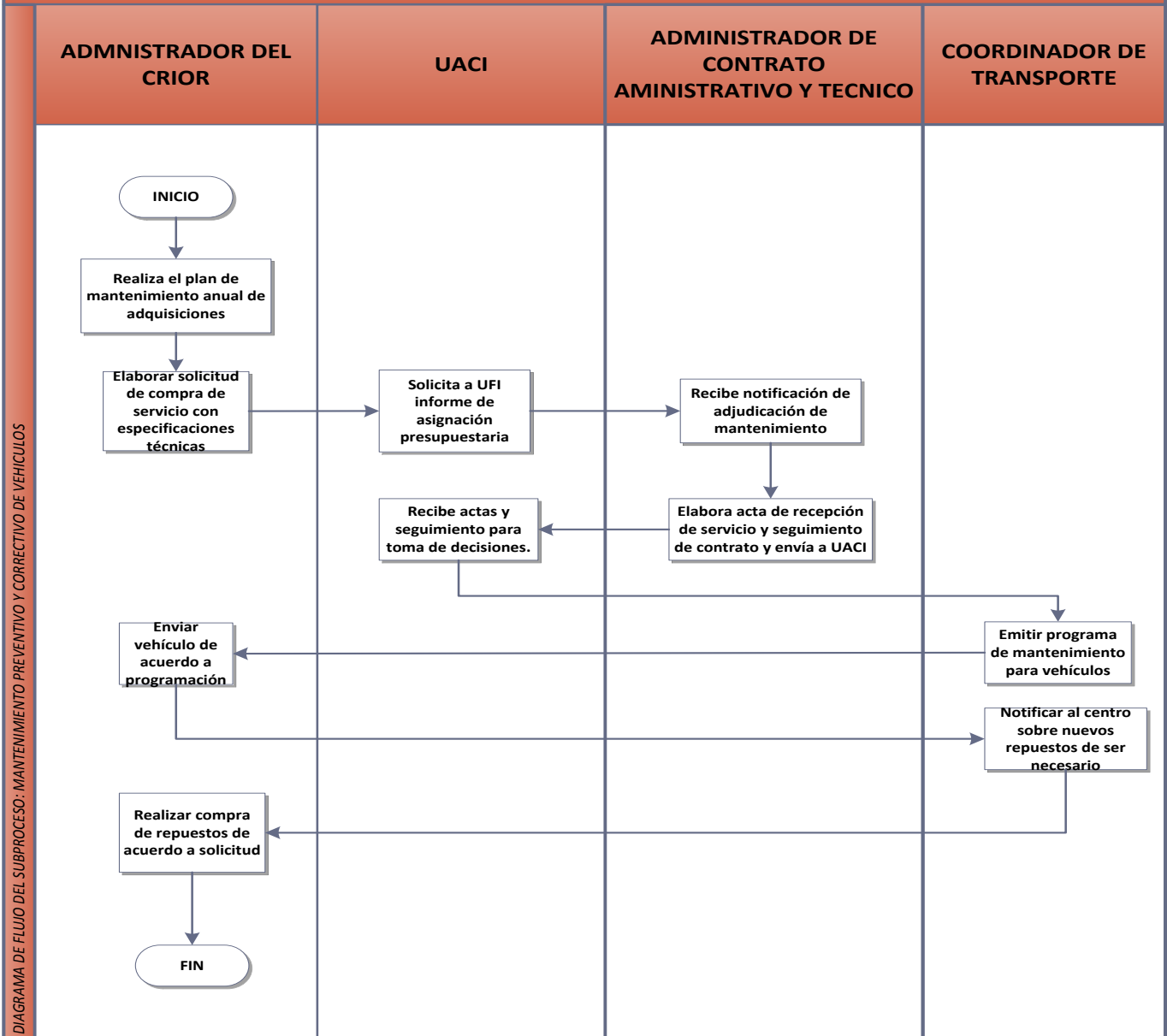
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Realizar el plan de mantenimiento anual en donde se reflejan las necesidades programadas de mantenimiento preventivo y correctivo para los vehículos cuyo mantenimiento no pueda ser proporcionado por el personal del ISRI asignado a esta función y que estén contenidos en el presupuesto Anual aprobado por el ISRI.	Administrador del CRIOR
2	Elaborar solicitud de compra se servicio con las especificaciones técnicas y lo envía a la UACI.	Administrador del CRIOR
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.	UACI
4	UACI notifica al CRIOR 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	Administrador de contrato

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 72 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

	los hubieran.	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 vehículos institucionales; para el mantenimiento que realiza el ISRI.	Encargado de transporte
8	Enviar el vehículo de acuerdo a programación incluyendo el envío de aceite, filtros.	Administrador CRIOR
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 del CRIOR
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Lineamiento para regular el uso control de los vehículos institucionales.		
INDICADORES:		
Eficiencia Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 73 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Soporte y mantenimiento a la Institución .
PROCEDIMIENTO: Mantenimiento Preventivo y correctivo de vehiculos.



 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 74 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SOPORTE INFORMATICO

GENERALIDADES

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	Soporte informático.
CODIGO	0110
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	Digitador: Erick Rodríguez.
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	El proceso abarca todas las áreas del CRIOR
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	Reparación, Revisión y Mantenimiento del equipo informático del CRIO, brindando soporte técnico adecuado y oportuno.
RESULTADOS ESPERADOS:	<ul style="list-style-type: none"> Realizar el soporte técnico que garantice el funcionamiento óptimo de los equipos informáticos.
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	

INVENTARIO DEL SUBPROCESO		
Soporte informático	011001	Asistencia remota o presencial.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 75 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCEDIMIENTO: ASISTENCIA REMOTA O PRESENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Asistencia remota o presencial
CODIGO	011001
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Realizar el soporte informático que garantice el funcionamiento óptimo del equipo.
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:	Digitador: Erick Rodríguez
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:	

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Solicitar soporte técnico a la Unidad de Acceso a la Información Pública del ISRI.	Administrador del CRIOR
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 del CRIOR
4	Recibir Equipo, realiza un diagnóstico del mismo y envía recomendaciones técnicas a implementar mediante un reporte enviado al administrador del CRIOR	Técnico en informática.
5	Recibir reporte de reparación o mantenimiento, y procede según el caso.	Administrador del CRIOR.

DOCUMENTACION DE REFERENCIA:

Lineamiento para regular la prestación de soporte informático institucional.

INDICADORES:

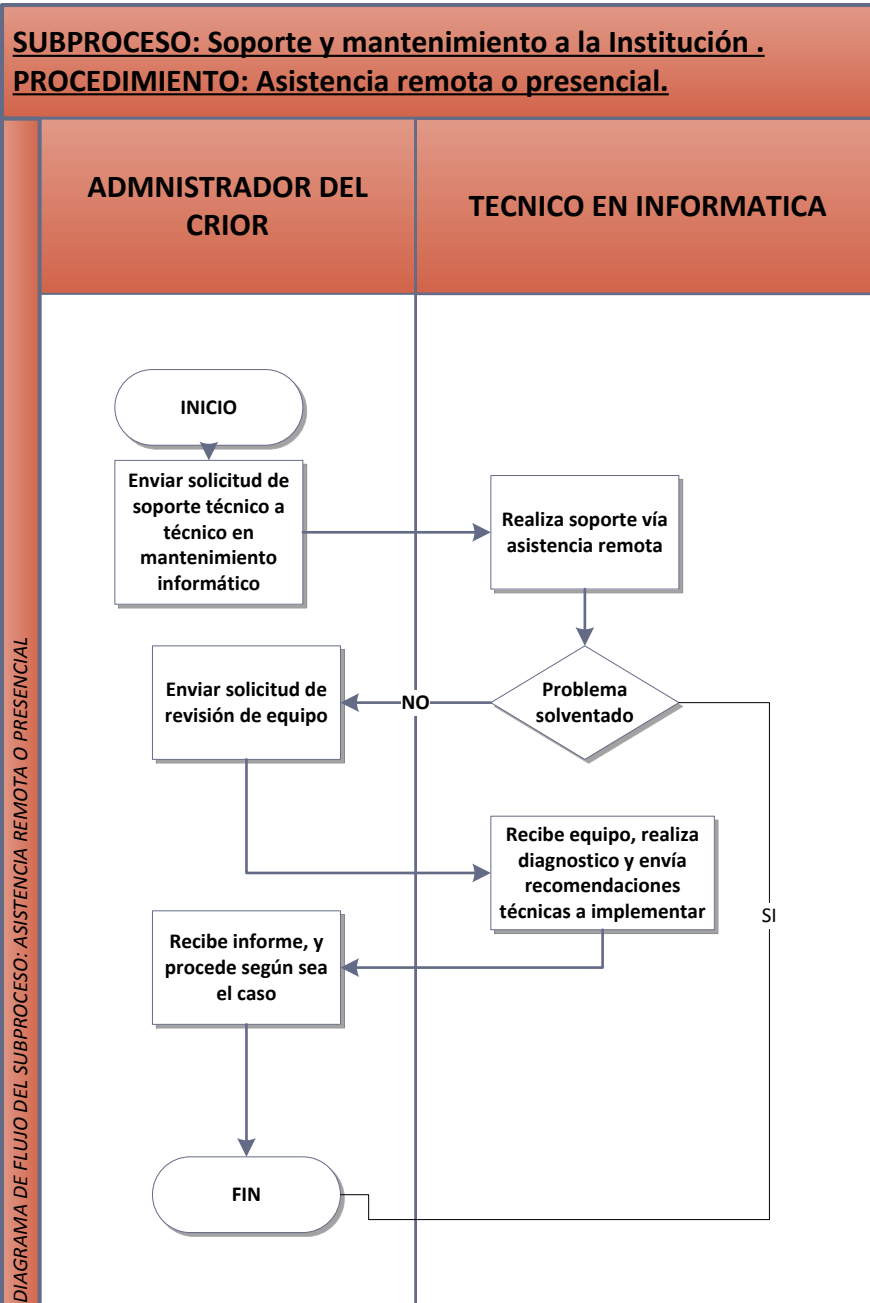
Eficiencia

Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$

CAMBIO:

No tiene cambios.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 76 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	



 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 77 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SEGURIDAD Y VIGILANCIA

GENERALIDADES

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	Seguridad y Vigilancia
CODIGO	0111
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	Administrador de Vigilancia: Irma Rosa
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	
El proceso abarca todas las áreas del CRIOR	
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	
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:	
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	
Lineamiento de actuación para vigilancia.	

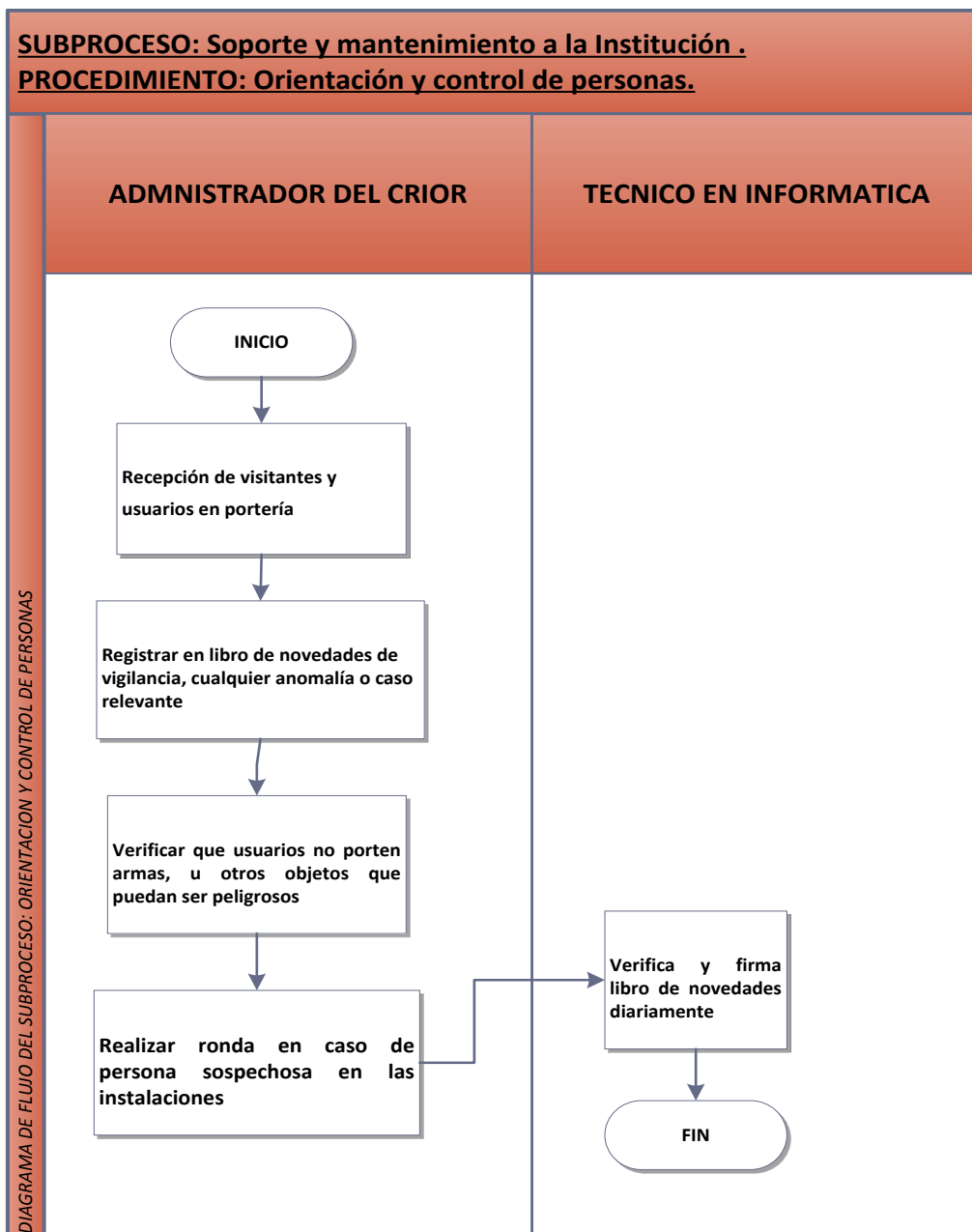
	INVENTARIO DEL SUBPROCESO	
Seguridad y Vigilancia	011101	Orientación y Control a personas que ingresan a la Institución.
	011102	Retiro e Ingreso de Equipo o Material
	011103	Registro de Salida de Personal con Misión Oficial y Permisos Personales

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 78 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCEDIMIENTO: ORIENTACION Y CONTROL DE PERSONAS A LA INSTITUCION

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Orientación y control de personas a la institución		
CODIGO	011101		
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Brindar orientación a los usuarios que visitan el CRIOR		
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR		
RESPONSABLE:	Irma Rosa		
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:			
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO			
No	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 del CRIOR	
2	Registrar en el libro de novedades de vigilancia cualquier anomalía o caso relevante que se presente informándolo a la administración del centro.	Vigilancia del CRIOR	
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 del CRIOR	
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 del CRIOR	
5	Verificar y firmar diariamente el libro de novedades.	Administrador del CRIOR.	
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:			
Lineamiento de actuación para vigilancia.			
INDICADORES:			
Eficiencia			
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$			

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 79 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 80 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015

PROCEDIMIENTO: REGISTRO DE INGRESO Y SALIDA DE EQUIPO

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Registro de ingreso y salida de equipo
CODIGO	011102
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Controlar el ingreso y salida de equipo propiedad del CRIOR
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:	Administradora de Vigilancia.
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:	

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No	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 del CRIOR.
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 CRIOR
6	Notificar a vigilancia el ingreso de 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 del CRIOR

DOCUMENTACION DE REFERENCIA:

Lineamiento de actuación para vigilancia.

INDICADORES:

Eficiencia

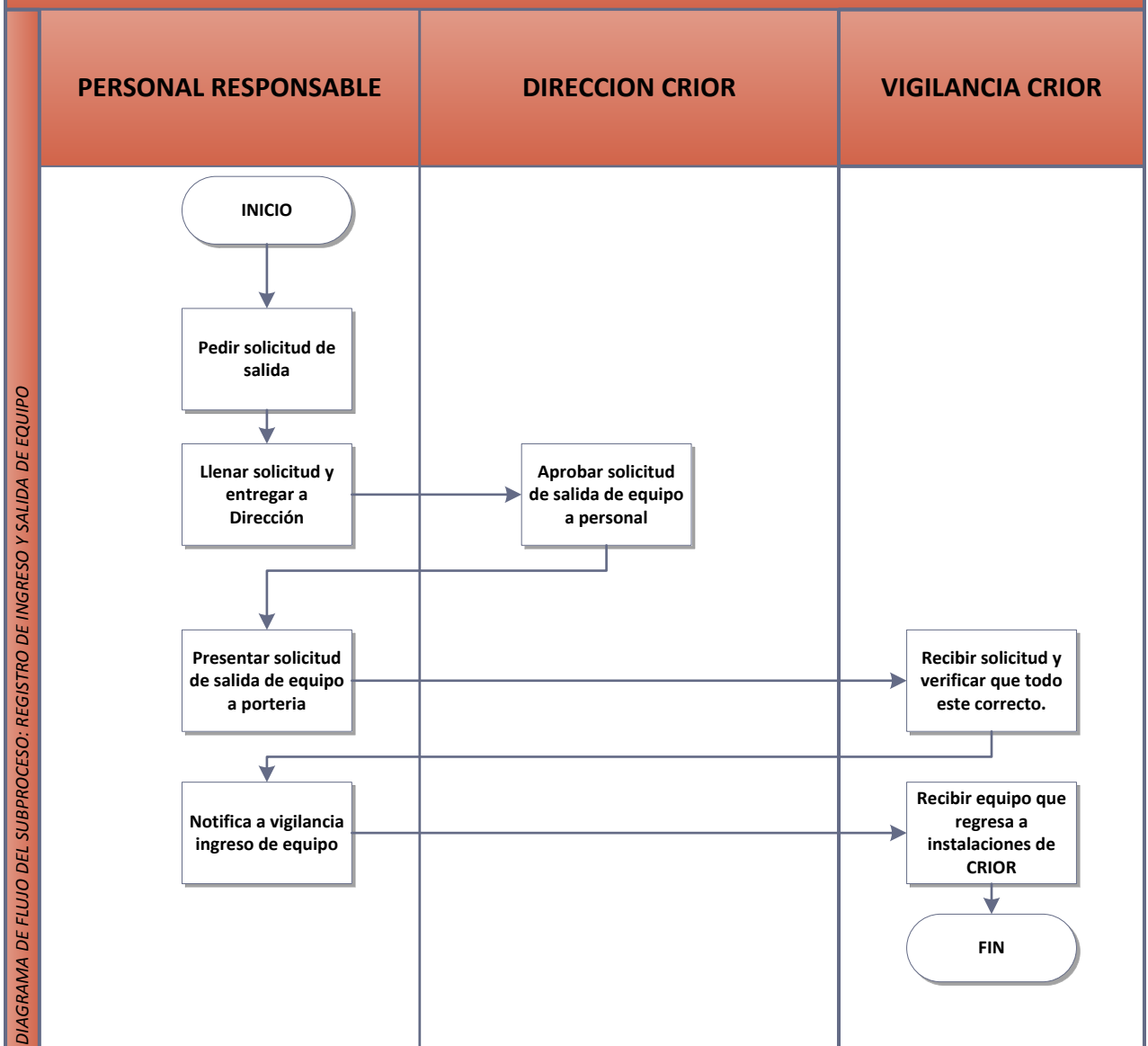
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$

CAMBIO:

No tiene cambios.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 81 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Soporte y mantenimiento a la Institución .
PROCEDIMIENTO: Registro de Ingreso y Salida de Equipo.



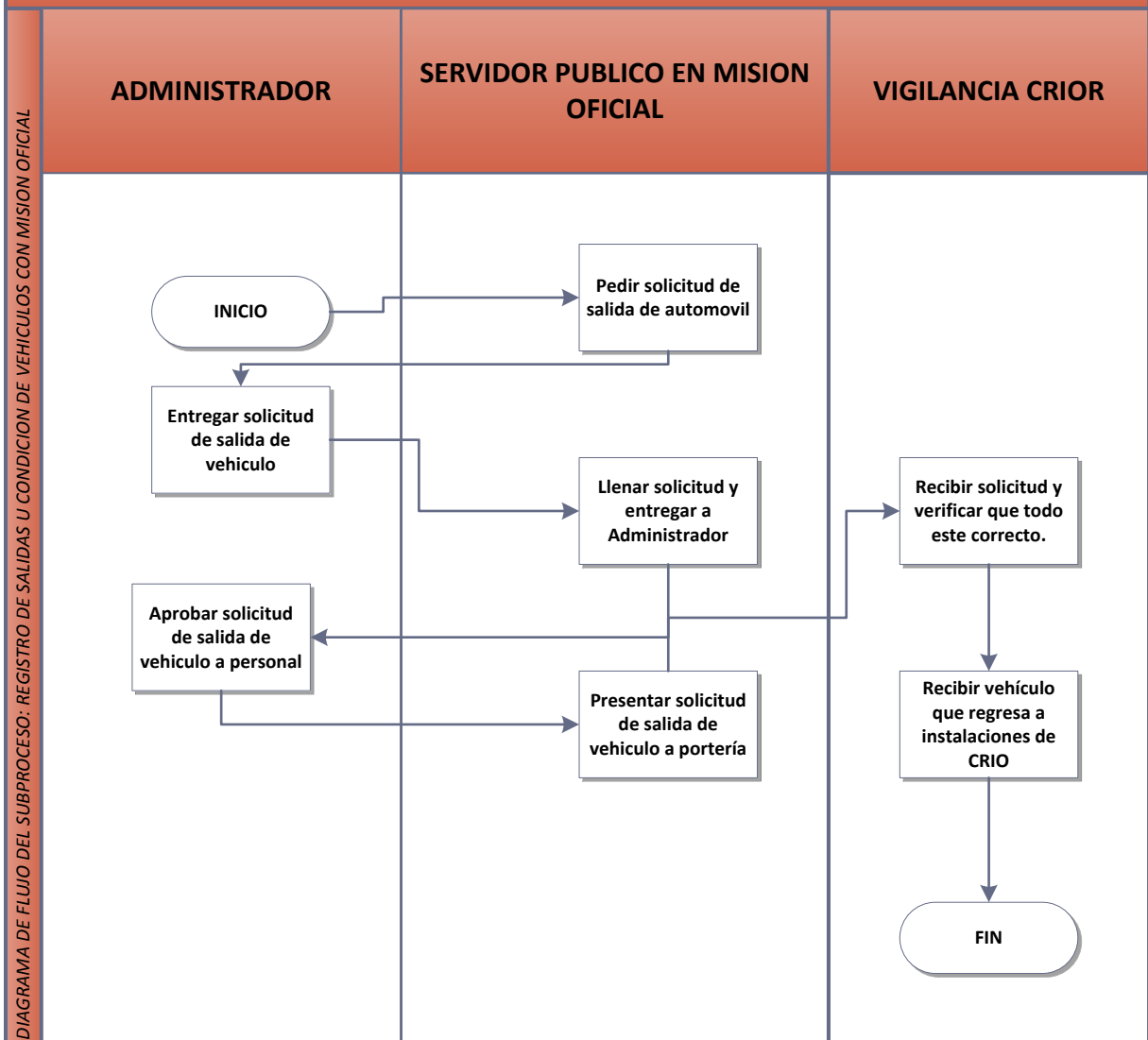
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 82 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCEDIMIENTO: REGISTRO DE SALIDAS U CONDICION DE VEHICULOS CON MISION OFICIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Registro de salidas u condición de vehículos con misión oficial.	
CODIGO	011103	
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Controlar el ingreso y salida de vehículos en misión oficial.	
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR	
RESPONSABLE:	Administrador de vigilancia.	
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
DESCRIPCIÓN DEL PROCESO		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Pedir solicitud de salida de equipo a Administrador.	Servicio público en misión oficial.
2	Entregar solicitud llena con todos los datos a Administrador para aprobación de salida de vehículo.	Servicio público en misión oficial.
3	Administrado aprueba o no la solicitud, se le entrega al personal para poder dar salida al vehículo en portería	Administrador de CRIOR.
4	Presentar solicitud de salida debidamente firmada y aprobada por Administrador, para poder salir en portería.	Servicio público en misión oficial.
5	Recibir solicitud y verificar que todo este correcto (kilometraje, combustible y hora de salida), brindando salida y guardando copia correspondiente para su archivo.	Vigilancia CRIOR
6	Recibir automóvil que regresa a instalaciones, verificando se encuentre en buenas condiciones y anotando (kilometraje, combustible y hora de entrada).	Vigilancia CRIOR
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Lineamiento de actuación para vigilancia.		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 83 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Soporte y mantenimiento a la Institución .
PROCEDIMIENTO: Registro de Salidas u Condición de vehículos con misión oficial.



 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 84 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESOS DE GESTION DE TALENTO HUMANO (PROCESO DE APOYO GRUPO 01)

Capacitación del Personal

GENERALIDADES

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	Capacitación del personal.
CODIGO	0112
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	RRHH del ISRI
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	
El proceso abarca todas las áreas del CRIOR	
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	
Fortalecer el capital humano del CRIOR tanto en aspectos técnicos, como administrativos y de clima organizacional	
RESULTADOS ESPERADOS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar capacitaciones según las peticiones de las diferentes jefaturas del CRIOR anualmente Planificar la presencia del personal en las capacitaciones que el ISRI establezca anualmente. 	
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	
Manual de Normas y Procedimientos de Recursos Humanos del ISRI	

		INVENTARIO DEL SUBPROCESO	
CAPACITACION PERSONAL	DE	011201	Capacitaciones Internas.
		011202	Capacitaciones Externas.

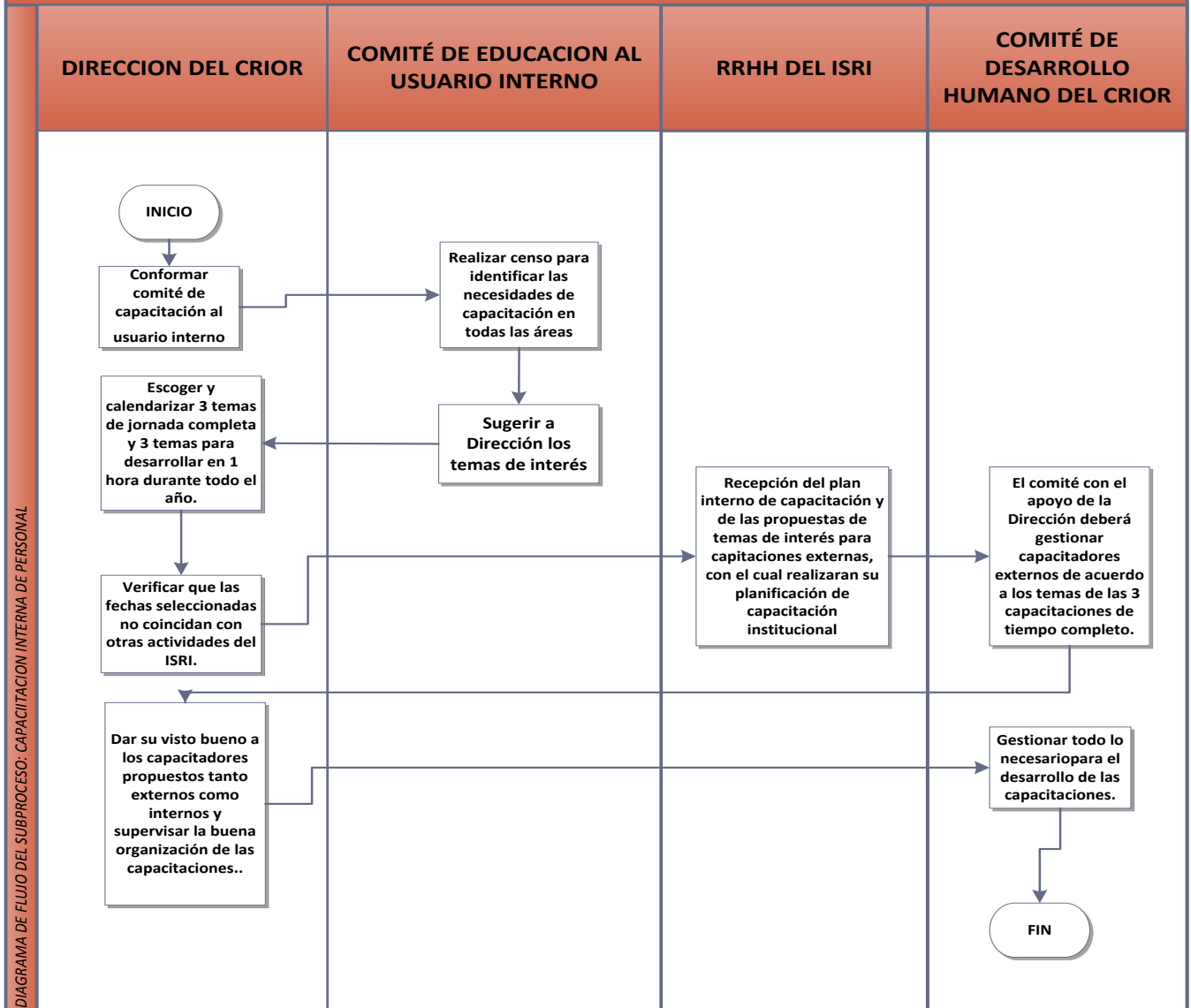
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 85 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015

PROCEDIMIENTO: CAPACITACIONES INTERNAS

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:		Capacitaciones Internas
CODIGO		011201
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:		Fortalecer el capital humano del CRIO tanto en aspectos técnicos, como administrativos y de clima organizacional
ALCANCE:		Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:		RRHH del ISRI
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
DESCRIPCIÓN DEL PROCEIMIENTOS		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Conformar comité de capacitación al usuario interno.	Director del CRIOR
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 del CRIOR
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 del CRIOR
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.	RRHH 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 CRIOR
7	Dar su visto bueno a los capacitadores propuestos tanto externos como internos y supervisar la buena organización de las capacitaciones.	Director del CRIOR
8	Gestionar y desarrollar las capacitaciones.	Comité de desarrollo humano del CRIOR
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Manual de Normas y Procedimientos de Recursos Humanos del ISRI		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 86 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015
ELABORADO POR:			

SUBPROCESO: Procesos de Gestión de Talento Humano .
PROCEDIMINETO: Capacitación de personal Interna.



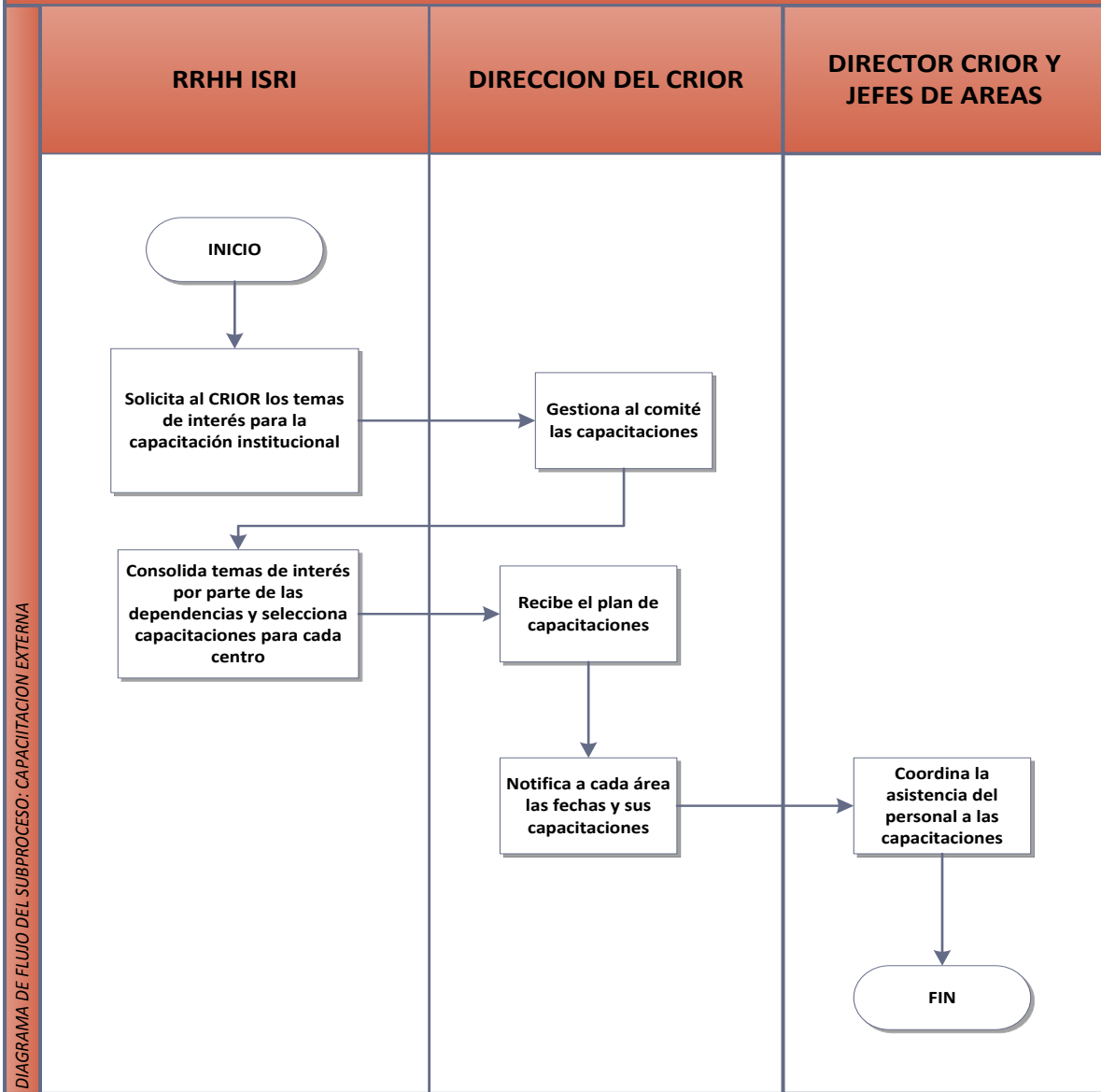
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 87 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015
ELABORADO POR:			

PROCEDIMIENTO: CAPACITACIONES EXTERNAS

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:		Capacitaciones Externas
CODIGO		011202
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:		Fortalecer el capital humano del CRIOR tanto en aspectos técnicos, como administrativos y de clima organizacional
ALCANCE:		Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:		
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Solicitar al CRIOR los temas de interés para capacitación institucional	RRHH 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 del CRIOR
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.	RRHH 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 del CRIOR
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 del CRIOR
6	Coordinar la asistencia oportuna del personal seleccionado a las capacitaciones programadas.	Director del CRIOR y jefes de áreas.
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Manual de Normas y Procedimientos de Recursos Humanos del ISRI		
INDICADORES:		
Eficiencia		
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 88 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Procesos de Gestión de Talento Humano .
PROCEDIMIENTO: Capacitación Externa.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 89 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESOS DE EJECUCION: PROCESO DE INGRESO DE USUARIOS GRUPO 02

GENERALIDADES

NOMBRE DEL PROCESO:	Ingresar Usuarios
CODIGO	0201
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Trabajadora social
AREA:	Administrativa
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 CRIOR y que cumplan con los requisitos establecidos.	
RESULTADOS ESPERADOS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios ingresados al CRIOR satisfactoriamente. 	
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	
Modelo de atención. Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED). Lineamientos del programa de epidemiología.	

INVENTARIO DE PROCEDIMIENTOS		
PROCESO DE INGRESO DE USUARIOS	020101	Obtener información de usuarios
	020102	Ingresar usuarios a servicios médicos y de apoyo
	020103	ingresar usuarios a servicios terapéuticos

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 90 de 147
		VERSION: 01	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: OBTENER INFORMACIÓN DEL USUARIO

NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Obtener información del usuario
CODIGO	020101
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	Evaluar la pertenencia o no al CRIOR 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 CRIOR
RESPONSABLE:	Personal de Ingreso
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:	

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO

No	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 CRIOR	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	Apertura expediente a usuario, describiendo diagnóstico, prioridad de usuario y orientándolo a sacar una cita con Especialista.	Auxiliar de estadísticas.

DOCUMENTACION DE REFERENCIA:

Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED), modelo de atención, Lineamiento del programa de epidemiología.

INDICADORES:

Eficiencia

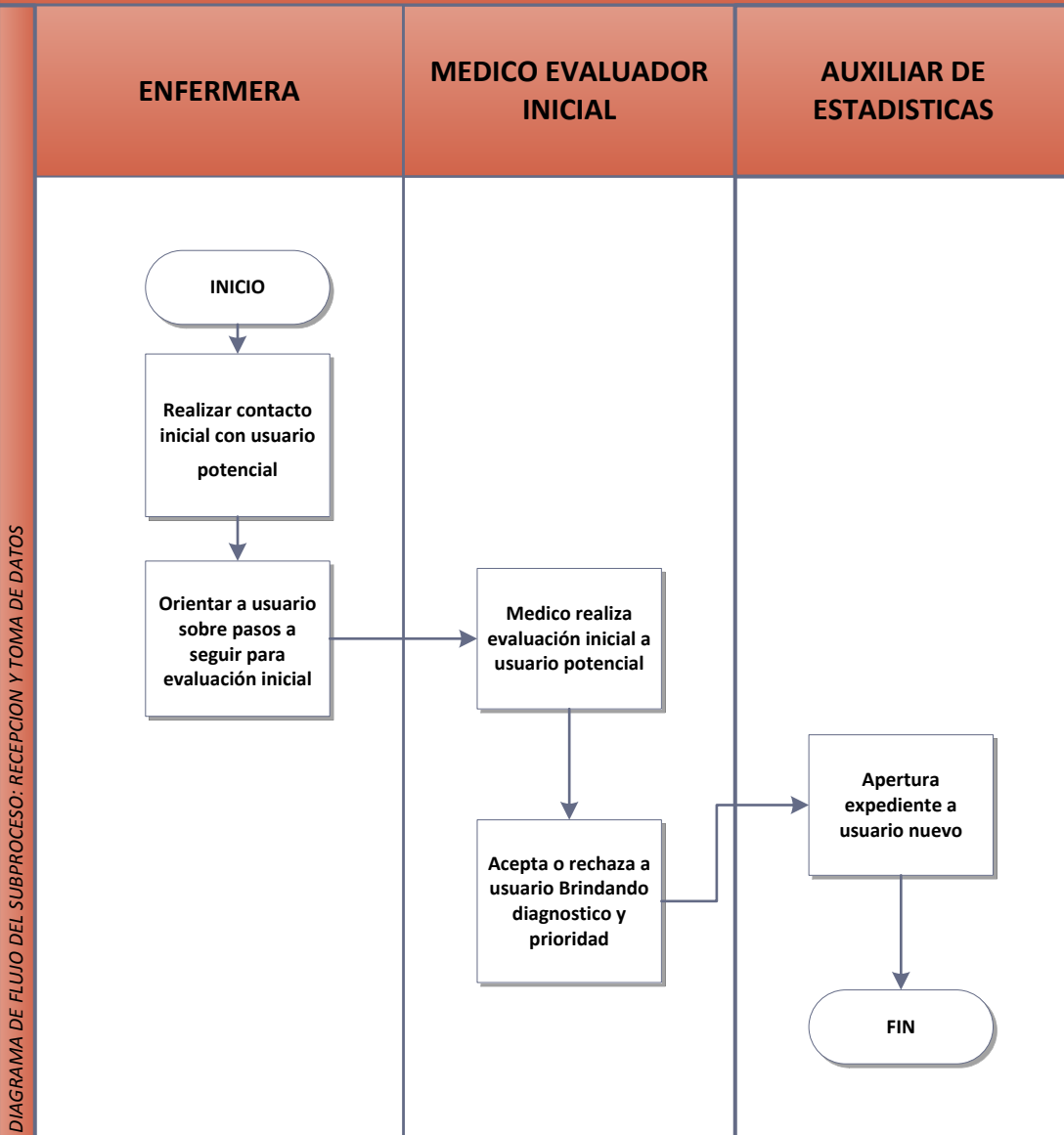
Forma de calcularlo: $\frac{\text{Tiempo standar}}{\text{Tiempo real utilizado}} * 100\%$

CAMBIO:

No tiene cambios.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 91 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Procesos de Rehabilitación Integral.
SUBPROCESO: Obtener información del Usuario.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 92 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

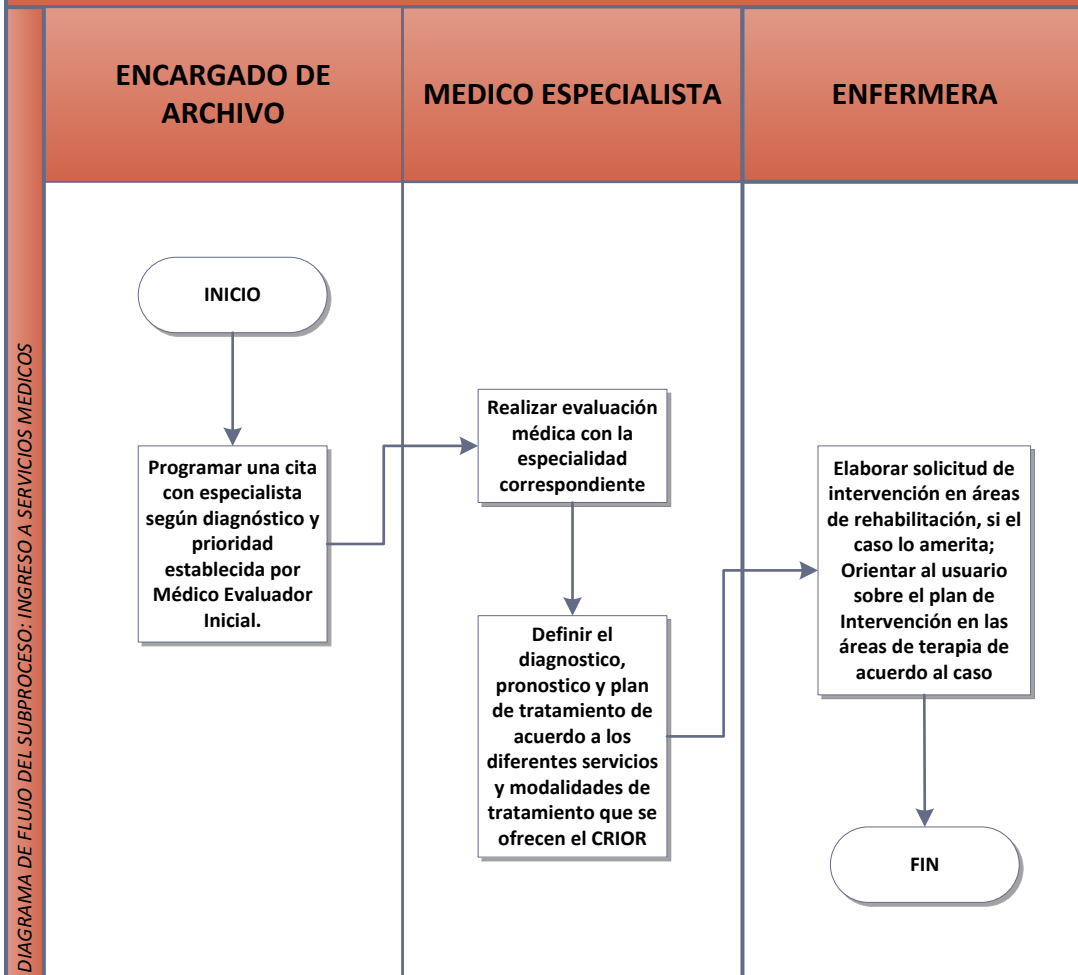
SUBPROCESO: INGRESAR A USUARIOS A SERVICIOS MEDIOS Y DE AYO

NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Ingresar a usuarios a servicios médicos y de apoyo.	
CODIGO	020102	
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	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:	Área médica	
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:		
DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO		
No	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 ofrece en el CROR	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
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
No aplica		
INDICADORES: Número de usuarios referidos a cada terapia.		
Indicador: Número de usuarios referidos a cada tipo de terapia		
CAMBIO: No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 93 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Procesos de Rehabilitación Integral.

SUBPROCESO: Ingresar a usuarios a servicios médicos y de apoyo.



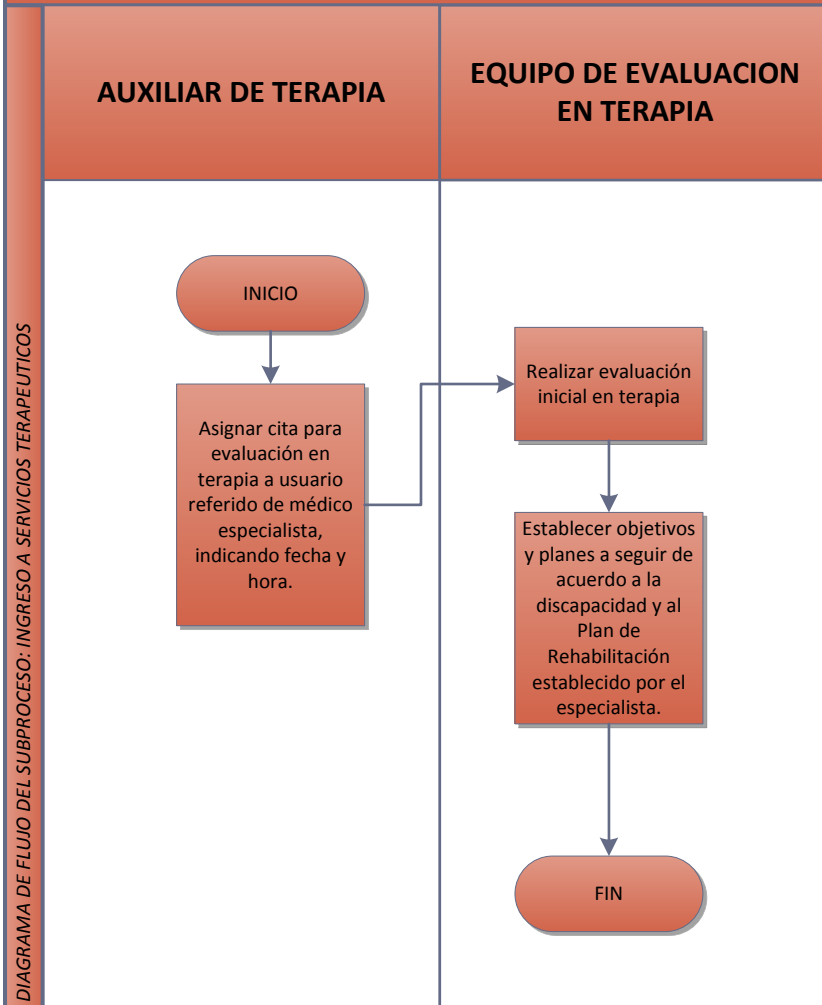
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 94 de 147
		VERSION: 01	
ELABORADO POR: CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: INGRESO A SERVICIOS TERAPEUTICOS

NOMBRE DEL SUB PROCESO:		Ingreso a servicios terapéuticos
CODIGO		020103
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:		Ingresar a usuarios a los diferentes programas y modalidades de tratamiento que brinda el CRIOR
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:		Áreas médicas
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:		
DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO		
No	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
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
No aplica		
INDICADORES: Usuarios ingresados por centro		
Formula:		
$\frac{\text{Usuarios ingresados}}{\text{Total de usuarios recibidos}} * 100\%$		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 95 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Procesos de Rehabilitación Integral.
SUBPROCESO: Ingreso a Servicios Terapéuticos.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 96 de 147
		VERSION: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO DE EJECUCION: INTERVENCION DE USUARIOS

GENERALIDADES

NOMBRE DEL PROCESO:	Intervención de Usuarios
CODIGO	02
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Cualquier doctor.
AREA:	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:	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios rehabilitados.
Usuarios rehabilitados.	Modelo de atención. Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED). Lineamientos del programa de epidemiología.

INVENTARIO DE SUBPROCESOS		
PROCESO	CODIGO	SUBPROCESO
Intervenir usuarios	0204	Intervenir en servicios médicos
	0205	Intervención Terapéutica
	0206	Intervenir a usuarios en servicios psicológicos.
	0207	Intervenir Usuarios en servicio social.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 97 de 147
		VERSION: 01	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

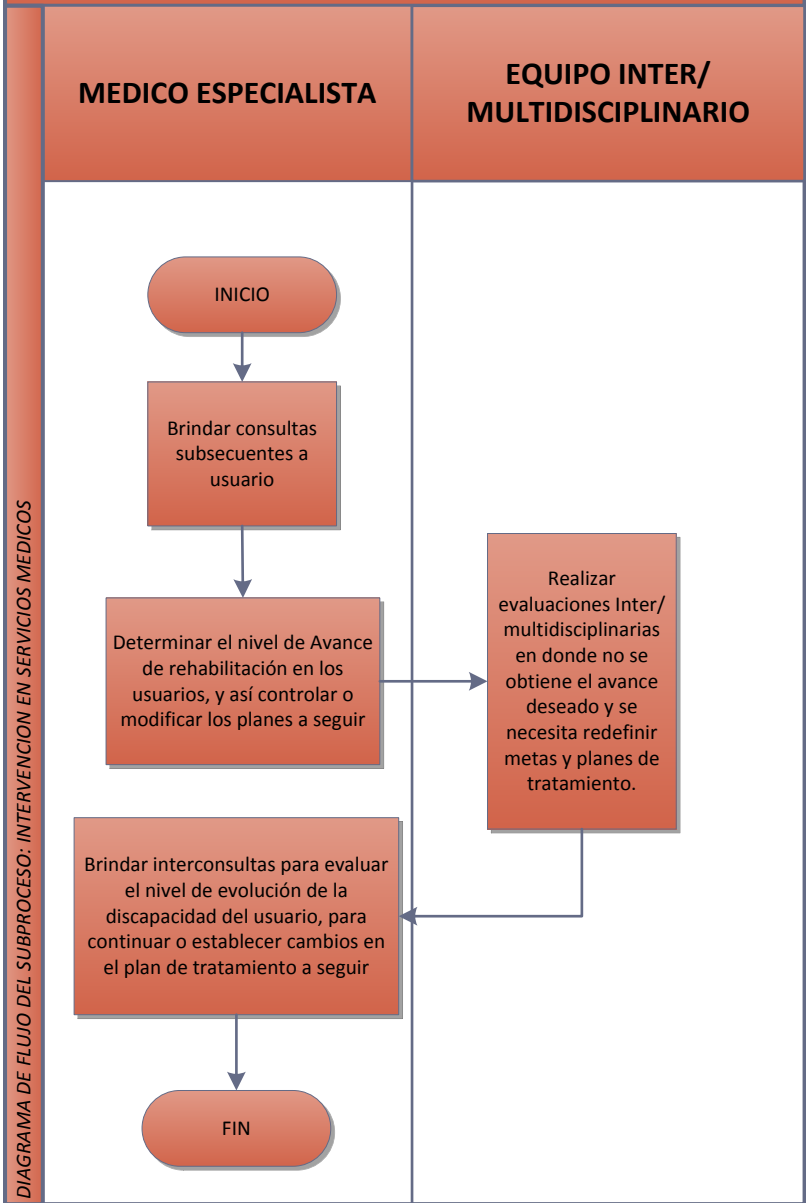
SUBPROCESO: INTERVENCION EN SERVICIOS MEDICOS

NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Intervención en servicios Médicos
CODIGO	0204
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	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:	Todos los doctores.
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:	

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO		
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
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Lineamientos de atención para la rehabilitación de personas con discapacidad		
INDICADORES: Indicador: Número de atenciones medicas		
CAMBIO: No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 98 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Intervención de Usuarios
SUBPROCESO: Intervención en Servicios Médicos.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 99 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		

ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE.	FECHA DE APROBACION:
----------------	--	----------------------

SUBPROCESO: INTERVENCION EN SERVICIOS TERAPEUTICOS

NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Intervención en servicios Terapéuticos.
CODIGO	0205
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	Intervenir a usuario en los diferentes Programas y modalidades que brinda el CRIOR 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:	Dependiendo del área ocupacional.

DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO

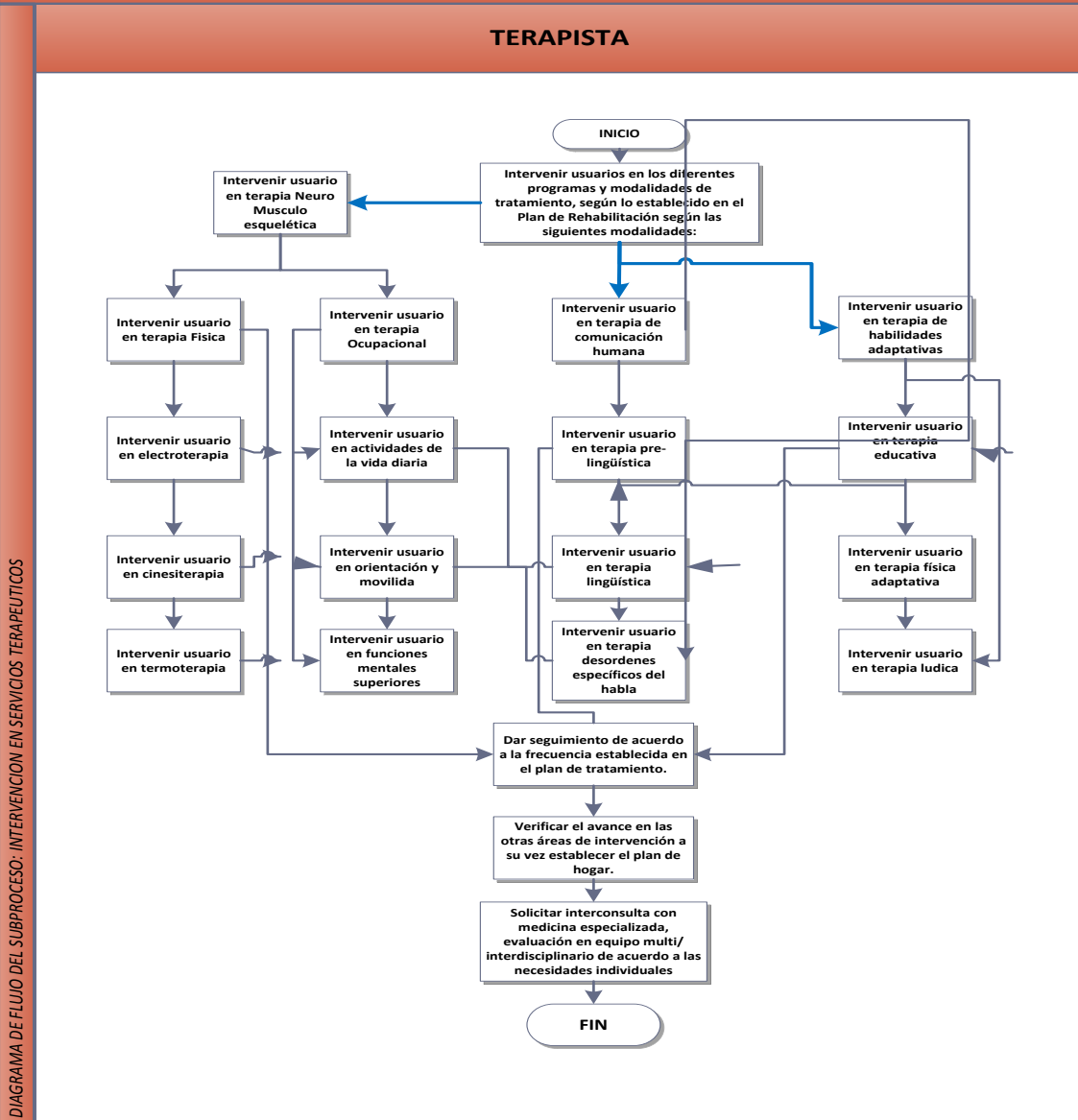
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Intervenir usuarios en los diferentes programas y modalidades de tratamiento, según lo establecido en el Plan de Rehabilitación según las siguientes modalidades.	Terapista
2	Intervenir con la participación activa del usuario y su familia en el proceso de rehabilitación en terapia neuromuscular 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	Terapista

 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 100 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

	plan de tratamiento hasta cumplir los objetivos de rehabilitación, re evaluando periódicamente el avance anotándolo en el expediente de rehabilitación.	
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
8	Establecer de acuerdo a las necesidades individuales la prescripción de ayudas técnicas.	Terapista
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Lineamientos de atención para la rehabilitación de personas con discapacidad		
Indicador: Número de atenciones por terapia.		
CAMBIO: No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 101 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Intervención de Usuarios.
SUBPROCESO: Intervención en Servicios Terapéuticos.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 102 de 147
		VERSION: 01	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

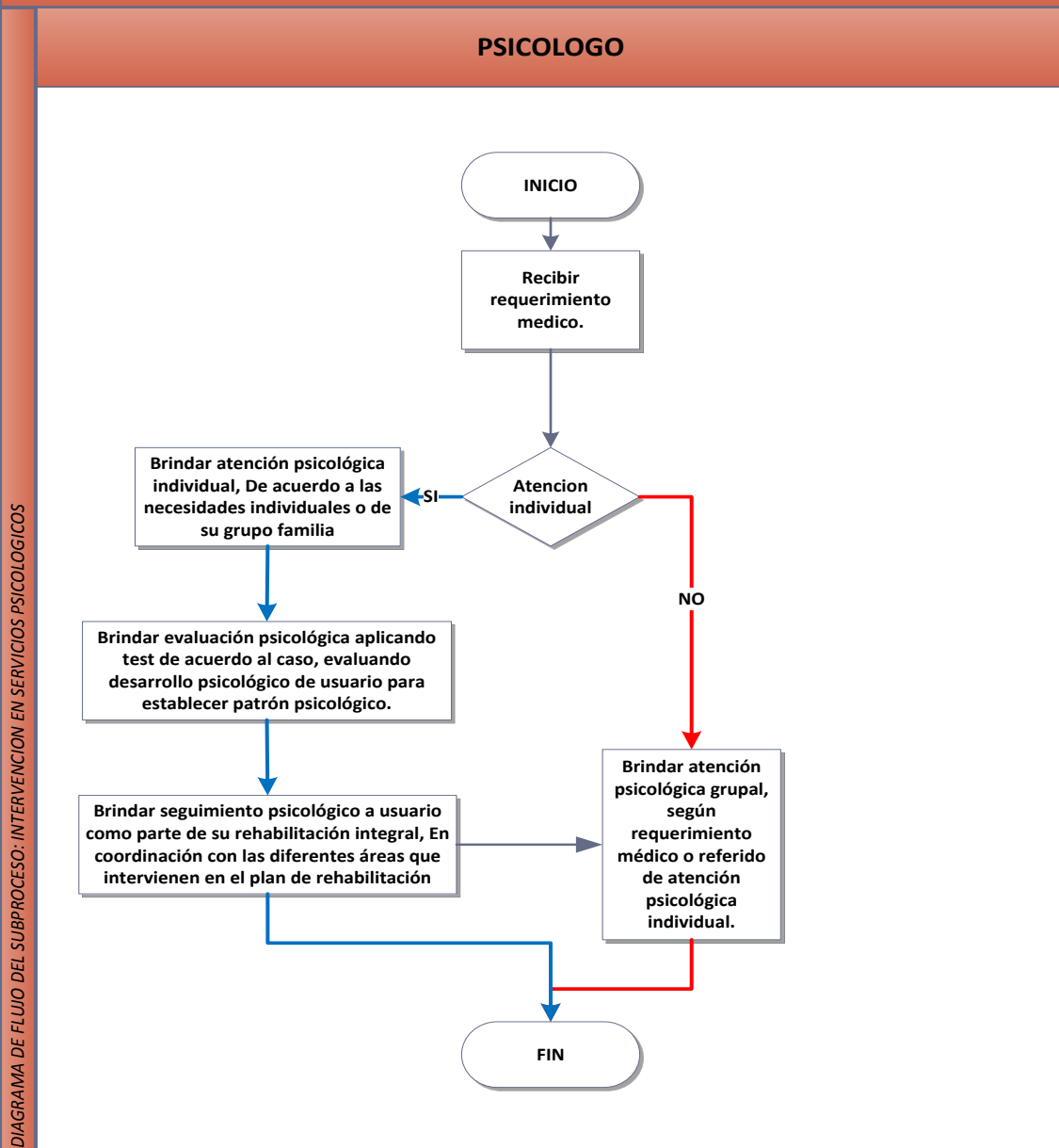
SUBPROCESO: INTERVENCION EN SERVICIOS PSICOLOGICOS

NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Intervención en servicios Psicológicos
CODIGO	0206
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	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:	Lic. Sandra de Hernández.
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:	

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO		
No	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
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
INDICADORES: Indicador: Número de consultas psicológicas brindadas		
CAMBIO: No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 103 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Intervención de Usuarios
SUBPROCESO: Intervención en Servicios Psicológicos.



 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 104 de 147
	VERSION: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015

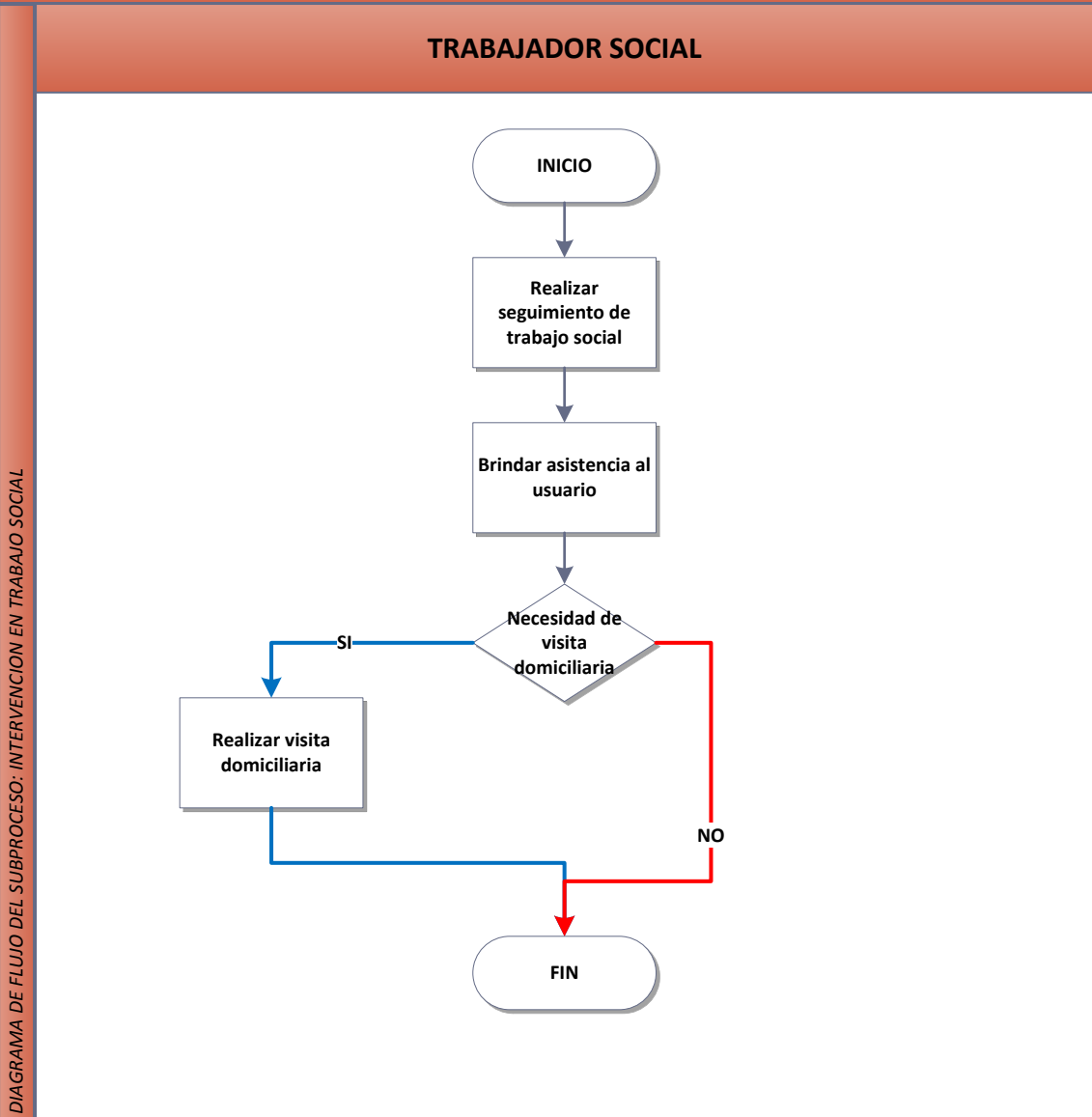
SUBPROCESO: INTERVENIR USUARIOS EN SERVICIO SOCIAL

NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Intervención en servicio social
CODIGO	0207
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	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 todos los usuarios del CRIOR
RESPONSABLE:	Lic. Margarita Cruz
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:	

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO		
No	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
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Lineamiento de atención para la rehabilitación.		
Indicador: Número de asistencias a usuarios brindadas / Número de visitas domiciliarias realizadas.		
Indicador: Numero de fichas socio familiares administradas a los usuarios.		
CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 105 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Intervención de Usuarios.
SUBPROCESO: Intervención en Trabajo Social.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 106 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		

PROCESO DE EJECUCION: EGRESO DE USUARIOS

GENERALIDADES

NOMBRE DEL PROCESO:	Egreso de Usuarios
CODIGO	02
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Médico de cabecera del paciente.
AREA:	Servicios médicos y de rehabilitación.
ALCANCE:	Este proceso abarca todos los egresos por diferentes razones en el CRIOR.
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:	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios egresados.
Usuarios rehabilitados.	
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	Modelo de atención. Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED). Lineamientos del programa de epidemiología.

INVENTARIO DE PROCESOS		
PROCESO	CODIGO	SUBPROCESOS
Egreso de Usuarios	0208	Egreso Solicitado
	0209	Egreso Asignado

 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 107 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

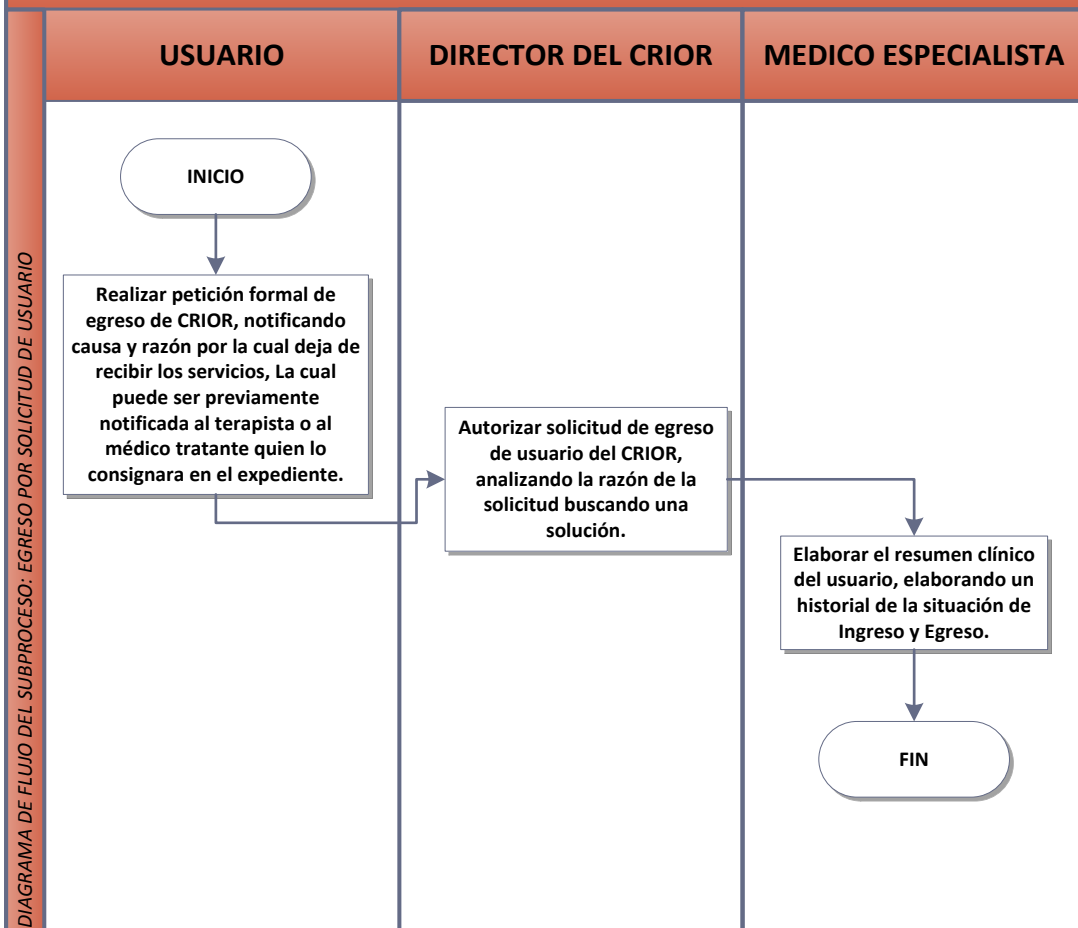
SUBPROCESO: EGRESO SOLICITADO

NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Egreso Solicitado	
CODIGO	0208	
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	Egresar a usuario de CRIOR, mediante petición formal.	
ALCANCE:	Abarca desde que se realiza petición formal, hasta brindar egreso autorizado.	
RESPONSABLE:	Personal de Egreso del área donde se solicita.	
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:		
DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Realizar petición formal de egreso de CRIOR, 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 CRIOR, analizando la razón de la solicitud buscando una solución.	Director del CRIOR
3	Elaborar el resumen clínico del usuario, elaborando un historial de la situación de Ingreso y Egreso.	Médico Especialista
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED), modelo de atención, Lineamiento del programa de epidemiología.		
Indicador: Causas de petición de egreso de Usuario		
CAMBIO: No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 108 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Egreso de Usuarios.

SUBPROCESO: Egreso por solicitud del Usuario



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 109 de 147
		VERSION: 01	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: EGRESO ASIGNADO

NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Egreso Asignado
CODIGO	0209
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	Egresar a usuario con meta de rehabilitación cumplida.
ALCANCE:	Abarca a todos los usuarios que terminan su objetivo de rehabilitación.
RESPONSABLE:	Personal de Egreso del área en la que se encuentre el paciente.
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:	

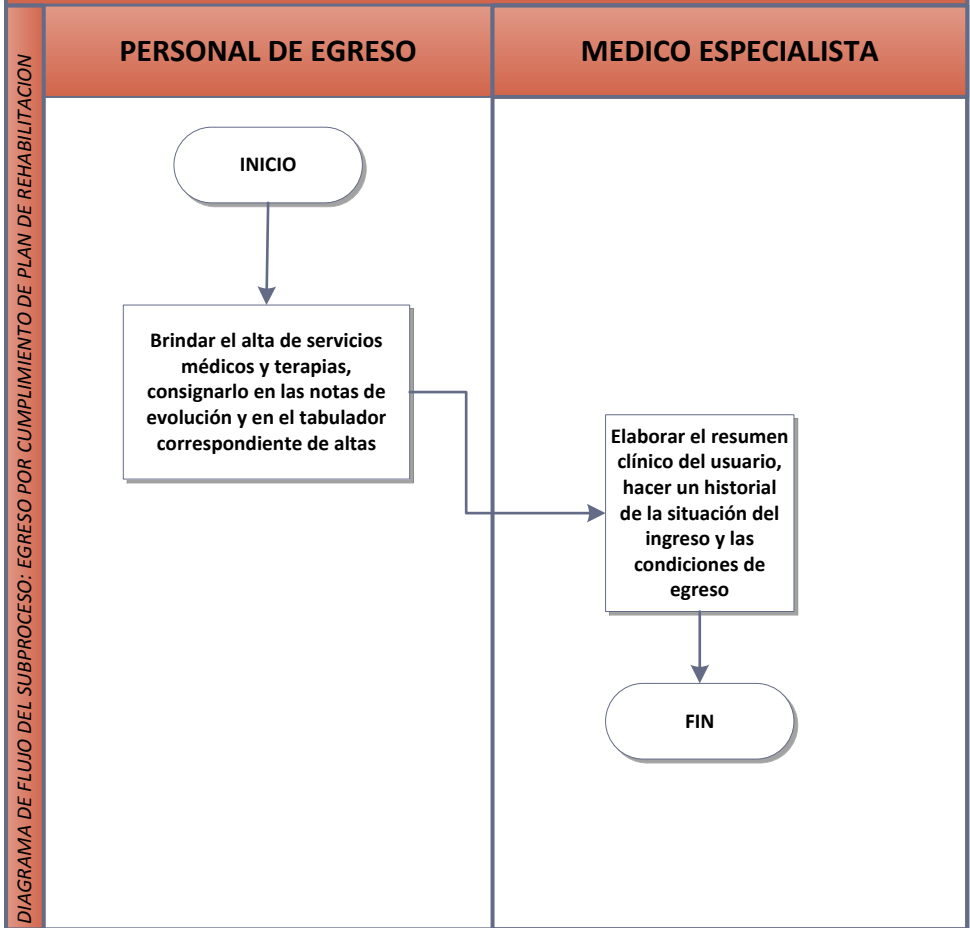
DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO

No	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
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED), modelo de atención, Lineamiento del programa de epidemiología.		
Indicador: Usuarios egresados satisfactoriamente.		
CAMBIO: No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 110 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Egreso de Usuarios.

SUBPROCESO: Egreso Asignado



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 111 de 147
		VERSION: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: EGRESO POR INCUMPLIMIENTO DEL USUARIO

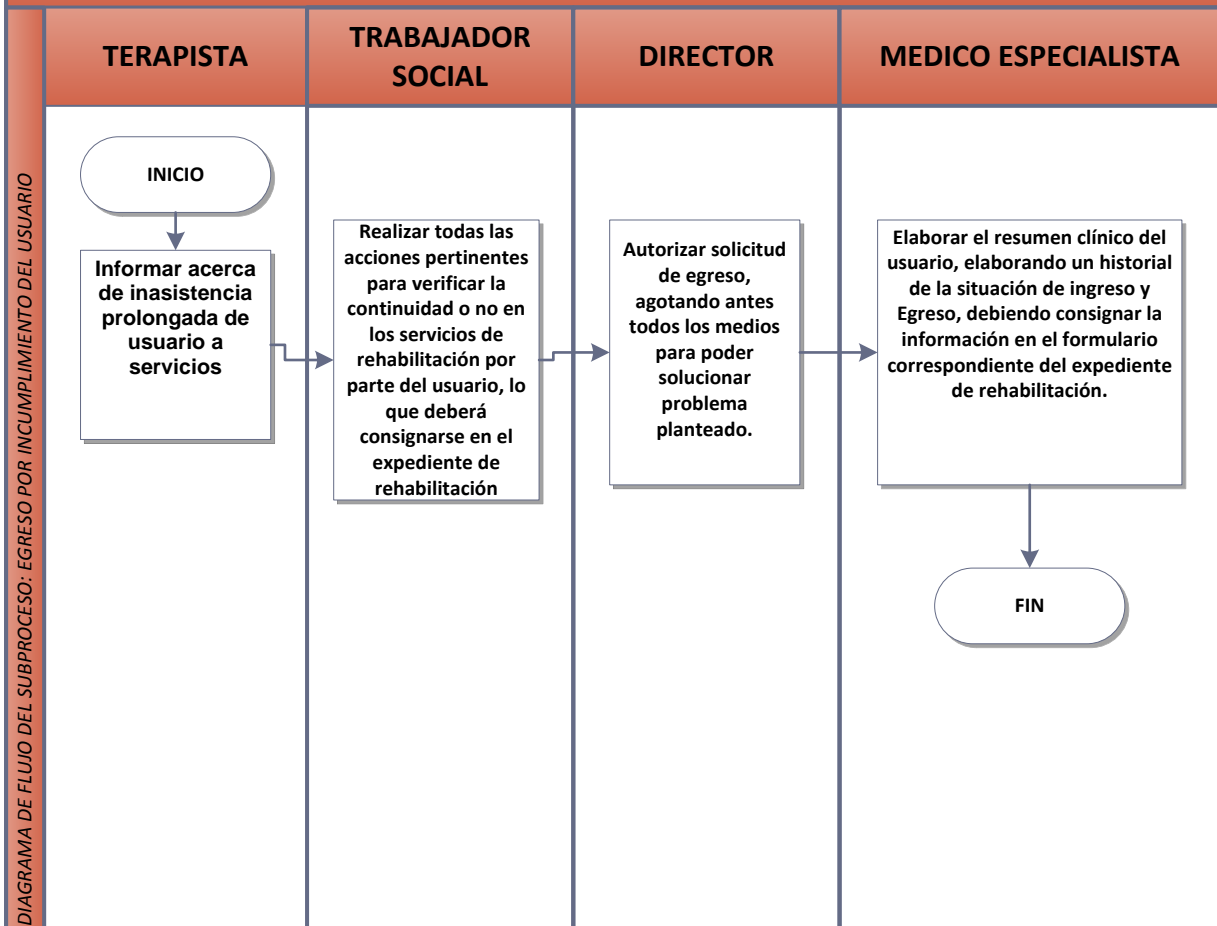
NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Egreso por Incumplimiento del Usuario
CODIGO	0210
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	Egresar a usuario de CRIOR, que ha incumplido con su plan de rehabilitación y se agotan todos los medios para contactarlo y solucionar el problema.
ALCANCE:	Todos los usuarios que no se pueden contactar, o no se pudo solucionar problema.
RESPONSABLE:	Personal de Egreso
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:	

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO		
No	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 CRIOR
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Normas técnicas del expediente de Rehabilitación (ESDOMED), modelo de atención, Lineamiento del programa de epidemiología.		
Indicador: Usuarios egresados por inasistencia.		
CAMBIO: No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 112 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Egreso de Usuarios.

SUBPROCESO: Egreso por Incumplimiento del Usuario.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 113 de 147
		VERSION: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD PROCESOS DE APOYO, GRUPO 01

GENERALIDADES

NOMBRE DEL PROCESO:	Evaluación y certificación de discapacidad.
CODIGO	01
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Director del CRIOR
AREA:	Servicios de Rehabilitación
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:	<ul style="list-style-type: none"> • Usuario certificado.
Documentación de Referencia:	<ul style="list-style-type: none"> • 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 DE PROCEOS		
PROCESO		SUBPROCESO
PROCESO DE EVALUACION Y CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD	011601	SERVICIO DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD

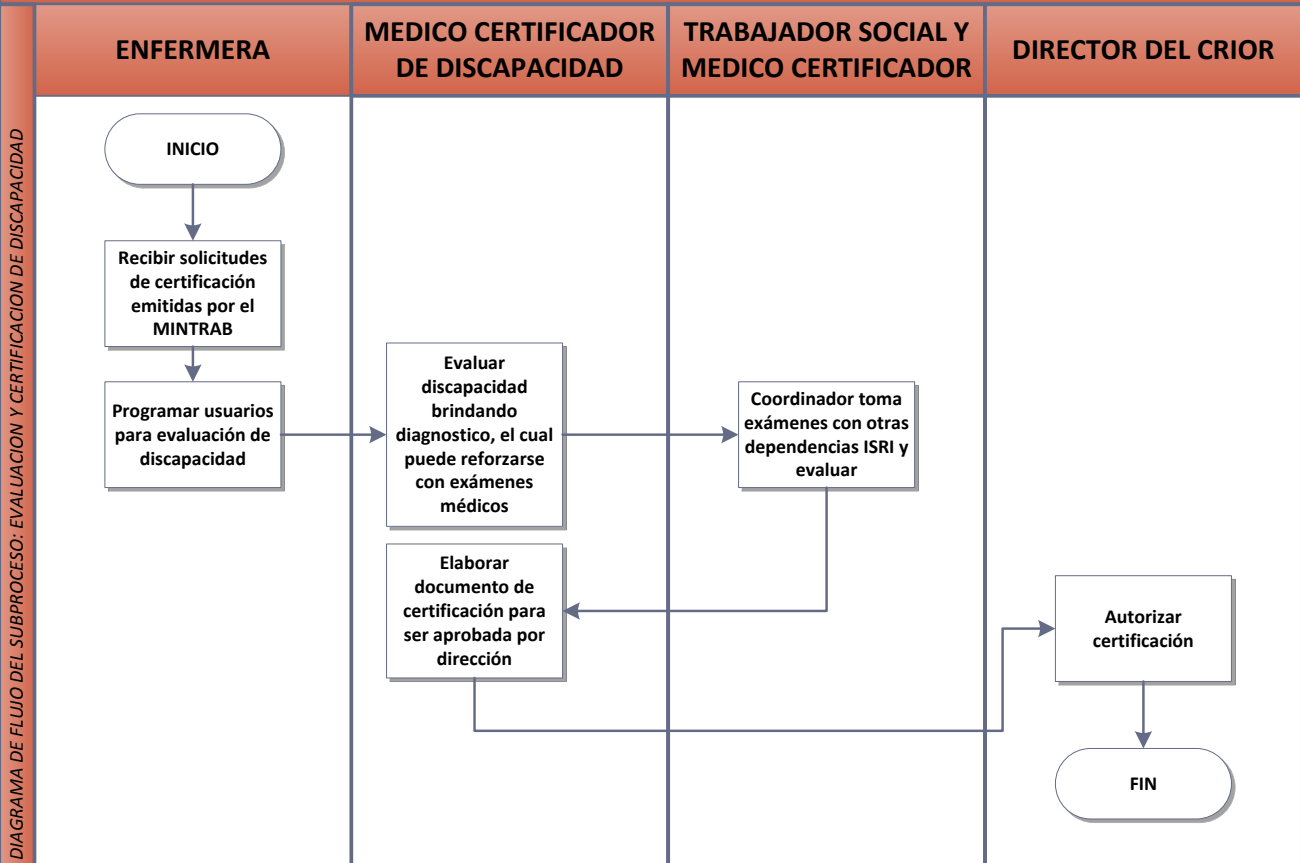
 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 114 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO		
No	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 del CRIOR
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
<p>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.</p>		
Indicador: Certificaciones Mensuales = $\frac{\text{Certificaciones realizadas al mes}}{\text{Meta de certificaciones al mes}} * 100$		
NOTA DE CAMBIO: No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 115 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Procesos de Evaluación y Certificación de Discapacidad.

SUBPROCESO: Evaluación y Certificación de Discapacidad.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 116 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESOS ESTRATEGICOS

GENERALIDADES

NOMBRE DEL PROCESO:	Procesos estratégicos	
CODIGO	03	
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	Gerente Técnico o Administrativo.	
AREA:	Administrativa	
ALCANCE:	Abarca todos los mecanismos existentes para la medición y control de la mejora continua.	
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	Monitorear, Analizar y garantizar el cumplimiento de los Indicadores Institucionales.	
RESULTADOS ESPERADOS:	<ul style="list-style-type: none"> 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 DE PROCESOS	
PROCESOS		SUBPROCESOS
Procesos Estratégicos	0301	Direccionamiento estratégico
	0302	Garantía de la medición, análisis y mejora continua
	0303	Comunicación y promoción
	0304	Gestión del UTEC
	0305	Gestión del EPI
	0306	Gestión del PERC

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 117 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESOS ESTRATEGICOS: GESTION GERENCIAL GRUPO 03

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

GENERALIDADES

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	Direccionamiento Estratégico
CODIGO	0301
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Gerente técnico o administrativo
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	Abarca todo el plan de trabajo en las áreas operativas y generales del CRIOR.
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:	<ul style="list-style-type: none"> Plan Anual Operativo del CRIOR 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		
SUBPROCESO	CODIGO	PROCEDIMIENTOS
Direccionamiento estratégico	0301	Gestión del Plan Anual Operativo
	0302	Gestión de los planes de trabajo anuales por área.

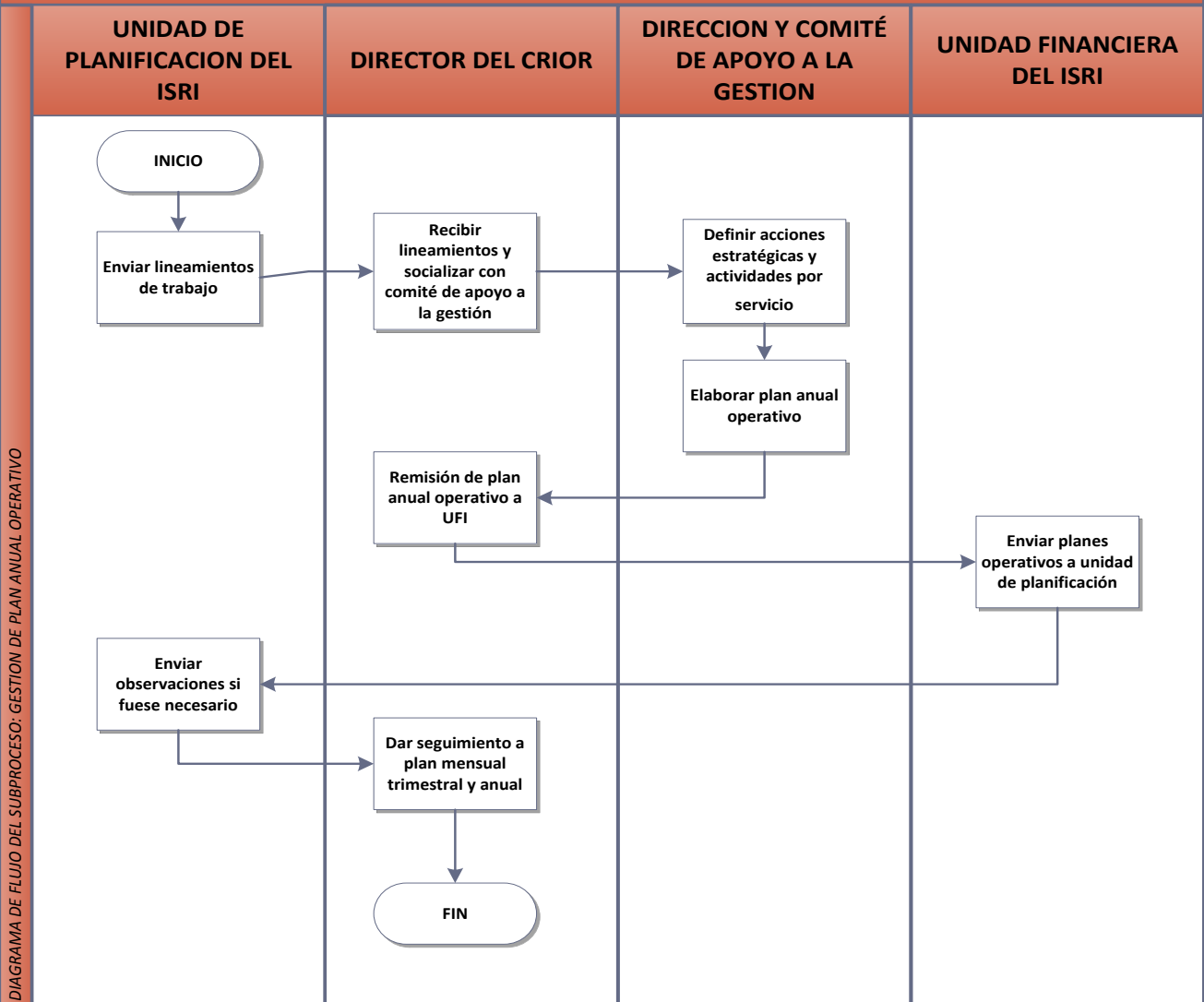
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 118 de 147
		VERSION: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: GESTION DEL PLAN ANUAL OPERATIVO

NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Gestión del Plan Anual Operativo	
CODIGO	030101	
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	Definir las acciones estratégicas que se desarrollaran el siguiente año fiscal.	
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR.	
RESPONSABLE:	Director/a CRIOR y Comité de Apoyo a la Gestión.	
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:		
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 CRIOR
3	Definir las acciones estratégicas y actividades por servicio.	Director/a CRIOR y Comité de Apoyo a la Gestión.
4	Elaborar Plan Anual Operativo del CRIOR.	Director/a CRIOR 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	Unidad Financiera ISRI
6	Enviar los planes Anuales Operativos a la Unidad de planificación.	Director del CRIOR
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 CRIOR
DOCUMENTACION 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 		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 119 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Direccinamiento estratégico.
PROCEDIMIENTO: Gestión de plan Anual Operativo.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 120 de 147
		VERSION: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

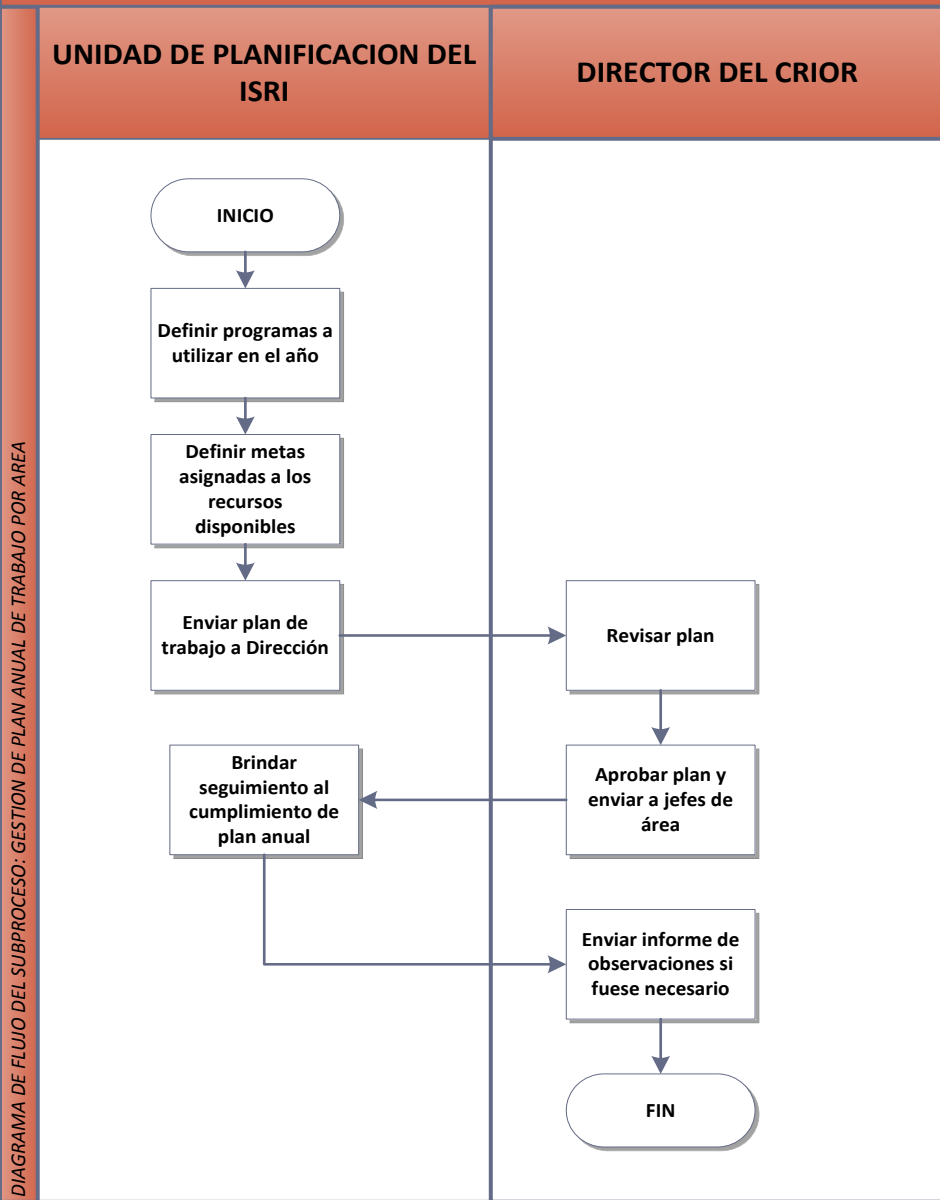
PROCEDIMIENTO: GESTION DE LOS PLANES DE TRABAJO POR AREA

NOMBRE DEL SUB PROCEDIMIENTO	Gestión de los Planes de Trabajo por Área.
CODIGO	030102
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	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 CRIOR.
RESPONSABLE:	Jefaturas y Coordinaciones.
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:	

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
No	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 CRIOR/ Jefaturas y Coordinaciones.
5	Enviar plan aprobado a cada uno de las jefaturas.	Director del CRIOR
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 CRIOR
DOCUMENTACION 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 		
Indicador		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 121 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Direccionamiento Estratégico.
SUBPROCESO: Gestión de plan Anual de Trabajo por Área.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 122 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015

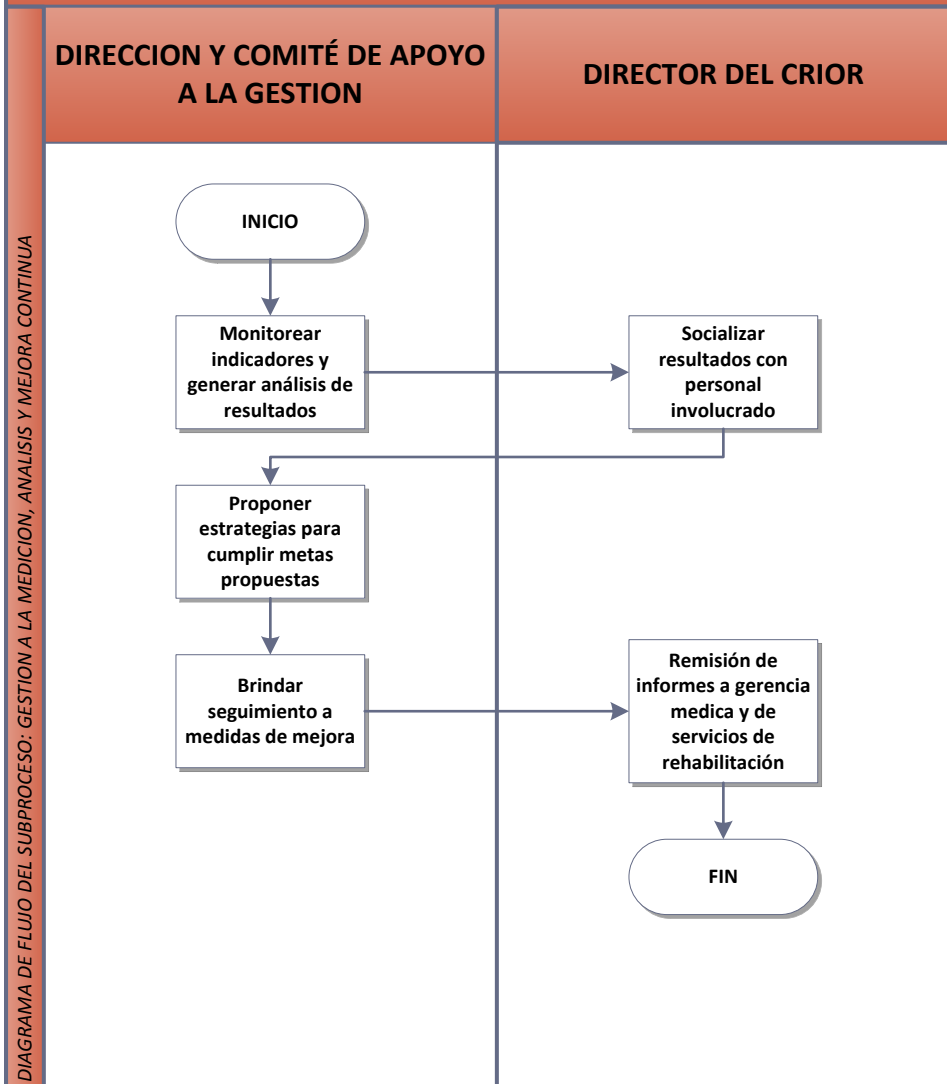
SUBPROCESO: GESTION DE LA MEDICION, ANALISIS Y MEJORA CONTINUA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Gestión de La medición, análisis y mejora continua.	
CODIGO	0302	
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Medición de indicadores, análisis de resultados e implementación de mejoras.	
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR.	
RESPONSABLE:	Director/a CRIOR y Comité de Apoyo a la Gestión	
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
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 CRIOR y Comité de Apoyo a la Gestión
2	Socializar los resultados con el personal involucrado	Director del CRIOR
3	Proponer estrategias para lograr el cumplimiento de las metas propuestas.	Director/a CRIOR 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 CRIOR y Comité de Apoyo a la Gestión
5	Realizar remisión de informes a la Gerencia Medica y de Servicios de Rehabilitación	Director del CRIOR
DOCUMENTACION 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. 		
Indicador: Mejoras realizadas <i>Mejoras propuestas</i> * 100 <i>Mejoras realizadas</i>		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 123 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Gestión de la Calidad.

PROCEDIMIENTO: Gestión a la medición, análisis y mejora continua.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 124 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCEDIMIENTO: GESTIÓN DE COMITÉS DE APOYO A LA GESTIÓN

NOMBRE DEL PROCESO:	Comunicación y promoción.	
CODIGO	030201	
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO:	Generar estrategias que mejoren la calidad de la Atención y apoyar al cumplimiento de los planes institucionales.	
ALCANCE:	Gerente Administrativo	
RESPONSABLE:	Director/a CRIOR	
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:		
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Identificar los recursos para la conformación de comités.	Director/a CRIOR y 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 del CRIOR
3	Solicitar a gerencia de emisión de nombramiento de los miembros de los comités que por normativa lo requieran.	Director/a CRIOR
4	Emitir acuerdo de nombramiento a través del Departamento de recursos humanos y el 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 CRIOR
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 CRIOR 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 CRIOR y Comité de Apoyo a la Gestión.
10	Remitir recomendaciones que se consideren necesarias para el	Director/a CRIOR y

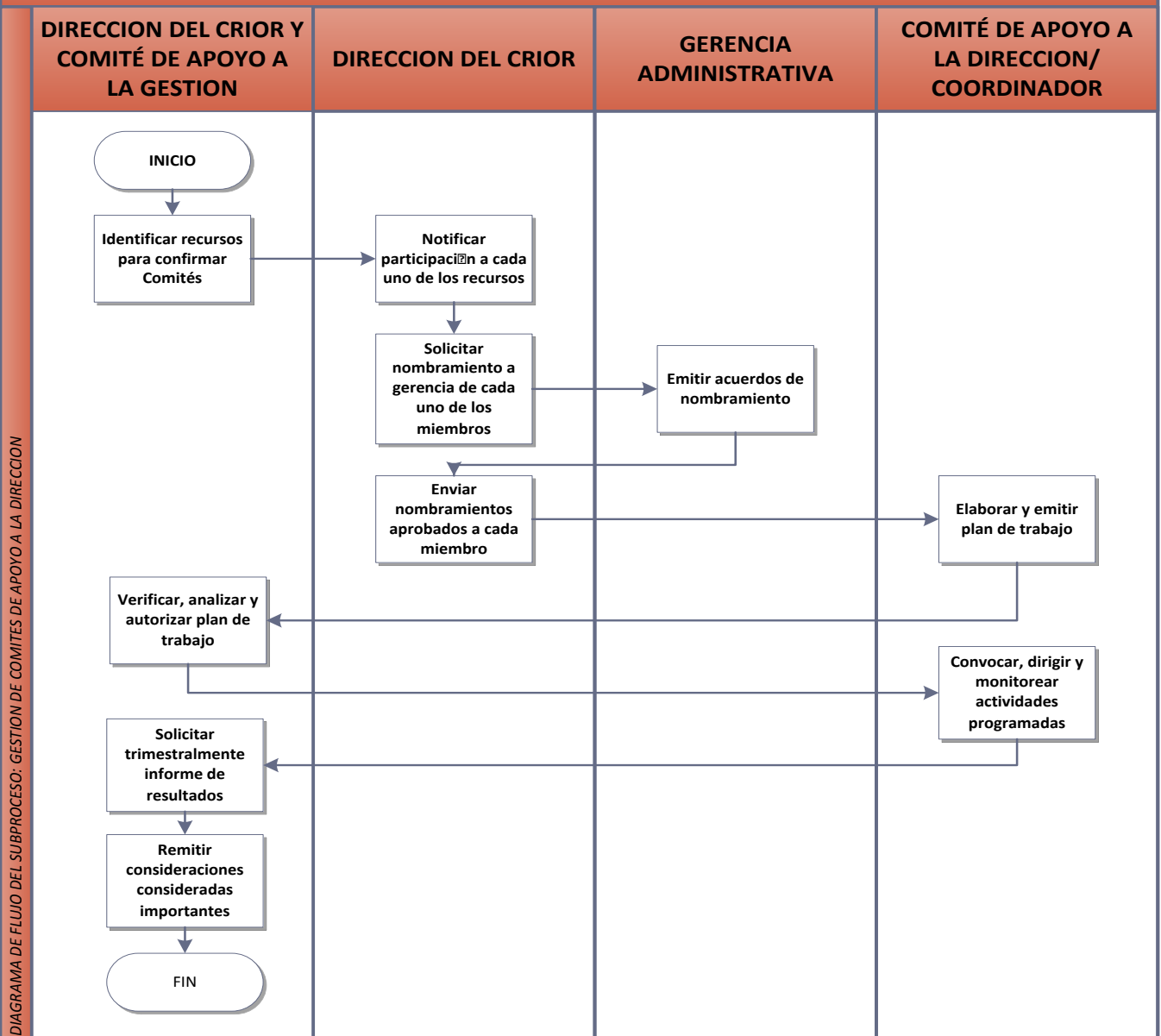
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 125 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

funcionamiento de las actividades del comité.	Comité de Apoyo a la Gestión
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	
<ul style="list-style-type: none"> • Normativa vigente aplicable para cada comité existente: • Comité de Seguridad y Salud del CRIOR: • 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 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” 	
Indicador:	
NOTA DE CAMBIO: No tiene cambios.	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 126 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Gestión de la calidad

PROCEDIMIENTO: Gestión de comités de apoyo a la gestión



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 127 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015

SUBPROCESO: MEDICION DE LA MEJORA CONTINUA

NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Medición de la mejora continua
CODIGO	030202
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	Medición de indicadores, análisis de resultados e implementación de mejoras.
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR.
RESPONSABLE:	Director/a CRIOR y Comité de Apoyo a la Gestión
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:	

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 CRIOR y Comité de Apoyo a la Gestión
2	Socializar los resultados con el personal involucrado	Director del CRIOR
3	Proponer estrategias para lograr el cumplimiento de las metas propuestas.	Director/a CRIOR 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 CRIOR y Comité de Apoyo a la Gestión
5	Realizar remisión de informes a la Gerencia Medica y de Servicios de Rehabilitación	Director del CRIOR

DOCUMENTACION DE REFERENCIA:

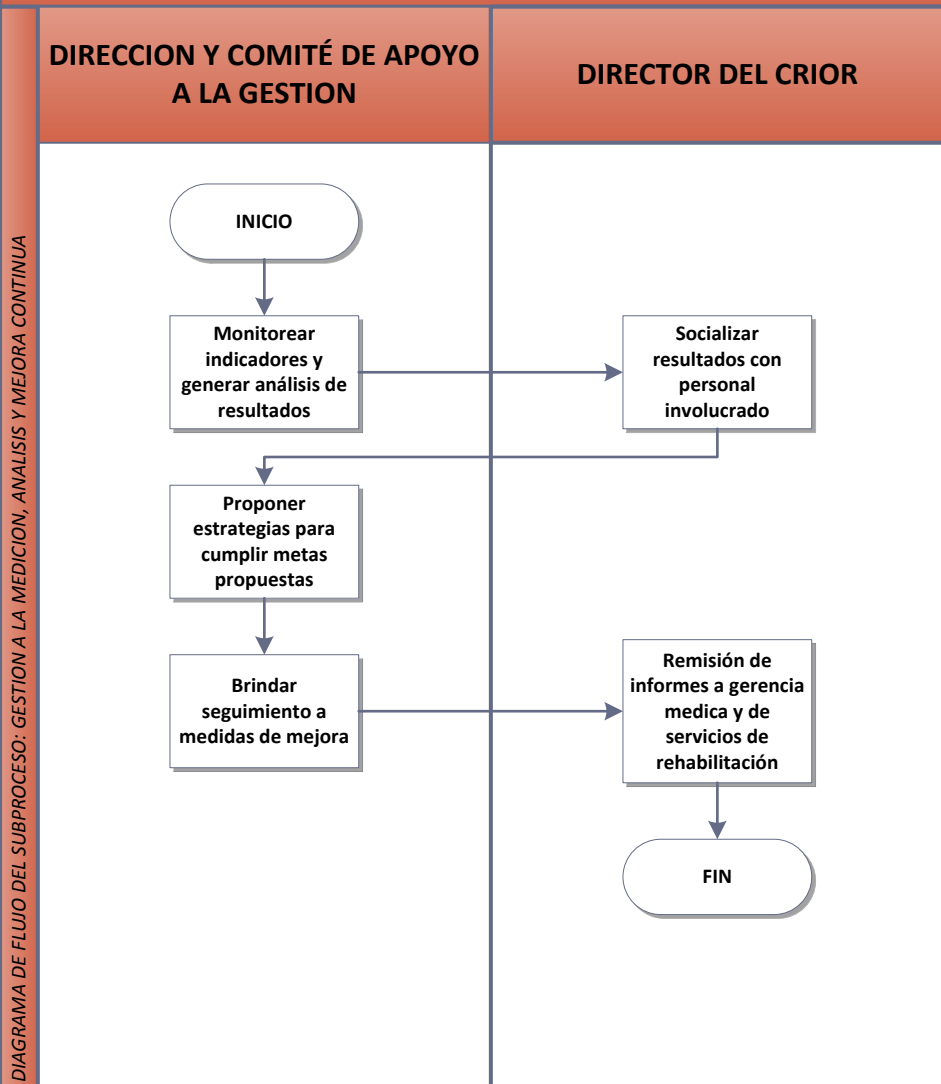
- Plan estratégico del ISRI
- Lineamientos para la elaboración del Plan anual de Trabajo.
- Plan Anual Operativo
- Normas técnicas de control Interno Específicos del ISRI
- Carta Iberoamericana de la Calidad
- Indicadores de Gestión.
- Sistemas de Control de la Gestión Técnica
- Sistema de Epidemiología.

Indicador: Mejoras realizadas *Mejoras propuestas* * **100**
Mejoras realizadas

 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 128 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Gestión de la Calidad.

PROCEDIMIENTO: Gestión a la medición, análisis y mejora continua.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 129 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: GESTION DE COMITÉ DE APOYO A LA DIRECCION

NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Gestión del comité de apoyo a la dirección.	
CODIGO	030203	
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	Generar estrategias que mejoren la calidad de la Atención y apoyar al cumplimiento de los planes institucionales.	
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR.	
RESPONSABLE:	Director/a CRIOR	
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:		
DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Identificar los recursos para la conformación de comités.	Director/a CRIOR y 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 del CRIOR
3	Solicitar a gerencia de emisión de nombramiento de los miembros de los comités que por normativa lo requieran.	Director/a CRIOR
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 CRIOR
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 CRIOR 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 CRIOR y Comité de Apoyo a la Gestión.
10	Remitir recomendaciones que se consideren necesarias para el	Director/a CRIOR y

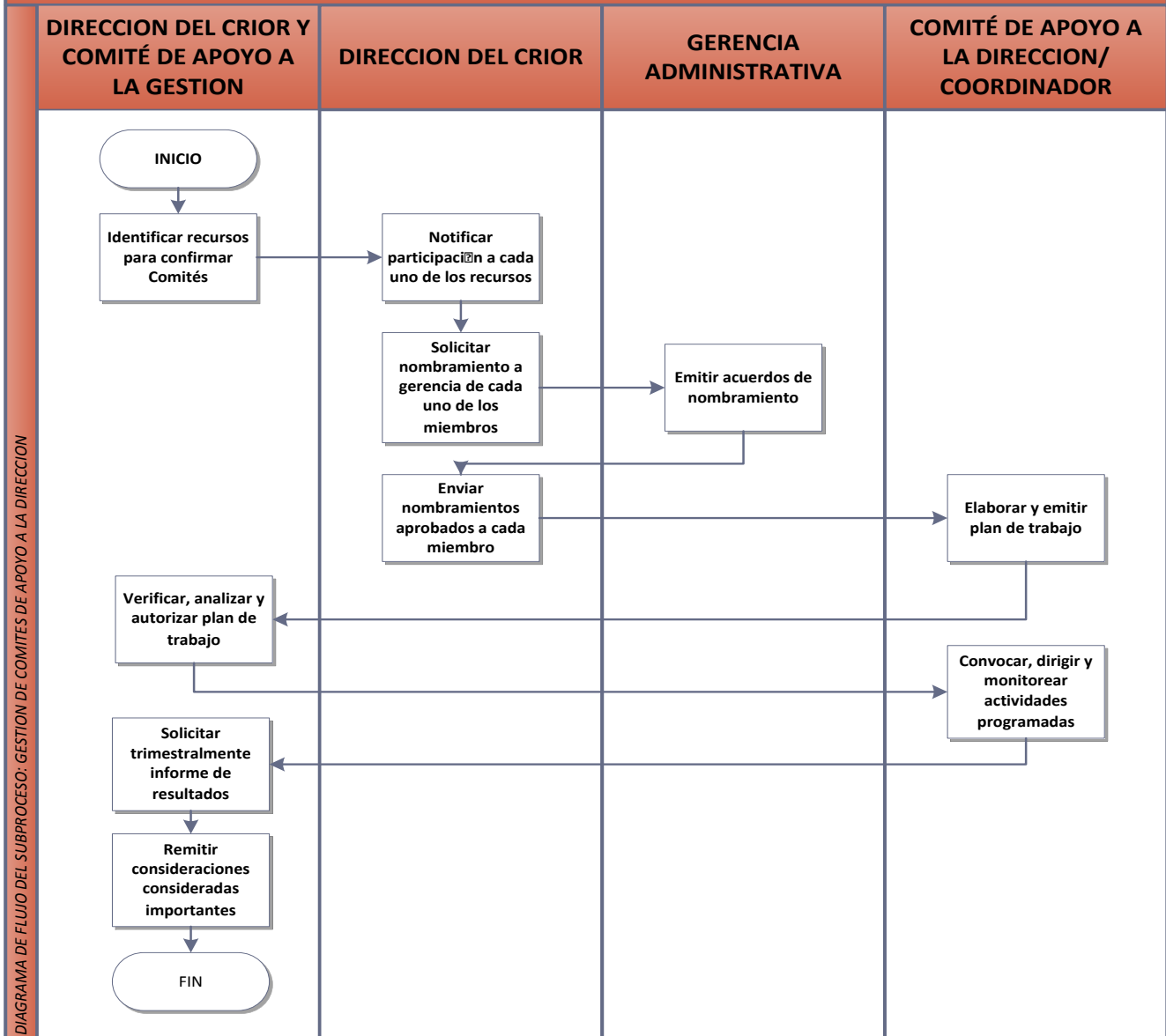
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 130 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

funcionamiento de las actividades del comité.	Comité de Apoyo a la Gestión
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:	
<ul style="list-style-type: none"> • 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” 	
Indicador:	
NOTA DE CAMBIO: No tiene cambios.	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 131 de 147
		VERSION: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Gestión de la Calidad.

PROCEDIMIENTO: Gestión de Comités de Apoyo a la Dirección



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 132 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: CONTROL DE RIESGOS INSTITUCIONALES

NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Control de Riesgos Institucionales
CODIGO	030204
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	Minimizar los riesgos Institucionales que incidan en el cumplimiento de los objetivos.
ALCANCE:	Todas las áreas del CRIOR.
RESPONSABLE:	Director/a CRIOR
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:	

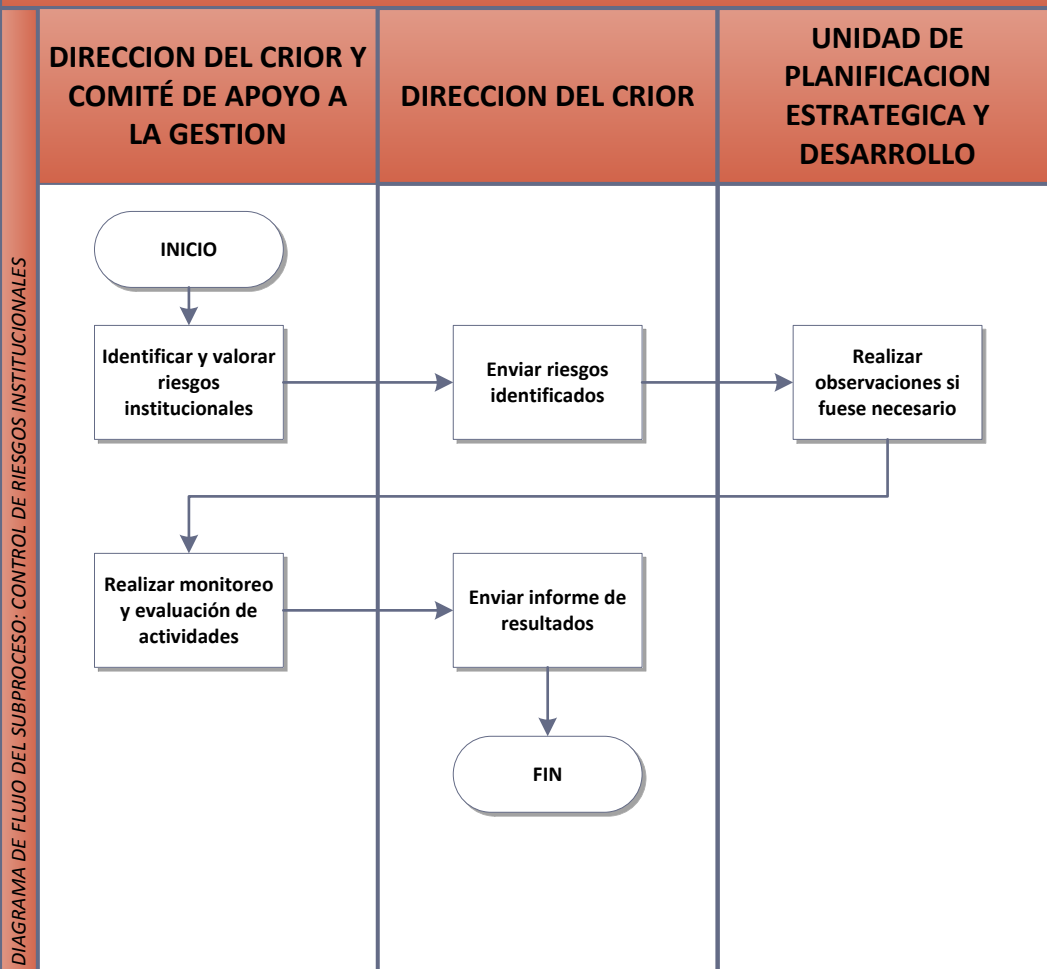
DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO

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 del CRIOR
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 CRIOR 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 del CRIOR
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
<ul style="list-style-type: none"> • “Normas Técnicas de Control Interno del ISRI” • “Lineamientos Institucionales para la Identificación y Valoración de Riesgos” 		
Indicador: Índice de mitigación de riesgos $\frac{\text{Total de riesgos eliminados}}{\text{Total de riesgos encontrados}} * 100$		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 133 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Gestión de la Calidad.

PROCEDIMIENTO: Control de Riesgos Institucionales



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 134 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

COMUNICACIÓN Y PROMOCION

GENERALIDADES

NOMBRE DEL SUBPROCESO:	Comunicación y Promoción
CODIGO	0303
RESPONSABLE DEL SUBPROCESO:	RRHH
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	
Población del Oriente del país.	
OBJETIVO DEL SUBPROCESO:	
Posicionar el tema de la discapacidad y los servicios que brinda el CRIO en la población del Occidente del país.	
RESULTADOS ESPERADOS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar el conocimiento del tema de discapacidad y los servicios del Centro en la población del Oriente del País. 	
Documentación de Referencia:	
<ul style="list-style-type: none"> • “Portafolio de Servicios que presta el ISRI” • “Portafolio de Servicios que presta el CROR” • “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” 	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 135 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01		FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE		

PROCEDIMIENTO: PROMOCION DE LOS SERVICIOS DEL CRIOR

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	Promoción de los servicios del CRIOR
CODIGO	030301
OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	Difundir actividades y servicios que presta el CRIOR
ALCANCE:	Población del Oriente del país.
RESPONSABLE:	RRHH y encargado de promociones
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:	

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Establecer los mecanismos de difusión de las actividades del CRIOR (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 CRIOR 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 CRIOR 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 CRIOR 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 CRIOR y Comité de Apoyo a la Gestión.
8	Recibir y difundir información en la web.	OIR y Unidades de Comunicación ISRI
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		

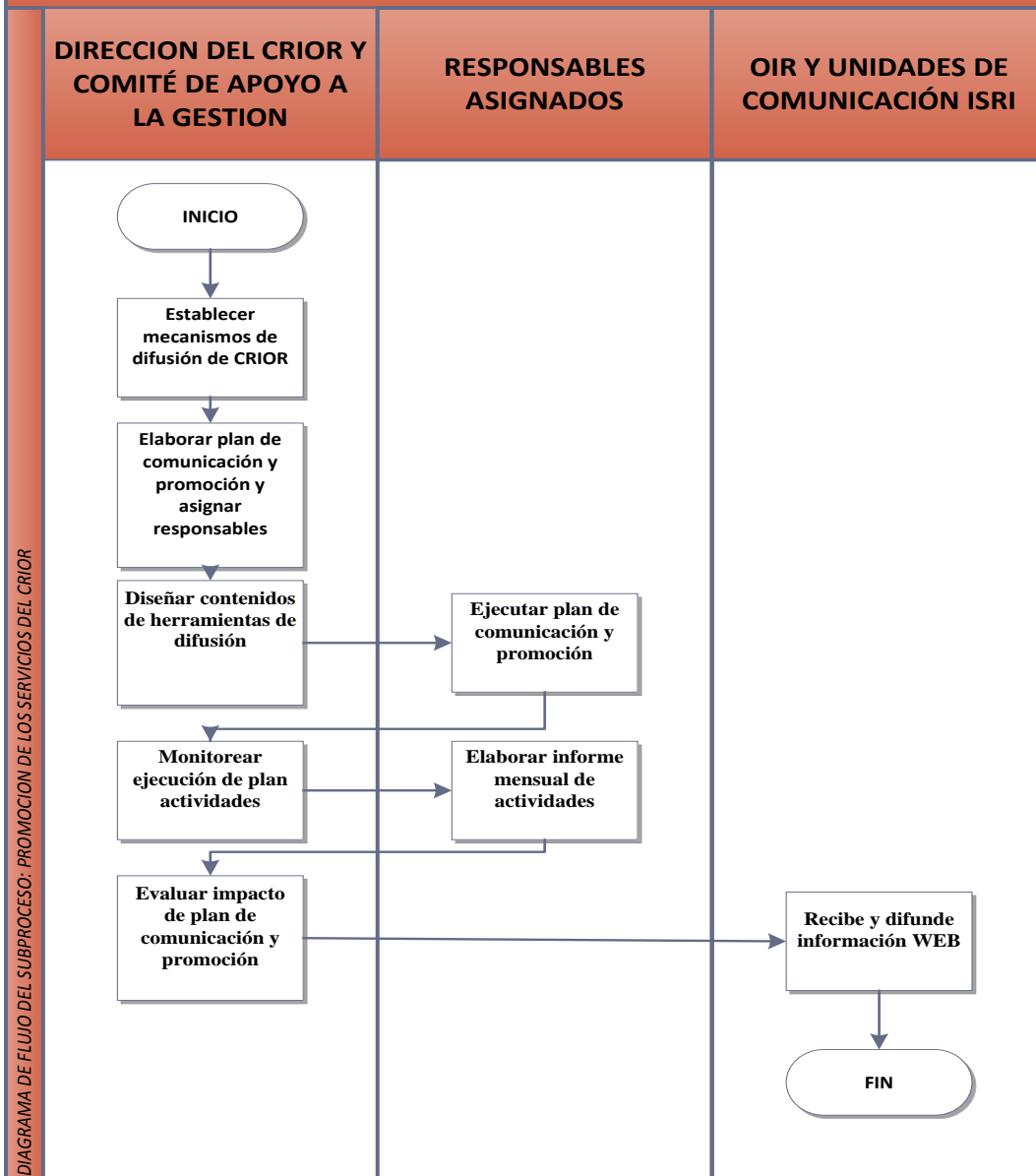
 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 136 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

<ul style="list-style-type: none"> • “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”
Indicador:
NOTA DE CAMBIO: No tiene cambios.

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 137 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Gestión de la Calidad.

PROCEDIMIENTO: Promoción de los Servicios del CRIOR



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 138 de 147
		VERSION: 01	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCEDIMIENTO: FORTALECIMIENTO DE LA RED DE APOYO SOCIAL A TRAVES DE LA CONFORMACION DE GRUPOS DE INTERES

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO:	Fortalecimiento de la red de apoyo social a través de la conformación de grupos de interés
CODIGO	030302
OBJETIVO DEL SUB PROCEDIMIENTO:	Lograr la participación activa de los padres o responsables y del usuario en el proceso de Rehabilitación.
ALCANCE:	Usuarios, Padres o Responsables del CRIOR
RESPONSABLE:	Director/a CRIOR
DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO:	

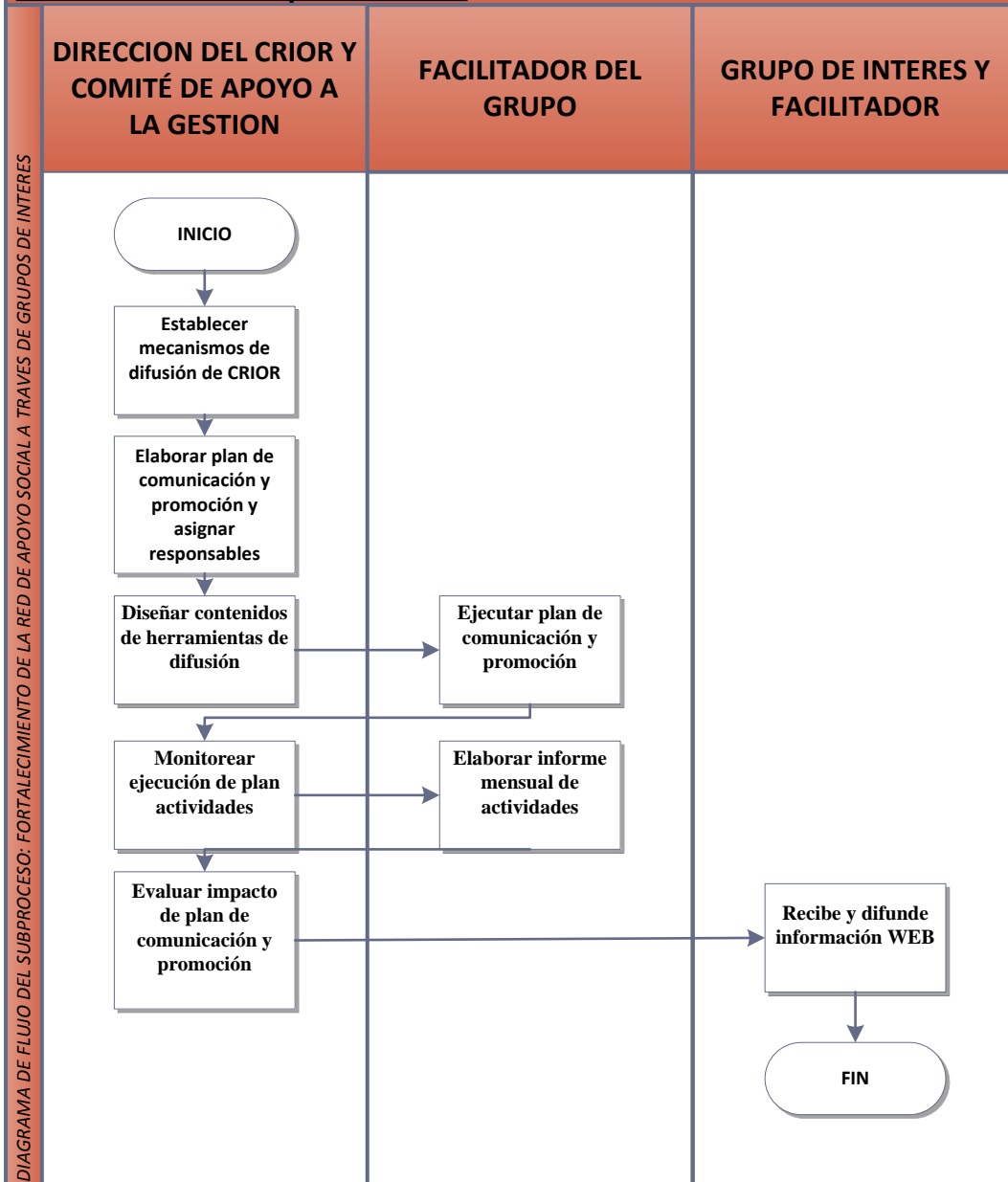
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Identificar grupos de interés a través del perfil epidemiológico y las necesidades específicas de los diagnósticos.	Director/a CRIO y Comité de Apoyo a la Gestión.
2	Seleccionar al facilitador del grupo dentro del personal técnico 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.
8	Evaluar impacto del plan y remite informe a la Gerencia Medica y	Director/a CRIO y

 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 139 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

	de servicios de Rehabilitación del ISRI para sus recomendaciones.	Comité de Apoyo a la Gestión.
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
<ul style="list-style-type: none"> • “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” 		
Indicador: Índice de Grupos de Apoyo $\frac{\text{Total de grupos de apoyo conformados}}{\text{Total de grupo de apoyo planificados}} * 100$		
NOTA DE CAMBIO: No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 140 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: Gestión de la Calidad.
PROCEDIMIENTO: Fortalecimiento de la Red de Apoyo Social a través de la Conformación de Grupos de Interés



 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 141 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO ESTRATEGICO: SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES

PROCESO ESTRATEGICO: SISTEMAS DE INFORMACION PARA LA TOMA DE DECISIONES

GENERALIDADES

NOMBRE DEL PROCESO:	Análisis de los sistemas de información para la toma de decisiones
CODIGO	03
RESPONSABLE DEL PROCESO:	Director del CRIOR, Dr. Flores
AREA:	Administrativa
ALCANCE:	
Aplica a todos los sistemas de información en el CRIOR	
OBJETIVO DEL PROCESO:	
Contar con información fiable y oportuna para la toma de decisiones.	
RESULTADOS ESPERADOS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Información acorde a requerimientos y en el tiempo estipulado. 	
Documentación de Referencia:	
<ul style="list-style-type: none"> • Manual del programa UTEC. • Manual del programa EPI. • Lineamiento de programa MGPSS PERC (Producción, Eficiencia, Recursos y Costos) OMS/OPS. 	

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 142 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

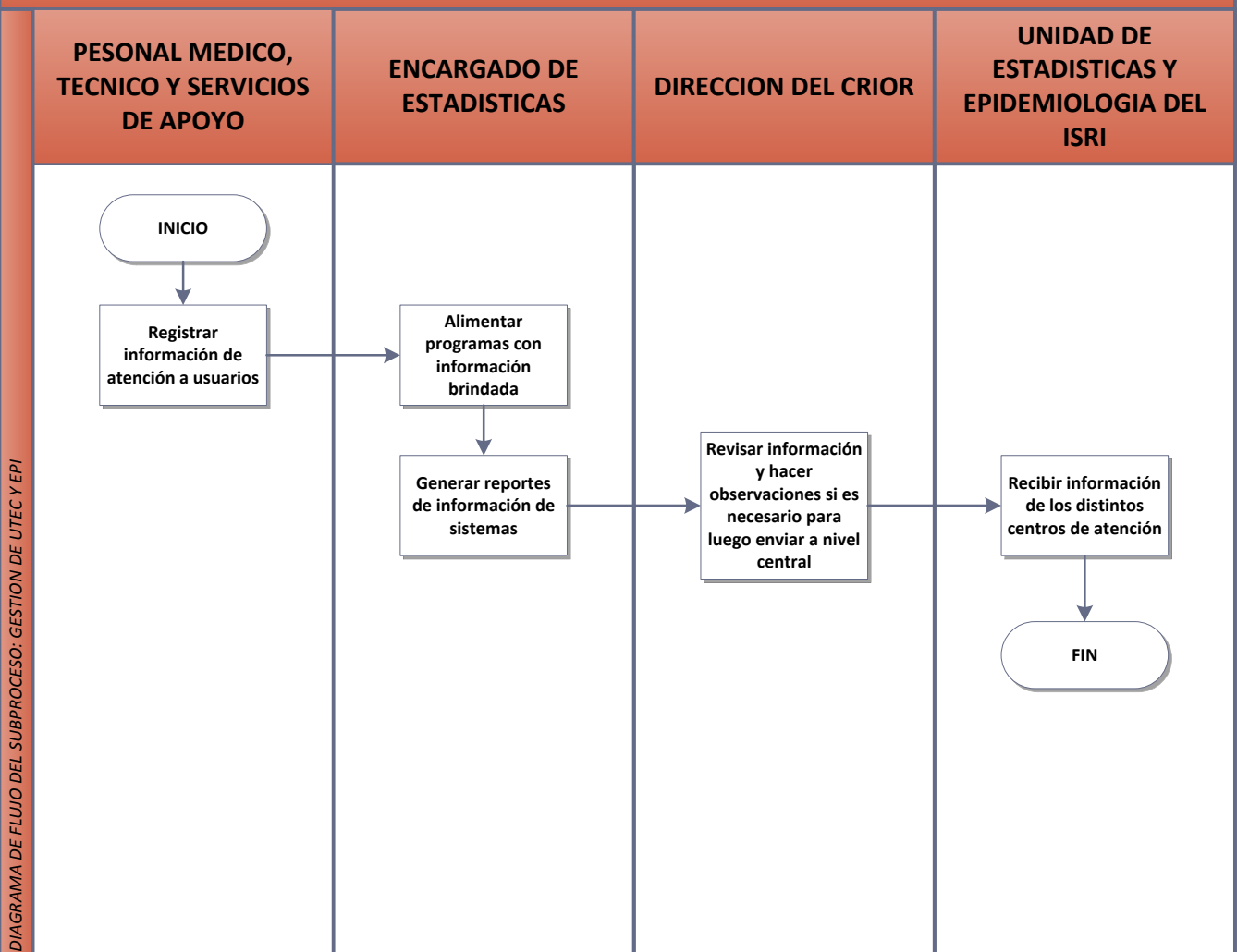
SUBPROCESO: GESTION DEL UTEC

NOMBRE DEL SUB PROCESO:		Gestión del UTEC
CODIGO		0304
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:		Gestionar información para la oportuna Toma de decisiones con base a los programas EPI y UTEC.
ALCANCE:		Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:		Director del CRIOR y encargado de Archivo
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:		
DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO		
No	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 UTEC 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 CRIOR.
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
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Lineamiento o manual del programa UTEC. <ul style="list-style-type: none"> • 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. 		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 143 de 147
		VERSION: 01	FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Sistema de Información para la toma de Decisiones.

SUBPROCESO: Gestión del UTEC



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 144 de 147
	VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

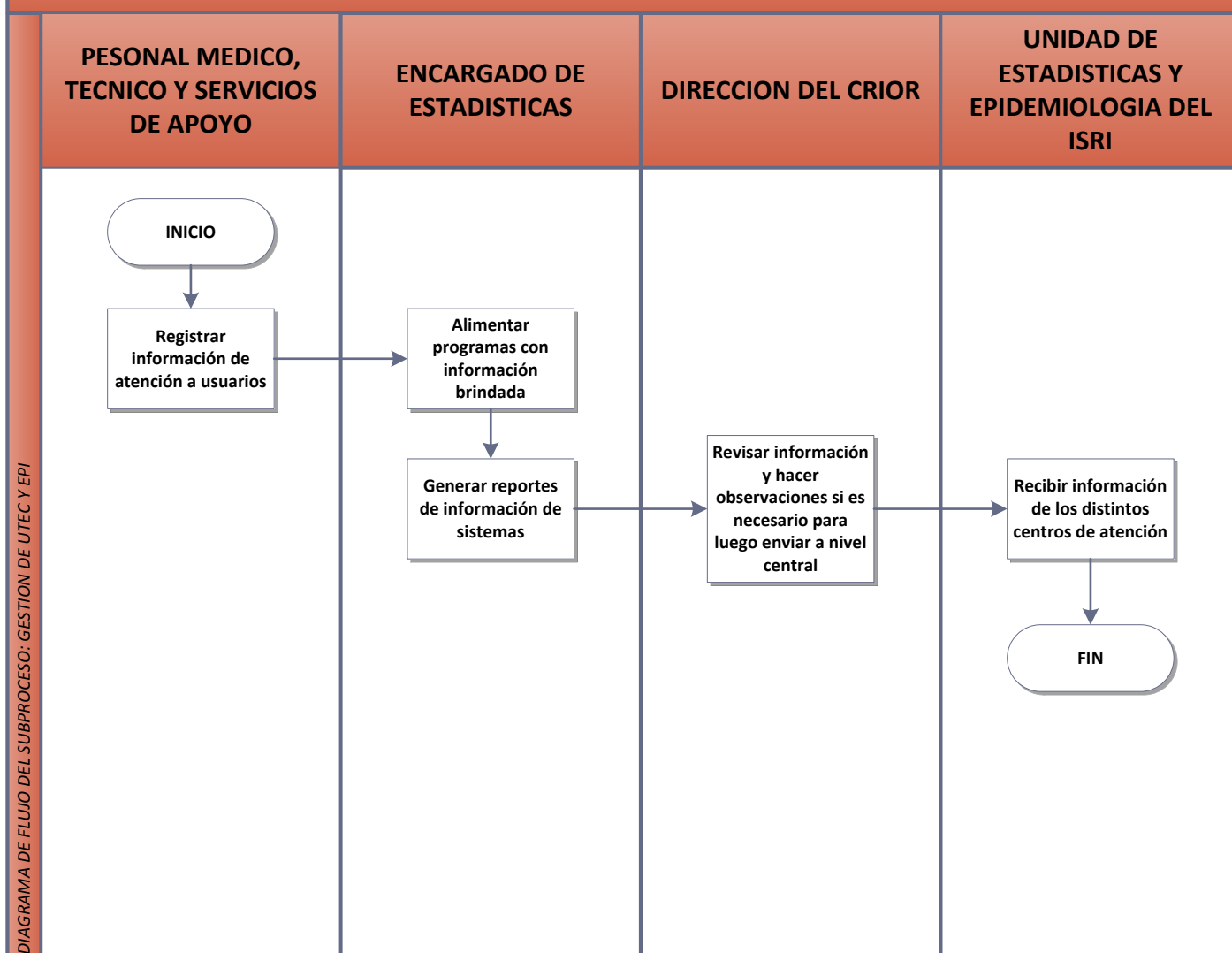
SUBPROCESO: GESTION DEL EPI

NOMBRE DEL SUB PROCESO:		Gestión del EPI
CODIGO		0305
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:		Gestionar información para la oportuna Toma de decisiones con base a los programas EPI y UTEC.
ALCANCE:		Todas las áreas del CRIOR
RESPONSABLE:		Director del CRIOR y encargado de Archivo
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:		
DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO		
No	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 CRIOR.
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
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
Lineamiento o manual del programa EPI. <ul style="list-style-type: none"> • 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. 		

 <p>ISRI Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 145 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Sistema de Información para la toma de Decisiones.

SUBPROCESO: Gestión del EPI



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 146 de 147
		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
VERSION: 01	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

SUBPROCESO: GESTION DEL PERC

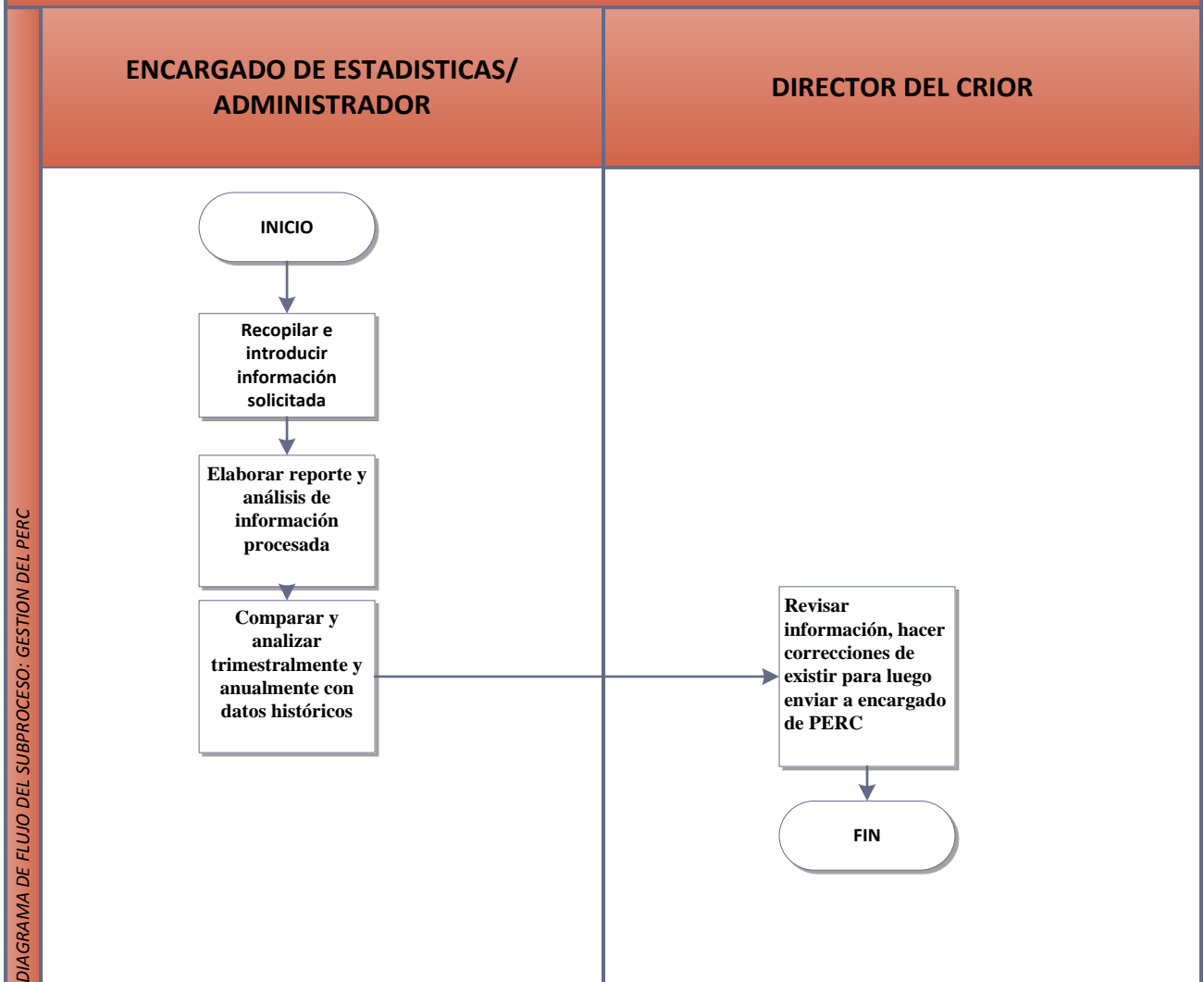
NOMBRE DEL SUB PROCESO:	Gestión del PERC
CODIGO	0306
OBJETIVO DEL SUB PROCESO:	Gestionar la información que se procesa en el PERC para toma oportuna de decisiones.
ALCANCE:	Área administrativa
RESPONSABLE:	Director del CRIOR
DESCRIPCION DEL SUBPROCESO:	

DESCRIPCIÓN DEL SUBPROCESO		
No	Descripción de la Actividad	Responsable
1	Recopilar e introducir la información solicitada (gastos, insumos, producción, facturación y mano de obra).	Administrador/a CRIOR.
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 CRIOR.
3	Comparar y analizar trimestral y anualmente con datos históricos y se elabora informe y análisis para enviar a Dirección.	Administrador/a CRIOR.
4	Revisar información y de existir observaciones se envía a administración para corrección y luego se envía a en cargo del PERC.	Director/a CRIOR
DOCUMENTACION DE REFERENCIA:		
<ul style="list-style-type: none"> • Lineamiento de programa MGPS PERC (Producción, Eficiencia, Recursos y Costos) OMS/OPS. • Plan Anual de Trabajo. • Plan anual de adquisiciones. • UTEC. 		
Indicador:		
NOTA DE CAMBIO:		
No tiene cambios.		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL CROR	CÓDIGO: MPCRIOR-01	Pág. 147 de 147
VERSION: 01		FECHA DE ACTUALIZACION: MARZO 2015	
ELABORADO POR:	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	FECHA DE APROBACION: ABRIL 2015	

PROCESO: Sistema de Información para la toma de Decisiones.

SUBPROCESO: Gestión del PERC.



FIN DEL MANUAL

2.5 GUÍA DE AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS.

A continuación se presenta una guía con contiene los pasos a seguir y los requerimientos necesarios para realizar la automatización de los procesos.

La automatización de procesos en el CRIOR puede realizarse mediante el uso de dos software con los cuales se realiza la programación. Los softwares requeridos son el Bonitsoft, que debe ser vinculado a una Base de Datos relacional diseñada en MySQL.

A continuación se describirán las características principales de cada uno de dichos sistemas y se presentan los requerimientos que debe cumplir el CRIOR para desarrollar la automatización.

BONITA SOFT.

GESTOR DE PROCESOS DE NEGOCIOS BPM

La gestión de procesos de negocios (Business Process Management: BPM) consiste en la metodología corporativa, que tiene como objetivo mejorar la eficiencia dentro de las organizaciones por medio de la gestión de procesos de negocio, que se deben modelar, organizar, documentar y optimizar de forma continua.

BonitaSoft es el primer editor y líder de soluciones BPM (Business Process Management) en software libre. Es una empresa de software creada en el 2009 por Miguel Valdés Faura, Charles Charles Souillard y Rodrigué Le Gall, fundadores del proyecto de código abierto Bonita.










Bonita Soft, es un gestor de procesos de negocios en software libre. Bonita Open Solution es un conjunto de aplicaciones de ofimática para la gestión de procesos de negocio. A continuación se desarrolla un análisis de las características generales del aplicativo, la fundamentación del gestor de procesos de negocios de Bonita Soft.

ESPECIFICACIONES.

Las aplicaciones de Bonita comprenden toda la gama de proyectos de BPM, desde la migración de Sistemas de Información hacia una Arquitectura Orientada a Servicios, a la automatización de los procesos de administración y procesos de venta con interacciones humanas para los procesos de aprobación, a los contratos de base y la gestión de nuevos clientes.

- Última versión estable: 6.0.4
- Género: Solución para Gestión de procesos de negocio (BPM).
- Programado en: Java.
- Sistema operativo: Multiplataforma.
- Licencia: Motor: LGPL, Estudio/Web: GPL v2.
- Idiomas: Varios, entre ellos inglés, francés y español.

CARACTERÍSTICAS GENERALES.

Nombre	Descripción	Boton
Roles avanzados para la resolución y filtrado.	Usa resolución de roles y filtrados para asignar tareas a una o más personas de forma dinámica y eficiente.	
Repositorio central.	Guarda, organiza y archiva todos sus procesos en el repositorio central de la organización.	
Paleta de opciones para rápido diseño.	No se necesita hacer clic una y otra vez en la paleta estática, ya que esta paleta se expande sobre la pizarra.	
Desarrollo iterativo	Permite tomar ventaja de las metodologías de desarrollo ágil. Con el uso de un solo clic es posible obtener múltiples entornos de despliegue, y de las características incorporadas en este.	
Gestión de formatos de datos.	Gestión de datos de sus procesos bajo diversos formatos como Java Objects, XML o como documentos adjuntos.	
Múltiples formatos para exportación de imágenes.	Exporta los diseños de procesos en pdf, jpeg, png, bmp, gif y svg.	
Módulos de procesos de importación	Importa módulos de procesos definidos en BPMN2, JBPM3 y XPDL.	
Proceso de control de versiones.	Guarda y administra versiones provisionales de su diseño mientras se modela un proceso.	
Modelador de procesos (BPMN2).	El diseño de los flujos de trabajo empresarial BPMN (Business Process Modeling Notation), la versión 2.0, que permite usar notación básica o avanzada.	












Modelación de procesos colaborativos.	Permite compartir modelos de procesos y cerrar la brecha entre los propietarios del proceso, las partes interesadas, los analistas del negocio y los desarrolladores.	
Conectores contribuidos.	Fácil de encontrar e instalar con un solo clic, cualquiera de los muchos conectores aportados por la comunidad Bonita.	
Proceso de actualización en vivo.	Implementar nuevas versiones de los procesos en el entorno de producción. Y permitir una transición fluida de las antiguas definiciones a las nuevas.	
Diagrama de procesos de validación.	Aparecen anotaciones de error y advertencia cuando el trabajo no está configurado correctamente o hay datos faltantes.	
Procesos de simulación	Simula la ejecución de procesos con parámetros, como el costo, duración, el consumo de recursos, calendario, entre otros, e identificar los candidatos para la optimización.	
Configuración de conectores reutilizables.	Permite ahorrar esfuerzos de configuración mediante la reutilización de las configuraciones existentes del conector en múltiples procesos, así como que da la posibilidad de actualización de todos los cambios.	
Delegación de tareas.	Atribución de tareas a una persona sustituta aunado la persona a cargo no está disponible, con el fin de limitar las situaciones de bloqueo.	

Tabla 36 Características de modelación

Nombre	Descripción	Boton
Manejo de datos avanzados.	Gestiona los datos de procesos en múltiples formatos incluyendo objetos Java, XML, y documentos adjuntos.	
Conectores integrados.	Seleccione entre más de 100 conectores integrados a los sistemas de fuente abierta, tanto de propiedad, como Exchange, SAP, Talend, entre otros.	
Asistente de desarrollo de conectores.	Desarrolla y prueba sus propios conectores dentro de Bonita Studio.	
Depurador.	El botón de depurador en la barra de menú activa o desactiva una lista de conectores para poner a prueba un pre-corrida de la ejecución (Modo desarrollo). Esta funcionalidad le permite probar el proceso sin ser bloqueado por algunos conectores no funcionales.	


Con un solo clic, múltiples entornos de despliegue.	Pone en marcha múltiples entornos de ejecución como el desarrollo, la prueba, la pre producción, la producción, como optimización del tiempo.	
Personalización de la interfaz.	Fácil personalización de la aplicación BPM con los colores y el logotipo de las empresas.	
Editor de formularios.	Personalización avanzada de formularios web con las dependencias de campo, llenando el campo dinámico, paginación, reglas de validación pre-construidas, entre otros.	
Reglas de negocio.	Esta característica permite definir las condiciones en las transacciones con una tabla de decisión en el diseño de un proceso complejo, sin necesidad de escribir ningún código. Sumado a esto, permite a los usuarios, modelar y automatizar altos niveles de flujos de procesos y transacciones de una manera sencilla.	
Editor de gestión de datos.	Da la posibilidad de escribir scripts Groovy fácilmente, con la ayuda y las capacidades de prueba del editor de gestión de datos.	
Ejecución incrustada del entorno.	Ejecuta procesos con un solo clic, toma ventaja de un rápido desarrollo/ejecución de entrada y salida para el desarrollo ágil.	
Independiente generación de aplicaciones BPM.	Generar plenamente una aplicación operacional de procesos basada en un solo clic.	
W3C estándar de las tecnologías web.	Aplicaciones BPM generadas con Bonita Studio que satisfacen los requerimientos W3C usando estándares html, css y JavaScript.	

Tabla 37 Características de desarrollo Bonita










Nombre	Descripción	Boton
Procesamiento de eventos.	Correlacionar los procesos y desencadenar la ejecución de un proceso a otro.	
Herramienta de migración.	Da la posibilidad de actualizar fácilmente Bonita Open Solution con una herramienta de migración.	
Multi-ubicación.	Despliegue en múltiples opciones de arquitectura para servir a varios clientes al mismo tiempo y reducir los esfuerzos de implementación y actualización.	
Motor escalable.	El uso del motor de ejecución de Bonita se puede dar en diversos contextos, desde el simple componente global de los procesos de una organización, hasta la parte crítica de cada uno de los componentes del proceso.	
Motor transaccional.	El motor de ejecución Bonita es un motor completamente transaccional, que permite que las llamadas agrupadas y la definición de unidad manejen las fallas.	
Tareas de gestión humana.	Asignar tareas a los usuarios basándose en la definición de roles.	
Ejecución de múltiples procesos.	Modela varios procesos en un diagrama y los ejecuta cada uno de manera independiente.	
Potentes APIs.	Los APIs disponibles incluyen Java-based, API, EJB2, EJB3 y REST para el desarrollo de aplicaciones y de fácil incrustación.	
Ejecución Sincrónica/Asincrónica.	Ejecución asíncrona para evitar los casos cuando el proceso está bloqueado a causa de las tareas pendientes.	

Tabla 38 Características de ejecución Bonita









Nombre	Descripción	Boton
Avance final de interfaz del usuario.	Bonita Open Solution reinventa la experiencia del usuario con una interfaz intuitiva, y la “bandeja de entrada” de la interfaz.	
Integración sencilla.	Bonita User XP es una aplicación liviana; su SSO está listo para la integración rápida y fiable en los portales existentes e inter – intra y extranets.	
Soporte multilingüe.	Se incluyen los idiomas: inglés, español y francés; las interfaces se pueden traducir con la herramienta de traducción Babili.	
Gestión del motor a distancia.	Implementar una o más consolas en la experiencia del usuario de Bonita en múltiples servidores independientes del motor de ejecución Bonita, dependiendo de las necesidades específicas de la arquitectura.	
Configuración del usuario.	Definir cuadros de mando basados por defecto en roles para los usuarios finales.	
Etiquetas y categorías.	Administrar sus tareas con facilidad y rapidez, organizar el trabajo, y el seguimiento de las tareas y los casos.	
Seguimientos y alertas en tiempo real.	Le permite seguir el proceso y recibir alertas en tiempo real.	
BPM social.	Los actores de los proceso pueden construir una fuente de comentarios durante la ejecución. También es posible conectar sus procesos a redes sociales, tales como Facebook, Twitter, entre otros.	

Tabla 39 Características de Interfaz Bonita









Nombre	Descripción	Boton
Tableros de instrumentos personalizados y avanzados.	Definir cuadros de mando técnicos y empresariales personalizados para seguir los indicadores.	
BAM y BI: Estadísticas e informes.	Implementar informes personalizados para obtener estadísticas de los procesos y los casos.	
Indicadores claves de rendimiento.	Definir indicadores claves de rendimiento en cualquier etapa de su proceso, y el uso del tablero de instrumentos para controlarlo.	
Monitoreo de actividades en tiempo real.	Obtener una visión general de los procesos y los casos con las capacidades de Bonita BAM (Monitoreo de actividades empresariales).	
Administración de usuarios.	Administración de usuarios y grupos, junto con la realización de un mapa con los directorios existentes (LDAP, AD, entre otros).	
Gestión avanzada de derechos.	Definir los privilegios granulares a los grupos de usuarios: de solo lectura, modificar, actualizar, entre otros.	
Administración de datos.	Cambio de registro de datos, y actualización de casos del proceso.	
Gestión del proceso de ciclo vital.	Gestionar el ciclo de vida del proceso: activar, desactivar y archivar.	
Tareas de gestión.	Administrar las instancias del proceso entiempo real: suspender, reanudar, entre otros.	

Tabla 40 Características de monitoreo Bonita

DIAGRAMACIÓN DE PROCESOS.

Bonitasoft cuenta con una amplia variedad de opciones para diagramar los procesos que se pretenden automatizar. A continuación se describe el Menú y los Elementos que conforman el panel de diagramación de procesos.

MENÚ DE DIAGRAMACIÓN.

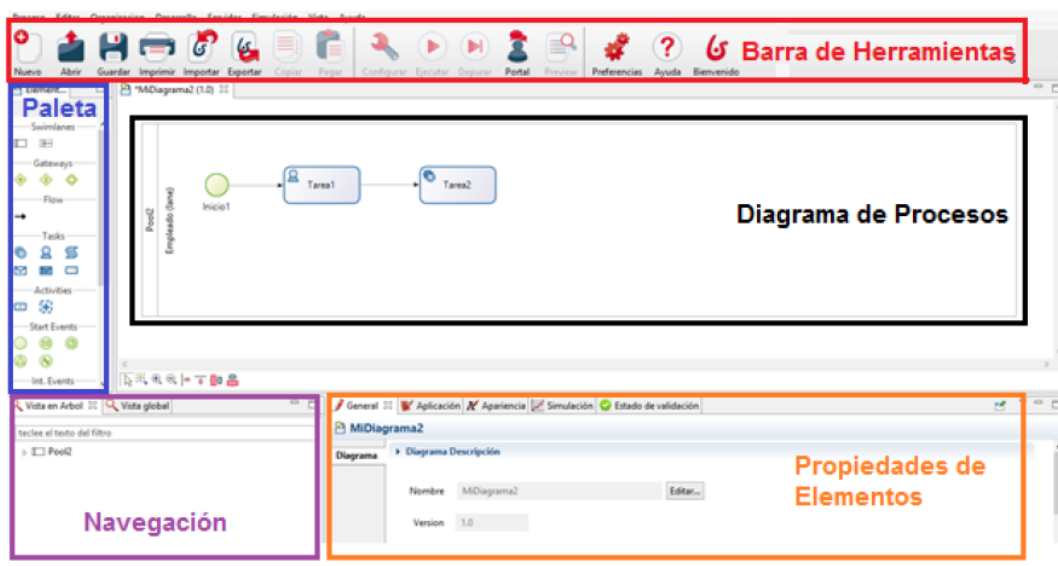


Ilustración 7 Menú de diagramación

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
Barra de Herramientas.	Se encuentran los botones que permiten crear nuevos procesos, exportar, configurar, ejecutar (pruebas), depurar, etc
Diagramas de Procesos.	Se muestran los diagramas de los procesos y todos sus elementos.
Propiedades de Elementos.	Cuando se selecciona un determinado objeto o elemento (Tarea, nodo, compuerta, flujo, pool, carril, etc.), se muestran las propiedades de dicho elemento. Estas se clasifican en: <ul style="list-style-type: none"> • General • Aplicación • Apariencia

	<ul style="list-style-type: none"> • Simulación • Estado de verificación
Paleta.	Contiene la biblioteca de todos los elementos que pueden ser utilizados en un diagrama de proceso.
Navegación.	Permite tener una vista en miniatura del diagrama, así como su estructura a partir de los elementos que lo componen.

Tabla 41 Menú de diagramación








Actividades		
Tarea de servicio.	Son tareas que permiten realizar una acción en el proceso sin intervención de un usuario.	
Tarea Humana.	Son tareas en las cuales es necesaria la intervención de una persona para su ejecución.	
Actividad de llamada.	Permite realizar la llamada a otro proceso para ser ejecutado como subproceso. El proceso continua hasta que el subproceso se complete.	
Elementos auxiliares		
Pool.	Es un contenedor de todas las tareas, eventos, compuertas, datos (variables), actores y demás elementos que componen un proceso.	
Senda o Carril.	Es una subdivisión de un proceso. Se utilizan generalmente para agrupar tareas que se llevan a cabo por un grupo funcional o parte de una organización.	
Anotación de texto.	Permite realizar anotaciones aclaratorias en el diagrama del proceso.	
Transición o Flujo.	Permite conectar tareas, eventos y compuertas para establecer el flujo del proceso.	

Tabla 42 Elementos de diagramación







Elementos simples		
Inicio.	Evento utilizado para indicar el inicio del flujo del proceso.	
Fin.	Evento utilizado para finalizar un flujo.	
Evento de terminación.	Este evento indica a las demás actividades que el proceso se termina directamente.	
Compuertas		
Compuerta AND.	Permite dividir el flujo de los procesos para que puedan ejecutar múltiples tareas al mismo tiempo.	
Compuerta XOR.	Permite dividir el proceso en distintos flujos (de tipo excluyente). El proceso seguirá únicamente un flujo determinado por una condición.	
Compuerta inclusiva.	Permite dividir el proceso en distintos flujos. El proceso seguirá uno o más flujos dependiendo de una serie de condiciones.	

Tabla 43 Elementos de diagramación





Elementos de enlace		
Lanzar enlace.	Es un conector que permite realizar “saltos” en el flujo de un mismo proceso. Se complementa con “Capturar enlace”.	
Capturar enlace.	Es un conector que permite capturar “saltos” en el flujo de un mismo proceso. Se complementa con “Lanzar enlace”.	
Elementos auxiliares		
Timer de inicio.	Se utiliza para iniciar un proceso cuando se cumpla una condición de ciclo, duración o fecha especificada.	
Temporizador.	Detiene el flujo del proceso hasta que se cumpla una duración o fecha especificada.	

Tabla 44 Elementos de diagramación







Eventos de mensaje		
Mensaje de inicio.	Inicia el proceso por medio de la recepción de un mensaje. El mensaje recibido puede provenir de "Mensaje de fin" o de "Lanzar mensaje".	
Mensaje de fin.	Envía mensajes y finaliza el proceso. Para recibir el mensaje se requiere de un nodo "Capturar mensaje" o "Mensaje de inicio".	
Lanzar mensaje.	Evento que permite enviar un mensaje prediseñado a otro proceso (se vincula al evento "Capturar mensaje" o "Mensaje de inicio").	
Capturar mensaje.	Evento que permite capturar un mensaje enviado por otro proceso (se vincula al evento "Lanzar mensaje" o "Mensaje de fin").	
Eventos limite		
Temporizador.	Cuando se cumple una condición de tiempo sobre una actividad, la actividad se suspende y el flujo del proceso cambia.	
Temporizador sin interrumpir la actividad.	Cuando se cumple una condición de tiempo sobre una actividad, la actividad no se suspende pero se habilita un nuevo flujo del proceso.	
Captura de error.	Si durante la ejecución de una actividad ocurre un error, el flujo del proceso cambia.	

Tabla 45 Elementos de diagramación

BASE DE DATOS MYSQL.

El sistema BPM de Bonita Soft puede ser vinculado a una base de datos externa. Se recomienda el uso de MySQL debido a la sencillez de su funcionamiento. MySQL es un sistema gestor de bases de datos (SGBD, DBMS por sus siglas en inglés) muy conocido y ampliamente usado por su simplicidad y notable rendimiento.

MySQL surgió alrededor de la década del 90, Michael Widenis comenzó a usar mSQL para conectar tablas usando sus propias rutinas de bajo nivel (ISAM). Tras unas primeras pruebas, llegó a la conclusión de que mSQL no era lo bastante flexible ni rápido para lo que necesitaba, por lo que tuvo que desarrollar nuevas funciones. Esto resultó en una interfaz SQL a su base de datos, totalmente compatible a mSQL.

SQL equivale a lenguaje de consulta estructurado. Se trata del lenguaje estándar para acceder a los sistemas de administración de bases de datos. Se utiliza para almacenar y consultar datos desde y hasta una base de datos. SQL se utiliza en sistemas de base de datos como MySQL, Oracle, Postgre SQL, Sybase y Microsoft SQL Server entre otros.

MySQL es un SGBD que ha ganado popularidad por una serie de atractivas características:

- Está desarrollado en C/C++.
- Se distribuyen ejecutables para cerca de diecinueve plataformas diferentes.
- La API se encuentra disponible en C, C++, Eiffel, Java, Perl, PHP, Python, Ruby y TCL.
- Está optimizado para equipos de múltiples procesadores.
- Es muy destacable su velocidad de respuesta.
- Se puede utilizar como cliente-servidor o incrustado en aplicaciones.
- Cuenta con un rico conjunto de tipos de datos.
- Soporta múltiples métodos de almacenamiento de las tablas, con prestaciones y rendimiento diferentes para poder optimizar el SGBD a cada caso concreto.
- Su administración se basa en usuarios y privilegios.
- Se tiene constancia de casos en los que maneja cincuenta millones de registros, sesenta mil tablas y cinco millones de columnas.
- Sus opciones de conectividad abarcan TCP/IP, sockets UNIX y sockets NT, además de soportar completamente ODBC.
- Los mensajes de error pueden estar en español y hacer ordenaciones correctas con palabras acentuadas o con la letra 'ñ'.
- Es altamente confiable en cuanto a estabilidad se refiere.

CONSULTAS EN SQL.

FUNCIÓN	SINTAXIS	EJEMPLOS
Consulta de todos los registros de una tabla.	SELECT columnas FROM tabla.	SELECT num_expediente FROM usuarios. SELECT cod_empleado FROM empleados.
Consultar todas las columnas de una tabla.	SELECT * FROM tabla.	SELECT * FROM usuarios. SELECT * FROM empleados.
Consultar registros que cumplen con alguna condición.	SELECT columnas FROM tabla WHERE condiciones.	SELECT * FROM usuarios WHERE edad>18 AND genero="F".
Consultar registros sin repetir.	SELECT DISTINCT columnas FROM tabla.	SELECT DISTINCT programas FROM taller.
Ordenar la consulta en base a criterios.	SELECT columna FROM tabla ORDER BY columna ASC/DESC.	SELECT * FROM usuarios ORDER BY edad ASC.

Tabla 46 Consultas en SQL

Cuando se requiere realizar una consulta utilizando información de más de una tabla, se deben considerar los siguientes puntos:

- Cuando se hace referencia a una columna, no bastará con escribir su nombre. En lugar de eso es necesario anteponer el nombre de la tabla a la cual pertenece: "tabla.columna". Por ejemplo: empleados.edad
- Luego del comando "FROM", se debe incluir el nombre de todas las tablas que se utilizarán.
- En el comando "WHERE", se debe incluir la condición que posibilita unir las tablas. Por ejemplo: tabla1.columna1=tabla2.columna5

Si se desea incluir el valor de una variable de BONITA BPM, se debe encerrar en „\${ }“. La sentencia SQL a utilizar, sería similar a la siguiente:

```
SELECT * FROM empleados WHERE nombre="${n_ empleado}"
```

ACTUALIZAR INFORMACIÓN DE UNA BASE DE DATOS.

FUNCIÓN	SINTAXIS	EJEMPLOS
Crear nuevo registro.	INSERT INTO tabla VALUES ("dato", "dato", "dato", "dato").	INSERT INTO usuarios VALUES ("23", "José Escamilla", "19", "masculino", "San Salvador", NULL)
Actualizar o corregir un registro.	UPDATE tabla SET columna="dato" WHERE condición.	UPDATE usuarios SET edad="21" WHERE num_expediente="23";

Tabla 47 Actualización de información SQL

REQUISITOS BÁSICOS PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN.

RECURSOS NECESARIOS

RECURSO.	CARACTERÍSTICAS.	ÁREAS.
Computador.	Memoria RAM: 2 GB Procesador: 32 bits, 1GHz Disco duro: 160 GB	-Dirección. -Supervisión. -Trabajo Social. -Psicología. -Terapia Ocupacional. -Archivo y estadística.
Servicio de internet.	2MB.	-Dirección. -Supervisión. -Trabajo Social. -Psicología. -Terapia Ocupacional. -Archivo y estadística.
Recurso Humano	Ingeniero en sistemas o Técnico en sistemas con conocimientos del software para brindar soporte técnico.	Brinda soporte técnico en las áreas que lo necesiten.

Tabla 48 Recursos necesarios para implementación

CONFIGURACIÓN DE LA RED.

Pasos a Seguir para la Construcción de la Red:

1. Elegir el servidor determinado para la conexión con las estaciones de trabajo.
2. Determinar el tipo de adaptadores de Red.
3. Determinar hardware requerido incluyendo módems, adaptadores de red, concentradores y cables.
4. Medición del espacio entre las puestos de trabajo y el servidor.
5. Colocación de las canaletas Plástica.
6. Medición del Cableado.
7. Conexión del Cableado a los Conectores.
8. Instalar el hardware.
9. Configurar o verificar la conexión a Internet.
10. Conectar los equipos.

2.6 GUÍA DE EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Entre la problemática encontrada en el diagnóstico en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR), se logró identificar que no se tenían mecanismos de medición de la satisfacción de los usuarios, evidenciando la necesidad de crear procesos que permitan lograr este fin.

Usuarios: Son todos los usuarios que pertenecen al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, son las personas a las que se le exige a la institución brindar un servicio con la calidad que ellos requieren.

TÉCNICAS PARA MEDICIÓN DEL USUARIO.

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.

Tabla 49 Mecanismos de evaluación del usuario

MECANISMOS DE EVALUACIÓN DEL USUARIO.

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.

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 usuario, y se diferenciara del mecanismo de encuesta en el tiempo de retroalimentación, dinámica y rotación que este tendrá en el Centro.

2.6.1 METODOLOGÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO 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:

FASE	DESARROLLO
Definición del objeto de estudio o análisis	<ul style="list-style-type: none">• Definir el servicio que se va a analizar
Construcción de la herramienta (Encuesta de opinión)	<ul style="list-style-type: none">• Factores del servicio a incluir en la encuesta• Redacción de las preguntas a incluir en la encuesta• Composición del cuestionario completo
Determinación de factores clave y aplicación de encuesta	<ul style="list-style-type: none">• Determinar los grupos de usuarios a quienes ira dirigida la encuesta• Realizar una prueba piloto• Escoger la manera de facilitación del instrumento• Periodicidad de la realización de la encuesta• Capacitación del personal e implementación de la encuesta

2.6.2 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:

PROCESO:

Encuesta de satisfacción del usuario:

1. Límites del proceso
2. Requisitos de calidad
3. Ficha de proceso
4. Hoja de proceso

Cada una de las partes del diseño del proceso de la Encuesta de Satisfacción del usuario 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.

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 del proceso: formatos, instrumentos de medición u otros complementos del proceso.

Diseño de la encuesta de satisfacción del usuario.

Para conocer cómo se percibe el servicio del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, 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?

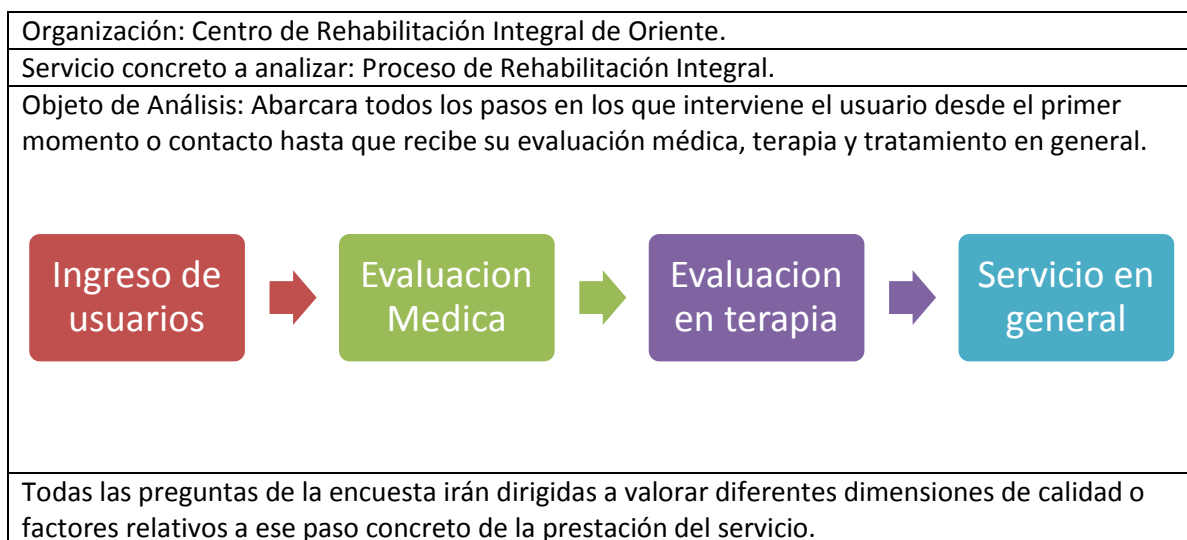
Definiremos, dentro del Centro, sobre qué servicio n o paso concreto de dicha prestación del servicio, vamos a analizar la satisfacción de nuestros usuarios.

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.*

ESQUEMA DE OBJETO DE ESTUDIO



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 evaluará 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:

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	¿Cuánto tiempo espero para su primera

atención. (Velocidad de respuesta ante las necesidades del usuario. Deseo de prestar un servicio rápido)	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 31 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:

N°	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 le 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. Identificar las causas de las elevadas inasistencias de los usuarios en sus consultas con especialistas.
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?	
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 Terapeuta	
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 CRIOR?	Medir cuantitativamente como percibe los usuarios al CRIOR

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.29 y P.30 que se muestra a continuación.

P 29 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: _____*

P 30 Mencione algunos aspectos que deberían de 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 Oriente
Encuesta de satisfacción de los servicios del CRIOR

Objetivo:

Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios del CRIOR, con respecto a las diferentes áreas en las que reciben servicios.

A continuación se presenta un cuestionario para medir la satisfacción del usuario, en todos los servicios de atención prestados, con relación a las siguientes preguntas marque con una "x" o responda según corresponda.

Pregunta general de satisfacción.

P. ¿en la escala del 1 al 10, siendo 10 la más alta, cual es la calificación general que usted daría al proceso de atención recibida hasta el momento en el CRIOR?

Espacios en blanco para que las personas usuarias puedan aportar lo que consideren conveniente sobre el tema.

P. ¿mencione algunos aspectos que se deberían de mejorar para brindarle un mejor servicio?

Agradecimiento

GRACIAS POR SU COLABORACION

Formato de encuesta

Ver Anexo 3

Formato de la encuesta.

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.

- Usuario activo: usuario que actualmente está recibiendo servicios médicos, de apoyo o de terapias en las instalaciones del Centro de rehabilitación integral de Oriente (CRIOR).
- 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".

Para identificar el nivel de satisfacción de los usuarios se tomarán en cuenta todos aquellos usuarios que se encuentren activos. Pero dado que no se cuenta con un dato actualizado, se tomará como referencia la última actualización registrada en el centro, la cual data de diciembre del año 2013.

Con dicho dato se calculará la muestra, asumiendo que de un año al otro los usuarios se han mantenido estables, ya que no se ha realizado ninguna acción extraordinaria que haya logrado un aumento en las atenciones brindadas.

Historial de usuarios Año 2013

Tipo de usuario	Cantidad	Detalle
Usuarios en rehabilitación	3,290	Son todos los usuarios activos que están recibiendo algún tipo de servicios, incluyendo algunos usuarios que están dados de alta pero llega cada cierto periodo a evaluación.
Egresos	1,387	Usuarios que han sido dado de alta definitiva del centro.
Activos	1,903	Usuarios que continúan en procesos de rehabilitación.

Tabla 50 Historial de Usuarios del ISRI año 2013

Para el cierre del 2013 los usuarios activos fueron 1903. Para efectos de análisis se entenderá éste dato como un promedio, es decir que si se hubiese hecho algún corte durante cualquier periodo del año se hubieran encontrado a los mismos 1903 usuarios activos.

Estos usuarios egresados se describen junto con sus causales el siguiente cuadro.

Egresos	Cantidad	Detalle
Rehabilitados	770	Usuarios que recibieron el alta definitiva del centro por rehabilitación exitosa.
Procedimientos incompletos	520	Alta registrada por inasistencia del usuario al centro.
Otros egresos	97	Usuarios que han sido dados de alta luego de alguna intervención médica u otro caso, luego del periodo de recuperación pueden regresar por algún tipo de rehabilitación.
Total	1387	Total Usuarios Egresados.

Tabla 51 Detalle de usuarios egresados año 2013.

POBLACIÓN.

USUARIOS

Entenderemos a las personas que reciben directamente la atención de rehabilitación o al acompañante que represente a éste cuando el que recibirá la terapia no posea todas sus facultades para representarse así mismo, es decir por ser menor de edad, mayor de edad o por tener problemas mentales.

Parámetros:

- ✓ Flujo elevado de usuarios directos e indirectos
- ✓ Heterogeneidad en las características de los usuarios indirectos, por lo tanto no se afecta la representatividad de la muestra.
- ✓ Ambiente que puede propiciar la confianza y facilitar el abordaje a los encuestados.

DETERMINACIÓN DEL TIPO DE MUESTREO.

El método utilizado para seleccionar la muestra será: **Muestreo Aleatorio Simple**. Teniendo en cuenta todas las características que presenta el estudio, considerado que cualquier persona que hace uso de los servicios tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para ser encuestado, además permite conocer con mayor certeza el grado de error que existirá en la muestra que se obtenga.

DETERMINAR EL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se ha establecido como punto geográfico para realizar la investigación las instalaciones del CRIOR ya que se necesita conocer la percepción de las usuarios que reciben los servicios del centro y es donde, lógicamente, con seguridad encontraremos a los usuarios.

Abordaje de la muestra seleccionada:

- ✓ Ubicarse en los puntos geográficos seleccionados dentro del Centro.
- ✓ Seleccionar personas (usuarios indirectos) al azar

Tiempo requerido para la recolección de información:

- ✓ Las encuestas se realizarán en un periodo de 2 semanas.

PROBABILIDAD DE ÉXITO Y FRACASO.

La probabilidad de éxito se considera como la probabilidad de que la parte interesada pueda conteste la encuesta. Por tanto, la probabilidad de fracaso será la probabilidad de que el individuo se niega a contestar la encuesta. Se realizara el número de intentos necesarios para obtener 20 usuarios directos del centro de rehabilitación, este constituirá la probabilidad del 100%.

A continuación se presentan las preguntas con la que se realizó la prueba piloto para determinar el valor de la probabilidad de éxito (p) y la probabilidad de fracaso ($1-p$):

Prueba piloto para determinar la probabilidad de éxito y la probabilidad de fracaso para el estudio:

PRUEBA PILOTO PARA DETERMINAR P Y Q

1. ¿Es usted usuario directo de los servicios de rehabilitación del CRIOR?

- Si No

Si respondió SI pase a la pregunta 3.

2. ¿Es usted acompañante de una persona que recibe atención en el Centro?

- Si No

Si respondió NO fin de la encuesta.

3. Según la siguiente escala ¿cómo calificaría el servicio de rehabilitación brindado por el centro?

- Muy Malo Malo Regular Bueno Muy Bueno Excelente

4. ¿Cuánto tiempo tuvo que esperar desde que se ingresó la solicitud al Centro hasta la primera terapia?

- Menos de 1 Semana
 2 Semanas
 1 Mes
 2 Meses
 3 Meses
 4 Meses
 Más de 5 Meses.

DETERMINACIÓN DE P Y Q.

De las 20 personas que fueron encuestadas, 18 de ellas responderían satisfactoriamente la encuesta. Las 2 personas restantes no estarían dispuestas a responder la encuesta o estaban en el centro por razones ajenas a la rehabilitación.

RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA PILOTO.

Prueba piloto			
Probabilidad de éxito	P	18	90%
Probabilidad de fracaso	Q	2	10%
Total		20	100%

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Debido a que el tamaño de la población es menor a 500,000 unidades muestrales, se utilizará la siguiente ecuación para determinar el tamaño de la muestra

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times (1 - p)}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times (1 - p)}$$

Donde

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada

q = probabilidad de fracaso (1-p)

d = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción)

Nivel de confianza (Z): El intervalo de confianza de la media nos da el porcentaje de seguridad que hace que la media muestral sea representativa de la media del universo. Para nuestra investigación se utilizará el intervalo de confianza de 1.96, lo que nos proporciona el 95% de confianza, según la tabla del nivel de confianza.

Error máximo admisible (d): El error máximo que puede aceptarse en los resultados es por lo general 10%, ya que variaciones mayores hacen dudar acerca de la validez de la información, pero para obtener una menor variación se determinó una precisión del 6 %.

DESARROLLO DE LA ECUACIÓN.

VARIABLES

VARIABLES	SÍMBOLO	VALOR
Tamaño de la población	N	1903
Nivel de confianza	Z	1.96
Probabilidad de éxito	p	0.90
Probabilidad de fracaso	q	0.10
Precisión (Error admisible)	d	0.06

Tabla 52 Definición de variables

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times (1-p)}{d^2 \times (N-1) + Z^2 \times p \times (1-p)} = \frac{1903 \times 1.96^2 \times 0.90 \times (1-0.90)}{0.06^2 \times (1903-1) + 1.96^2 \times 0.90 \times (1-0.90)} = 91.47 \approx 91$$

Total de encuestas: 91 para el grupo de interés de USUARIOS.

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 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.

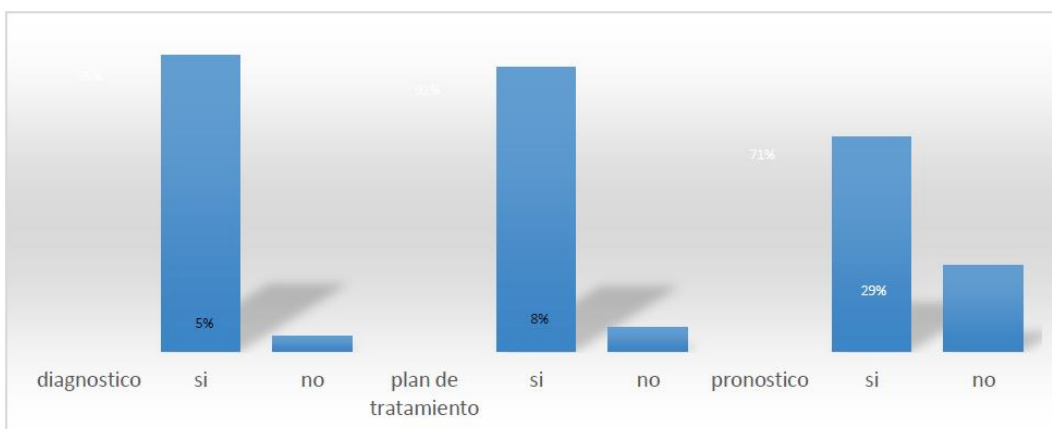
FASE 4: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA

En esta fase se 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 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 una pregunta 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 CRIOR.

2.6.3 PROCESO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

A continuación se define el siguiente contenido del Proceso de Encuesta de Satisfacción del usuario



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 CRIOR
Entrada: <ul style="list-style-type: none"> • Plan de trabajo anual.
Sub-Proceso: Encuesta de satisfacción al usuario.
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"> • Usuario. • Dirección ISRI.
Proveedor: Dirección CRIOR

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 CRIOR
 - Firma de Directora CRIOR

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.*

	<p style="text-align: center;">CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE</p> <p style="text-align: center;">FICHA DE PROCESO</p>		
<p>Propietario: Dirección</p>	<p>Proceso: Encuesta de Satisfacción Usuario</p>	<p>Frecuencia: 2 veces al año</p>	
<p>Finalidad: Identificar y establecer las inconformidades y necesidades que manifiestan los usuarios a través de encuestas.</p>			
<p>Alcance:</p>	<p>Inicia: plan de trabajo anual Finaliza: Archivo de informe</p>		
<p>Procesos con los que se relaciona: Recepción de quejas y/o sugerencias.</p>			
<p>Entrada: Plan de trabajo anual</p> <p>Proveedor: Directora Centro de Rehabilitación de Oriente</p>			
<p>Salida: Informe final de encuesta satisfacción del usuario Informe de medidas correctivas</p> <p>Cliente interno: Dirección Centro de Rehabilitación de Oriente</p>			
<p>Indicadores Nivel de Satisfacción del Usuario</p>			

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 EVALUACION DEL USUARIO

Elaboración:
Marzo 2015
Revisión:
Marzo 2015
Pág.: ½

FINALIDAD:

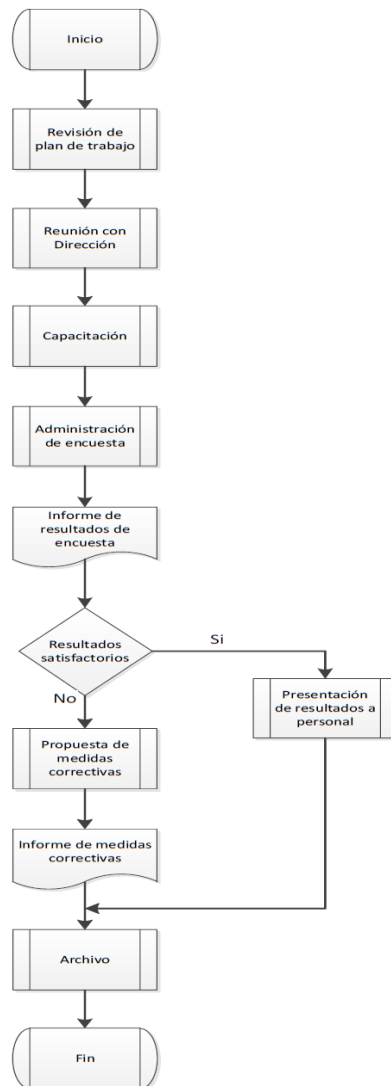
APLICA A: Comité de Calidad.

Ejecutor

Flujograma

Descripción:

- 1. Dirección
- 2. Dirección
- 3. Dirección
- 4. Encuestador
- 5. Encuestador
- 6. Encuestador
- 7. Dirección / Encuestador
- 8. Dirección



1. Se revisa el plan anual de trabajo del Centro de Rehabilitación de Oriente, 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 Oriente, 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.

Irrito
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.

4. 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

		<p><i>solicitándoles su cooperación para administrarles el cuestionario, hasta completar el número de usuarios a encuestar.</i></p> <p><i>5. 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></p> <p><i>6. Se entrega informe de medidas correctivas en físico y electrónico a Directora CRIOR, en el cual se exponen las acciones a realizar para la mejora del servicio.</i></p> <p><i>7. 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></p> <p><i>8. 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>
--	--	---

3. GESTIÓN DE INDICADORES

3.1 GUIA DE INDICADORES DE GESTION.

Los sistemas de indicadores son instrumentos útiles en los procesos de decisión, tanto en la fase de planificación como en la de gestión, puesto que describen la realidad de un ámbito concreto mediante parámetros objetivos. De hecho no sólo son capaces de caracterizar la situación presente sino también de monitorizar su evolución, hecho que permite elaborar estrategias de futuro.

Un indicador se define como un dato o conjunto de datos que ayudan a medir objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad. Los indicadores son necesarios para poder mejorar. Lo que no se mide no se puede controlar, y lo que no se controla no se puede gestionar. No se pueden tomar decisiones por simple intuición. Los indicadores mostrarán los puntos problemáticos del proceso y nos ayudarán a caracterizarlos, comprenderlos y confirmarlos.

Un indicador siempre debe estar unido a la definición de objetivos a alcanzar. El indicador es una medida cuantitativa del desempeño, que sólo cobrará significado si lo ponemos en consonancia con el objetivo que previamente nos hayamos marcado. Es su comparación con este objetivo lo que nos dirá si estamos actuando de manera adecuada, si los procesos son efectivos y eficientes, etc.

Una forma adecuada al definir el indicador es el identificar las variables críticas para alcanzar el objetivo, también denominadas “factores críticos de éxito”. Equivale a preguntarse ¿cómo sabremos que estamos logrando el objetivo?

Para cada indicador, además de definir el qué se medirá, debe quedar claro el cómo se medirá, quien lo medirá, la frecuencia de medición así como la frecuencia de revisión. Deben contar con una meta numérica propuesta, preferiblemente, con un valor inicial, y una fecha en la cual se espera alcanzar.

3.1.1 TIPOS DE INDICADORES

- 1. Indicadores de cumplimiento:** teniendo en cuenta que cumplir tiene que ver con la conclusión de una tarea. Los indicadores de cumplimiento están relacionados con los ratios que nos indican el grado de consecución de tareas y/o trabajos. Ejemplo: cumplimiento del programa de pedidos, cumplimiento del cuello de botella, etc.
- 2. Indicadores de evaluación:** Teniendo en cuenta que evaluación tiene que ver con el rendimiento que obtenemos de una tarea, trabajo o proceso. Los indicadores de evaluación están relacionados con los ratios y/o los métodos que nos ayudan a identificar nuestras fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora. Ejemplo: evaluación del proceso de Gestión de pedidos siguiendo las directrices del modelo Reder de EFQM.
- 3. Indicadores de eficiencia:** teniendo en cuenta que eficiencia tiene que ver con la actitud y la capacidad para llevar a cabo un trabajo o una tarea con el mínimo gasto de tiempo. Los indicadores de eficiencia están relacionados con los ratios que nos indican el tiempo invertido en la consecución de tareas y/o trabajos. Ejemplo: Tiempo prestación de un servicio.
- 4. Indicadores de eficacia:** Teniendo en cuenta que eficaz tiene que ver con hacer efectivo un intento o propósito. Los indicadores de eficacia están relacionados con los ratios que nos indican capacidad o acierto en la consecución de tareas y/o trabajos. Ejemplo: grado de satisfacción de los clientes con relación a lo solicitado.
- 5. Indicadores de gestión:** teniendo en cuenta que gestión tiene que ver con administrar y/o establecer acciones concretas para hacer realidad las tareas y/o trabajos programados y planificados. Los indicadores de gestión están relacionados con los ratios que nos permiten administrar realmente un proceso. Ejemplo: administración y/o gestión de las reservas en las residencias universitarias.

Una organización, por tanto, debe plantearse la necesidad de definir indicadores dando respuesta a las siguientes preguntas:

- ✚ ¿Qué debemos medir?
- ✚ ¿Dónde es conveniente medir?
- ✚ ¿Cuándo hay que medir? ¿En qué momento o con qué frecuencia?
- ✚ ¿Quién debe medir?
- ✚ ¿Cómo se debe medir?
- ✚ ¿Cómo se van a difundir los resultados?
- ✚ ¿Quién y con qué frecuencia se va a revisar y/o auditar el sistema de obtención de datos?

Ya que la apuesta en este trabajo es la gestión por procesos, todas las áreas estarán siendo administradas en función de sus procesos por lo cual se deberán definir los indicadores relacionados con sus procesos de gestión.

3.1.2 INDICADORES DE GESTIÓN.

Se conoce como indicador de gestión a aquel dato que refleja cuáles fueron las consecuencias de acciones tomadas en el pasado en el marco de una organización. La idea es que estos indicadores sienten las bases para acciones a tomar en el presente y en el futuro.

Es importante que los indicadores de gestión reflejen datos veraces y fiables, ya que el análisis de la situación, de otra manera, no será correcto. Por otra parte, si los indicadores son ambiguos, la interpretación será complicada.

Lo que permite un indicador de gestión es determinar si un proyecto o una organización están siendo exitosos o si están cumpliendo con los objetivos. El líder de la organización es quien suele establecer los indicadores de gestión, que son utilizados de manera frecuente para evaluar desempeño y resultados.

CARACTERÍSTICAS DE LOS INDICADORES DE GESTION.

- ✚ **Pertinencia:** Busca que el indicador permita describir la situación o fenómeno determinado, objeto de la acción.
- ✚ **Funcionalidad:** Verifica que el indicador sea Medible, Operacional y Sensible a los cambios registrados en la situación inicial.
- ✚ **Disponibilidad:** Los indicadores deber ser construidos a partir de variables sobre las cuales existan registros estadísticos de tal manera que puedan ser consultados cuando sea necesario.
- ✚ **Interpretabilidad:** Se espera que sean fáciles de entender por los interesados, aun cuando no sean especialistas.
- ✚ **Utilidad:** Que los resultados y análisis permitan tomar decisiones.
- ✚ **Confiabilidad:** Los datos deben ser medidos siempre bajo ciertos estándares de confiabilidad y la información requerida debe poseer atributos de calidad estadística.



ELEMENTOS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN.

Los indicadores de Gestión resultan ser una manifestación de los objetivos estratégicos de una organización a partir de su Misión. Igualmente, resultan de la necesidad de asegurar la integración entre los resultados operacionales y estratégicos de la empresa. Deben reflejar la estrategia corporativa a todos los empleados. Dicha estrategia no es más que el plan o camino a seguir para lograr la misión.

Para la construcción de indicadores de gestión son considerados los siguientes elementos:

La Definición: Es la expresión verbal de lo que se busca medir con el indicador.

El Objetivo: El objetivo es lo que persigue el indicador seleccionado. Indica el mejoramiento que se busca y el sentido de esa mejora (maximizar, minimizar, eliminar, etc.). El objetivo en consecuencia, permite seleccionar y combinar acciones preventivas y correctivas en una sola dirección.

Los Valores de Referencia: El acto de medir es realizado a través de la comparación y esta no es posible si no se cuenta con un nivel de referencia para comparar el valor de un indicador. Existen los siguientes valores de referencia:

✚ Valor histórico:

- ✓ Muestra cómo ha sido la tendencia a través en el transcurso del tiempo.
- ✓ Permite proyectar y calcular valores esperados para el período.
- ✓ El valor histórico señala la variación de resultados, su capacidad real, actual y probada, informa si el proceso está, o ha estado, controlado.
- ✓ El valor histórico dice lo que se ha hecho, pero no dice el potencial alcanzable.

✚ Valor estándar:

- ✓ El estándar señala el potencial de un sistema determinado.

✚ Valor teórico:

- ✓ También llamado de diseño, usado fundamentalmente como referencia de indicadores vinculados a capacidades de máquinas y equipos en cuanto a producción, consumo de materiales y fallas esperadas.
- ✓ El valor teórico de referencia es expresado muchas veces por el fabricante del equipo.

✚ Valor de requerimiento de los usuarios:

- ✓ Representa el valor de acuerdo con los componentes de atención al cliente que se propone cumplir en un tiempo determinado.

✚ Valor de la competencia:

- ✓ Son los valores de referencia provenientes de la competencia (por benchmarking); es necesario tener claridad que la comparación con la competencia sólo señala hacia dónde y con qué rapidez debe mejorar, pero a veces no dice nada del esfuerzo a realizar.

✚ Valor por política corporativa:

- ✓ A través de la consideración de los dos niveles anteriores se fija una política a seguir respecto a la competencia y al usuario.
- ✓ No hay una única forma de estimarlos se evalúan posibilidades y riesgos, fortalezas y debilidades, y se establecen.

✚ Determinación de valores por consenso:

- ✓ Cuando no se cuenta con sistemas de información que muestren los valores históricos de un indicador, ni cuenta con estudios para obtener valores estándar, para lograr determinar los requerimientos del usuario o estudios sobre la competencia, una forma rápida de obtener niveles de referencia es acudiendo a las experiencias acumuladas del grupo involucrado en las tareas propias del proceso.

Nivel del Indicador: Clarifica el nivel jerárquico al que la información va dirigida ya que no todos los indicadores le son de utilidad a todos los niveles de la organización.

Fórmula del Indicador: Define la forma cómo se obtienen y conforman los indicadores, la forma de calcularlo. Teniendo en cuenta los datos necesarios para construir un indicador verás y confiable.

La Periodicidad: Define el momento en que debe evaluarse el indicador, el tiempo en que se considera oportuno revisarlo para sacar conclusiones y acciones de mejora.

DIMENSIONES DE LOS INDICADORES.

Es importante ajustar o administrar que el conjunto de indicadores de cada proceso esté alineado con la Misión de la organización, para lograr la efectividad de los objetivos estratégicos propuestos. A continuación se muestran las Dimensiones de los Indicadores de Gestión.

TIPO	REVISION	ENFOQUE	PROPOSITO
Planeación Estratégica	Desempeño global de la organización	Largo plazo (Anuales)	Alcances de la Visión y la Misión
Planeación Funcional	Desempeño de las áreas funcionales	Corto y mediano plazo (Mensuales o Semestrales)	Apoyo de las áreas funcionales para el logro de las metas estratégicas de la organización.
Planeación Operativa	Desempeño individual de empleados, equipos, productos, servicios y procesos.	Cotidiano (Semanales, diarias, horas)	Alineamiento del desempeño de empleados, equipos, productos, servicios y de los procesos con las metas de la organización y de las áreas funcionales

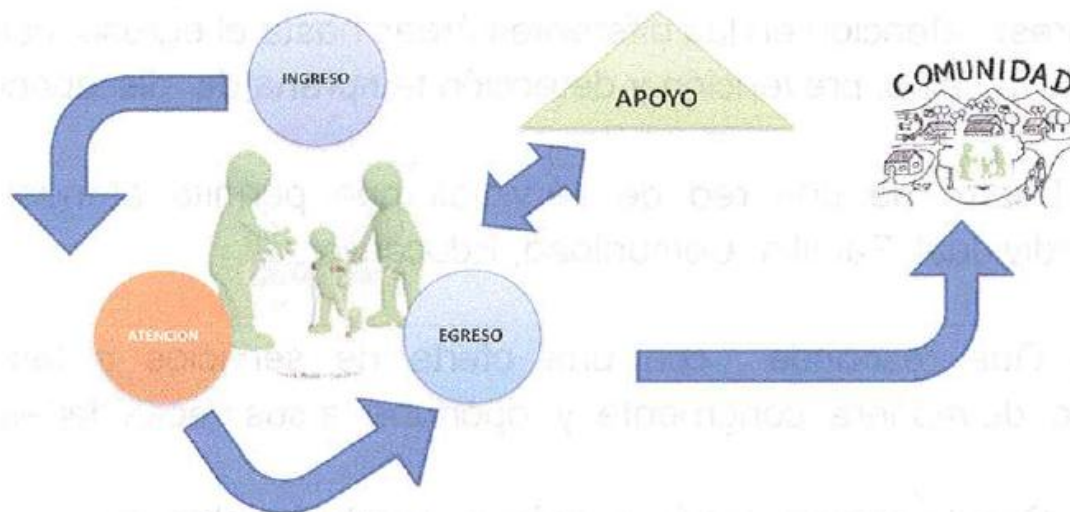
3.1.3 ESTRATEGIAS DEL CROR

Según el Modelo de Atención y Provisión del CROR vigente a la fecha la Misión es como sigue:

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

Se pueden inferir dentro de esta misión la necesidad de que la rehabilitación se dé en las mejores condiciones, esto incluye la calidad, la calidez y por supuesto que sea en el menor tiempo posible. Por lo cual también se debe buscar que el modelo opere de forma óptima. Para esto se debe contar con los indicadores de gestión que permitan determinar si la estrategia se está cumpliendo, tal como se dijo en los párrafos anteriores al describir a los indicadores.

De igual forma el modelo de Atención y Provisión establece los procesos clave a los cuales se les debe brindar atención: INGRESO – ATENCION – EGRESO, tal como lo indica el siguiente esquema:



Entre los principales retos estratégicos del CRIOR se encuentran:

RETOS ESTRATEGICOS	ACCIONES CLAVE
<p>Brindar atención integral de acuerdo a las necesidades de cada usuario en calidad y calidez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Orientar la administración a Gestión por procesos. ✚ Enfocar todos los esfuerzos a las verdaderas necesidades de los usuarios y sus familias. ✚ Evaluar constantemente el desempeño de la institución, a través de la perspectiva del usuario. ✚ Apego a los requerimientos de la Carta Iberoamericana de la Calidad de la Gestión Pública. ✚ Acompañar los esfuerzos gubernamentales





<p>Promover una cultura de inclusión familiar y social.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 Realizar evaluaciones integrales de la situación individual de cada usuario. 2 Determinar el grado de satisfacción del usuario con respecto a la inclusión familiar y social. 3 Diseñar los mecanismos que permitan identificar las expectativas y necesidades de los usuarios y sus familiares.
<p>Brindar una atención de mayor cobertura.</p>	<p>Medición constante de las listas de espera del CRIOR y de las estadísticas locales de habilidades especiales.</p> <p>Incremento del flujo de pacientes a través de procesos más ordenados.</p> <p>Realización de evaluaciones internas que garanticen la ejecución óptima de los procesos.</p>

3.1.4 DETERMINACION DE LOS INDICADORES DE LAS ACCIONES CLAVES DEL CRIOR.

Para lograr que el CRIOR vuelva realidad los retos estratégicos determinados en su misión se deberán identificar los indicadores que permitirán medir la dirección y grado de avance de los procesos contra sus parámetros, únicamente de las acciones clave que competan al proyecto de modelo de gestión por procesos. A continuación se enlistarán los indicadores que podrían ser parte de este sistema:

ACCIONES CLAVE	FORMA DE MEDICION
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Orientar la administración a Gestión por procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Inventario de Procesos
<ol style="list-style-type: none"> 1 Realizar evaluaciones integrales de la situación individual de cada usuario. 2 Determinar el grado de satisfacción del usuario con respecto a la inclusión familiar y social. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Satisfacción del Usuario.
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Apego a los requerimientos de la Carta Iberoamericana de la Calidad de la Gestión Pública. ✚ Acompañar los esfuerzos gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Cumplimiento de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública.
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Enfocar todos los esfuerzos a las verdaderas necesidades de los usuarios y sus familias. ✚ Evaluar constantemente el desempeño de la institución, a través de la perspectiva del usuario. ✚ Diseñar los mecanismos que permitan identificar las expectativas y necesidades de los usuarios y sus familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Calidad del Servicio.
<p>Medición constante de las listas de espera del CRIOR y de las estadísticas locales de habilidades especiales.</p>	<p>3 Cobertura del Servicio</p>
<p>Incremento del flujo de pacientes a través de procesos más ordenados.</p>	<p>4 Eficiencia del Servicio</p>
<p>5 Realización de evaluaciones internas que garanticen la ejecución óptima de los procesos.</p>	<p>6 Satisfacción y calidad del servicio al cliente interno</p>

Dado que ya se han determinado los indicadores clave del proyecto se deberán definir cada uno de ellos, tal como sigue a continuación:











INDICADORES CLAVE DE GESTION	RAZON DE SER
 Inventario de Procesos	Clarifican las actividades que realmente agregan valor al servicio y que son necesarias para el cumplimiento de la misión.
 Satisfacción del Usuario.	Brinda el acercamiento al usuario directo y a su percepción del servicio que él está obteniendo en el CRIOR.
 Cumplimiento de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública.	Dar seguimiento al avance alcanzado en implantación de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública.
 Calidad del Servicio.	Permite la mejora continua al reconocer partes dentro del proceso que no son consideradas de calidad o que no cumplen con los requisitos de los usuarios.
7 Cobertura del Servicio	Establece la demanda real de servicio y la forma en que evoluciona la mejora en todo el sistema a través de la gestión por procesos.
8 Eficiencia del Servicio	Permite la asignación y uso correcto de todos los recursos para la obtención del resultado.
9 Satisfacción y calidad del servicio al cliente interno	Permite identificar los puntos de mejora en el ambiente laboral al ver las oportunidades internas entre las diferentes áreas del CRIOR.

3.1.5 DEFINICION DE LOS INDICADORES DE LOS PROCESOS.

En los niveles más bajos de acción se encuentran los niveles operativos, para estos niveles son muy importantes los indicadores, los cuales están presenten casi en tiempo real, tal es el caso de los indicadores de procesos.

Los indicadores de procesos nos permiten evaluar los resultados obtenidos al realizar las acciones cotidianas de la institución, y son orientados tanto al usuario y su grupo familiar como a los especialistas del CRIOR y básicamente se pueden separar por el macro proceso al que pertenecen.

Según su macro proceso los indicadores de gestión del CRIOR se pueden clasificar así:

MACRO PROCESO	INDICADOR
INGRESO	1 % Nuevos usuarios.
	2 % Ingresos por especialidad.
	3 % En lista de espera.
	4 % Demanda por especialidad.
	5 Diagnósticos generales realizados.
	6 Tiempo promedio de espera hasta primera atención terapéutica.
ATENCIÓN	 % Atenciones efectivas.
	 % Utilización por especialidad.
	 % Usuarios activos.
	 Tiempo promedio por terapia.
	 % Atenciones no realizadas.
	 % Atenciones no realizadas por el usuario.
	 % Atenciones no realizadas por el CRIOR.
EGRESO	 Tiempo promedio de rehabilitación.
	 % Altas rehabilitadas.
	 % Altas por abandono.

3.1.6 FICHAS DE INDICADORES.

NOMBRE DEL INDICADOR	1 Inventario de Procesos
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Identificar las actividades que realmente agregan valor al servicio que brinda CRIOR y que se declaran como necesarias para la satisfacción del Usuario.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Optimizar los procesos a través de una clara estructura y un eficiente ciclo de mejora continua.
VALOR DE REFERENCIA	100
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	INV. PROCESOS = \sum PROCESOS CRIOR
PERIODICIDAD	SEMESTRAL
NOMBRE DEL INDICADOR	2 Satisfacción del Usuario.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Brinda el acercamiento al usuario directo y a su percepción del servicio que él está obteniendo en el CRIOR.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Identificar desvíos del procesos y corregirlos.
VALOR DE REFERENCIA	95
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	EVALUACION ESCRITA
PERIODICIDAD	SEMESTRAL
NOMBRE DEL INDICADOR	3 Cumplimiento de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Dar seguimiento al avance alcanzado en implantación de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Medir el grado de avance hacia el cumplimiento de la Carta.
VALOR DE REFERENCIA	85%
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	EVALUACION DE LA CICGP
PERIODICIDAD	SEMESTRAL
NOMBRE DEL INDICADOR	4 Calidad del Servicio.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Permite la mejora continua al reconocer partes dentro del proceso que no son consideradas de calidad o que no cumplen con los requisitos de los usuarios.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Mejorar el proceso buscando entregar a los usuarios un servicio que cumpla sus expectativas.
VALOR DE REFERENCIA	95%
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	EVALUACION ESCRITA
PERIODICIDAD	SEMESTRAL

NOMBRE DEL INDICADOR	5 Cobertura del Servicio
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Establece la demanda real de servicio y la forma en que evoluciona la mejora en todo el sistema a través de la gestión por procesos.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Identificar las necesidades de la población y las limitantes del CROR para buscar alternativas que permitan ampliar la cobertura.
VALOR DE REFERENCIA	70%
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	COBERTURA = (USUARIOS ACTIVOS / (USUARIOS ACTIVOS + LISTA DE ESPERA))
PERIODICIDAD	SEMESTRAL

NOMBRE DEL INDICADOR	6 Eficiencia del Servicio
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Permite la asignación y uso correcto de todos los recursos para la obtención del resultado.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Orientar de forma óptima los recursos en función de las necesidades reales de los usuarios.
VALOR DE REFERENCIA	95%
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	EFICIENCIA = (TIEMPO DE UTILIZACION / TIEMPO DISPONIBLE)
PERIODICIDAD	SEMESTRAL

NOMBRE DEL INDICADOR	7 Satisfacción y calidad del servicio al cliente interno
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Permite identificar los puntos de mejora en el ambiente laboral al ver las oportunidades internas entre las diferentes áreas del CROR.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Identificar y solventar áreas de oportunidad internas dentro del proceso logrando la sinergia de todas las áreas involucradas.
VALOR DE REFERENCIA	95%
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	EVALUACION ESCRITA
PERIODICIDAD	SEMESTRAL

NOMBRE DEL INDICADOR	8 - % Nuevos usuarios.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Identifica la cantidad de nuevos usuarios ingresados tomando como referencia a los usuarios activos.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Medir la capacidad de respuesta ante la demanda de la población.
VALOR DE REFERENCIA	30%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% NUEVOS USUARIOS = NUEVOS USUARIOS / USUARIOS ACTIVOS PERIODO ANTERIOR.
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	9 - % Ingresos por especialidad.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Identifica el ingreso correspondiente a cada especialidad comparándolo contra los usuarios activos.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Medir el ranking de demanda de cada especialidad para orientar los recursos de una forma mas eficiente.
VALOR DE REFERENCIA	30%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% NUEVOS USUARIOS X ESP. = NUEVOS USUARIOS X ESP. / USUARIOS ACTIVOS X ESP. PERIODO ANTERIOR.
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	10 - % En lista de espera.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el porcentaje de usuarios potenciales que ha llegado al CRIOR a solicitar un cupo para ser tratado en la rehabilitación, pero que aún no lo han conseguido.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Monitorear el comportamiento de la demanda para tomar acciones que ayuden a reducirla.
VALOR DE REFERENCIA	10%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% LISTA DE ESPERA = LISTA DE ESPERA / USUARIOS ACTIVOS.
PERIODICIDAD	MENSUAL
NOMBRE DEL INDICADOR	11 - % Demanda por especialidad.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el porcentaje de usuarios potenciales que ha llegado al CRIOR a solicitar un cupo para ser tratado en la rehabilitación en una especialidad, pero que aún no lo han conseguido.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Monitoriar la demanda por especialidad para tomar acciones focalizadas por especialidad
VALOR DE REFERENCIA	VALOR HISTORICO
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% DEMANDA X ESP = (USUARIOS ACTIVOS X ESP + LISTA DE ESPERA X ESP.) / (USUARIOS ACTIVOS + LISTA DE ESPERA)
PERIODICIDAD	MENSUAL
NOMBRE DEL INDICADOR	12 - Diagnósticos generales realizados.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es un indicador operativo que nos indica la cantidad de nuevos usuarios que se diagnostican a diario.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Medir la capacidad de realizar diagnósticos y la eficiencia de esta área.
VALOR DE REFERENCIA	6000%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	DIAGNOSTICOS = \sum DIAGNOSTICOS DIARIOS
PERIODICIDAD	SEMANAL
NOMBRE DEL INDICADOR	13 - Tiempo promedio de espera hasta primera atención terapéutica.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Representa el tiempo promedio transcurrido desde su primer acercamiento y su primera terapia.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Mejorar el tiempo de espera de los usuarios
VALOR DE REFERENCIA	30 DIAS
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	T. PROM DE ESPERA 1RA VEZ = \sum (T. DE ESPERA DESDE EL PRIMER ACERCAMIENTO HASTA LA PRIMER TERAPIA)/N
PERIODICIDAD	MENSUAL
NOMBRE DEL INDICADOR	14 - % Atenciones efectivas.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Dar seguimiento a la programación de atenciones en el CRIOR
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Monitoriar el desarrollo de las atenciones en el CRIOR.
VALOR DE REFERENCIA	95%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% ATENCIONES EFECTIVAS = ATENCIONES REALIZADAS / ATENCIONES PROGRAMADAS.
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	15 - % Utilización por especialidad.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Representa la utilización de cada especialidad es decir de todo el potencial cuánto se utiliza.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Se persigue tener los recursos óptimos para la brindar un servicio óptimo.
VALOR DE REFERENCIA	95%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	$\% \text{ UTILIZACION X ESP} = \text{TIEMPO UTILIZADO X ESP} / \text{TIEMPO DISPONIBLE X ESP}$
PERIODICIDAD	MENSUAL
NOMBRE DEL INDICADOR	16 - Usuarios activos.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el número de usuarios dentro del sistema del CRIOR recibiendo atenciones de rehabilitación.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Mejorar cada vez el número de usuarios dentro del sistema.
VALOR DE REFERENCIA	VALOR HISTORICO
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	$\text{USUARIOS ACTIVOS} = \sum \text{USUARIOS ACTIVOS}$
PERIODICIDAD	MENSUAL
NOMBRE DEL INDICADOR	17 - Tiempo promedio por terapia.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el tiempo que tarda en promedio las terapias.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Uniformizar los tiempos por terapias, para eficientizar los recursos.
VALOR DE REFERENCIA	30 MIN
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	$\text{T. PROM X TERAPIA} = \sum (\text{T. DE CADA TERAPIA}) / \text{N}^\circ \text{ DE TERAPIAS.}$
PERIODICIDAD	MENSUAL
NOMBRE DEL INDICADOR	18 - % Atenciones no realizadas.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el número de atenciones que se dejaron de realizar.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Minimizar las atenciones que no se realizan.
VALOR DE REFERENCIA	5%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	$\% \text{ ATENCIONES NO REALIZADAS} = \text{ATENCIONES NO REALIZADAS} / \text{ATENCIONES PROGRAMADAS.}$
PERIODICIDAD	MENSUAL
NOMBRE DEL INDICADOR	19 - % Atenciones no realizadas por el usuario.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el número de atenciones que se dejaron de realizar por responsabilidad del usuario.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Mínimizar las atenciones no realizadas por responsabilidad del usuario.
VALOR DE REFERENCIA	3%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	$\% \text{ ATENCIONES NO REALIZADAS X USUARIO} = \text{ATENCIONES NO REALIZADAS X USUARIO} / \text{ATENCIONES PROGRAMADAS.}$
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	20 - % Atenciones no realizadas por el CRIOR.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el número de atenciones que se dejaron de realizar por responsabilidad del CRIOR.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Mínimizar las atenciones no realizadas por responsabilidad del CRIOR.
VALOR DE REFERENCIA	3%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% ATENCIONES NO REALIZADAS X CRIOR = ATENCIONES NO REALIZADAS X CRIOR / ATENCIONES PROGRAMADAS.
PERIODICIDAD	MENSUAL

4. GESTION DE MEJORA CONTINUA

La gestión de la mejora continua se lleva cabo con el diseño de dos manuales que permiten la verificación constante del desempeño de la institución, así como; la mejora a partir de revisiones y toma de acciones correctivas todo esto a partir de la implementación del **MANUAL PARA LA MEJORA CONTINUA**. Cabe mencionar que en esta sección se toma en cuenta la concientización de las Jefaturas así como la capacitación del personal lo que se recoge en el **MANUAL DE REHABILITACIÓN BASADO EN Y CON LA COMUNIDAD**, el cual hace énfasis a la concientización de los jefes para que se dispongan a poner en marcha las soluciones propuestas así como los cambios sugeridos, haciendo énfasis en la importancia que tiene la mejora del servicio brindado en los resultados obtenidos por los usuarios.

Sumado a lo anterior se ha diseñado un **SISTEMA DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN** en el que se detalla el tipo de comunicación que debe darse entre los colaboradores que serán encargados de llevar a cabo la implementación del modelo de gestión diseñado, dicho aporte será de utilidad para llevar un mejor control de la información necesaria para dicha implementación, además será complemento para el control que se llevara avado por medio del manual para la mejora continua.

A continuación se detalla el manual de Rehabilitación Basado en y con la comunidad y el manual para la mejora continua en el CRIOR.

4.1 MANUAL DE REHABILITACIÓN BASADO EN Y CON LA COMUNIDAD (ESTRATEGIA RBC)

**MANUAL DE REHABILITACIÓN BASADO EN Y CON LA
COMUNIDAD (ESTRATEGIA RBC)**



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS DEL MANUAL

3. ANTECEDENTES

4. IMPORTANCIA DE CONTAR CON UN MANUAL

5. MARCO TEORICO

6. EJERCICIOS

7. GLOSARIO

1. INTRODUCCIÓN

El proceso de rehabilitación a través de la RBC vincula y responsabiliza a todos los sectores en la sociedad. A través de la estrategia “Rehabilitación Basada en, y con la Comunidad” se tiene una metodología comunitaria, en donde participa un equipo multi e interdisciplinario, con profesionales en el tema de la discapacidad, personal local capacitado, personas con discapacidad, familiares, estudiantes y voluntarios.

La estrategia RBC estimula la creación de instancias locales de rehabilitación en cada una de las comunidades que participan en la estrategia, a través del reclutamiento, capacitación y supervisión de promotores locales de rehabilitación. Estos promotores son personas de cada localidad; y pueden ser personas con alguna discapacidad o miembros de sus familias, estudiantes, técnicos, profesionales en salud, catequistas, así como otros colaboradores voluntarios.

La inclusión plena de las personas con capacidades especiales de desarrollo en sus escuelas y comunidades es el principio básico de la buena y sana calidad de vida. Al desarrollar relaciones significativas con amigos, compañeros, familiares y conciudadanos, las personas con discapacidades del desarrollo vivirán una vida plena y gratificante.

Una de las formas más eficaces de cambiar conductas y reducir la hostilidad y otras experiencias negativas es realizar actividades específicas y prácticas diseñadas con la intención de aumentar el conocimiento y mejorar las actitudes hacia las personas con discapacidad.

Bajo esta premisa nace el presente documento, con el cual se busca crear y desarrollar conciencia sobre la discapacidad, a través del reclutamiento, capacitación y supervisión de promotores locales de rehabilitación.

2. OBJETIVOS DEL MANUAL

- ✓ Incentivar el conocimiento sobre la discapacidad de los involucrados en el proceso de rehabilitación mediante la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en y con la Comunidad.
- ✓ Desarrollar un nuevo enfoque sobre la discapacidad y potencializar el grado de ayuda que se le puede ofrecer a los niños, adolescentes y adultos enfrentados a estas circunstancias.
- ✓ Crear herramientas que fortalezcan el vínculo entre los responsables de brindar las terapias y los encargados de los usuarios en especial niños y adolescentes.
- ✓ Promover la participación en el proceso de rehabilitación, tanto de los involucrados como de la sociedad en general en busca de la inserción y desarrollo pleno de sus capacidades.

3. ANTECEDENTES

Historia

El Centro de Rehabilitación de Oriente (CRIOR) nace a través de la iniciativa del Club 20-30 FUNTER, nace el 13 de julio de 1987, fue construido en la ciudad de San Miguel con fondos de la Campaña Teletón 20-30. A partir del 1988 se incorpora y se vuelve una de las dependencias del ISRI. Atendiendo la necesidad de las personas con discapacidad de la zona oriental del país, brindando servicios de rehabilitación en las áreas físicas, sensorial, comunicación humana y pre vocacional de forma oportuna y eficaz.

En 1998, el centro ha llevado la rehabilitación hasta los lugares más remotos de la zona a través de la Unidad Móvil, satisfaciendo la demanda de aquellos pacientes que por su misma naturaleza de la lesión o discapacidad o accesibilidad al centro no pueden asistir a sus tratamientos, además sea logrado capacitar en un 80% a los promotores de salud de la zona en lo que respecta la prevención en rehabilitación, se han realizado supervisiones y adiestramiento con el personal de los centros de primer nivel ubicados en lo rural de la zona.

4. IMPORTANCIA DE CONTAR CON UN MANUAL

La importancia de implementar la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad es multiplicar las instancias de rehabilitación a partir de la capacitación y concientización de las personas más cercanas (maestros, padres, madres, tíos, esposos, hijos, etc.). Con ello, no solo se vuelve posible la atención de un mayor número de personas con discapacidad, sino que se abaratan considerablemente los costos de rehabilitación, dado que la mayoría de promotores trabaja de manera voluntaria.

Para capacitar y concientizar sobre las discapacidades es necesario contar con una herramienta que permita desarrollar de la mejor manera el trabajo, por eso se diseñó el presente manual que permitirá a los participantes aprender, concientizarse y participar de alguna manera en el proceso de rehabilitación de las personas.

Primero se presenta información sobre el concepto de discapacidad, luego sobre las actitudes que ellos tienen hacia estas y por último tocar el tema de educación inclusiva, al conocer estos diferentes temas los participantes tendrán un nuevo enfoque sobre las discapacidades y podrán reproducir esos conocimientos a las personas cercanas a ellas.

5. MARCO TEORICO

REABILITACIÓN BASADA EN Y CON LA COMUNIDAD

DEFINICIÓN DE R.B.C.

Según la Organización Mundial de Salud O.M.S. "este término abarca toda situación en la que los recursos de rehabilitación están disponibles dentro de la comunidad. Este proceso implica la transferencia de conocimientos a las personas con discapacidad, sus familias y miembros de la comunidad acerca de las discapacidades y las actividades de rehabilitación". También implica, según la O.M.S., la participación comunitaria en la planificación, toma de decisiones y evaluación de la estrategia.

METODOLOGIA DE R.B.C



CAPACITACIÓN

Los padres, vecinos, parientes, grupos y líderes comunitarios se benefician probablemente de recibir capacitación sobre cómo pueden ayudar y apoyar a las personas con discapacidades, así como promover su inclusión. Las discusiones deben proponerse alentar a los familiares a comunicarse con los usuarios sobre su situación, y asegurar su integración y participación en la comunidad más amplia, especialmente con los jóvenes en la vida escolar.

Los maestros en la escuela deben recibir información y formación sobre cómo adaptar su enseñanza a niños con necesidades especiales así mismo se debe mostrar a los padres Cómo ayudar a sus hijos con ejercicios esenciales, etc.

El promover la inclusión de personas con discapacidades en actividades normales requerirá más que una simple provisión de dispositivos y equipo de asistencia, personal, servicios de intérprete y otras medidas. Para lograr la homologación de oportunidades e incrementar el nivel de independencia de las personas con discapacidades también será necesario movilizar la participación de la comunidad.

PARTICIPACIÓN.

Como ya se ha destacado, es esencial que las personas con discapacidades y sus familias tengan la oportunidad de participar en foros de política y toma de decisiones, diseño e implementación de proyectos. Las organizaciones de personas con discapacidades pueden proveer los mecanismos más apropiados por los cuales se asegure su participación.

En un nivel cotidiano, los padres, hermanos, cónyuges y las personas que trabajan con las personas con discapacidades, tienen la obligación de encontrar las maneras para que ellos participen en actividades dentro de la comunidad. La gente debe comprender que la estimulación, el juego, las diversiones, el amor y la seguridad son tan importantes para estos los discapacitados como para los demás. Incluso si alguno de ellos tiene dificultad para moverse, debemos ayudarlos a desarrollarse en sus posibilidades y limitaciones, la participación es posible si se les da las oportunidades y si se escucha sus ideas.

EDUCACIÓN INCLUSIVA

En términos de las niñas y niños con discapacidades, el acceso a la educación apropiada es una manera clave de apoyar su desarrollo. En 1948, las Naciones Unidas proclamaron que la educación era un derecho humano básico y entre 1950 y 1979 las matrículas escolares se elevaron a nivel global. Sin embargo, en muchos países en desarrollo, en las aldeas, en los barrios marginales y en los campos de refugiados o alojamientos temporales de los desplazados internos, los niños no iban a la escuela. En el curso de los años 80, el crecimiento en las oportunidades educativas para los niños en los países en desarrollo se hizo más lento. En teoría, los sistemas educativos estaban disponibles para todos los niños, pero las oportunidades de que se matriculara a los niños con discapacidades a menudo se restringían gravemente. Aunque se gastaba mucho dinero en

servicios para los niños con discapacidades en diferentes escuelas e instituciones, estas raras veces alcanzaban más allá de una fracción de los niños necesitados.

En junio de 1994, los representantes de 92 gobiernos y 25 organizaciones internacionales se reunieron en Salamanca España, para hacer avanzar el objetivo de educación para todos, considerando los cambios políticos fundamentales requeridos para promover el enfoque de educación inclusiva, en particular para permitir a las escuelas que sirvan a todos los niños, teniendo en cuenta aquellos con necesidades educativas especiales.

“... las escuelas deben acoger a todos los niños independientemente de sus condiciones físicas, intelectuales, emocionales, sociales u otras”. (Artículo 3, marco conceptual para la acción de Salamanca)”.

Las escuelas regulares con orientación inclusiva son los medios más efectivos para combatir las actitudes discriminatorias, crear comunidades acogedoras, y lograr la educación para todos (Artículo 2, Declaración de Salamanca). La asistencia a la escuela provee continuidad e interacción social para todos los niños con discapacidades o no. Los niños con discapacidad tienen dones y debilidades, el papel de la escuela debería ser el tratar de reforzar las capacidades de los niños y fortalecer/ apoyar el potencial de todos para el aprendizaje; oportunidades iguales significan que los niños con discapacidad deben tener un derecho igual a asistir a la escuela. La educación es un derecho básico y, contrariamente a lo que se cree comúnmente, el hacer que la educación sea inclusiva puede mejorar el acceso y la calidad para todos dentro de niveles de recursos bajos.

Educación inclusiva: su rol y potencial para los niños con discapacidades. La educación inclusiva (EI) es un concepto relativamente nuevo, significa acoger a todos los niños sin discriminación en las escuelas comunes y corrientes. Por medio de este cambio de actitud hacia la educación, las diferencias entre las personas se verán posiblemente desde una perspectiva positiva. La educación inclusiva trabaja sobre la premisa que la escuela es mejor para todos cuando incluye a todos los niños en la comunidad y que los maestros se vuelven mejores maestros cuando son responsables por todos los niños. Asumiendo esa responsabilidad, los maestros se hacen más activos, innovadores y creativos y aprenden a fijarse en las necesidades del individuo (López “hacia la educación inclusiva”).

Desde la exclusión hacia la inclusión en la educación. Entonces, ¿qué significa el derecho a la educación inclusiva? las lecciones aprendidas a partir de la experiencia de Save the Children resaltan los siguientes asuntos: La educación inclusiva es parte de una estrategia para el desarrollo inclusivo, no ocurre aisladamente; por lo tanto la familia, la comunidad y otros sectores necesitan estar involucrados desde el principio.

La educación inclusiva se refiere principalmente a la transformación o construcción de un sistema educativo que responda a la diversidad real de los niños ya sea que tengan una discapacidad, pertenezcan a un grupo étnico, género, edades diferentes, padezcan de VIH o tengan algún otro tipo de diferencia. El enfoque se concentra en cambiar el sistema, no en tratar de hacer que los niños encajen en un sistema rígido. La educación inclusiva es buena para todos los niños porque resulta en mejoras escolares y en una metodología y plan de estudios que se concentra en los niños. Finalmente, la educación inclusiva es más que la escuela inclusiva. Las escuelas son solamente parte de la educación, la cual comienza en la familia y continúa a lo largo de toda la vida.

METODOLOGIA RECOMENDADA

R.B.C. es una metodología de trabajo en comunidad con personas que presentan una discapacidad, en donde participan:

- ✓ La persona con discapacidad y su familia quienes reciben capacitación y supervisión del equipo del Centro de Rehabilitación fungiendo como promotores locales.
- ✓ Las autoridades locales.
- ✓ Los demás sectores (maestros, doctores, clero)
- ✓ Un equipo multidisciplinario del Centro de Rehabilitación que consiste en capacitadores en lenguaje, terapia física y ocupacional, un trabajador social, una antropóloga, una psicóloga, personas con discapacidad visual y física.

El enfoque social y comunitario parte de los intereses y necesidades que manifiesta la población local. Los temas de trabajo y los tiempos los marca cada comunidad. Se trabajara directamente

con las familias, los maestros, los diferentes agentes de salud, las autoridades locales y voluntarios. Las etapas a realizar son:



- ✚ **Diagnóstico comunitario:** Reconocimiento de las condiciones en que se encuentran las personas con discapacidad en cada comunidad, servicios existentes (médicos, escolares, etc.), vías de comunicación, transporte, cultura local, economía local, fuentes de trabajo, etc. El diagnóstico se hace a través de una visita a la comunidad en donde el equipo del Centro de Rehabilitación hace una reunión inicial con las personas interesadas en la estrategia y con las autoridades locales.
- ✚ **Capacitación - Sensibilización:** Se llevan a cabo Ejercicios de capacitación y sensibilización. Ver Ejercicios.
- ✚ **Supervisión del proceso de rehabilitación:** el equipo del Centro de Rehabilitación evalúa conjuntamente con las familias y/o promotores los avances en cuanto a la rehabilitación e inclusión, las necesidades de adaptación de sillas u otros apoyos, etc.
- ✚ **Evaluación:** la estrategia es evaluada por la comunidad cada seis meses.

PARTICIPANTES DE LA ESTRATEGIA R.B.C.

LOS PROMOTORES LOCALES:

¿QUIÉNES SON?

Son personas de la misma comunidad; puede ser una persona con discapacidad, la madre, o algún otro familiar, de la persona con discapacidad, un estudiante que cumple su servicio social, un maestro, un catequista, o cualquier persona interesada.

¿QUÉ HACEN?

- ✓ Capacitan a las personas con discapacidad y los familiares de las personas con discapacidad para que lleven a cabo las estrategias de rehabilitación propuestos.
- ✓ Coordinan las actividades conducentes a la rehabilitación integral con las autoridades locales competentes.
- ✓ Coordinan las estrategias de rehabilitación integral e inclusión con el equipo de terapia del Centro.

LOS TERAPEUTAS:

¿QUÉ HACEN?

- ✓ Capacitan a los promotores en técnicas básicas de rehabilitación y vida independiente. Tratan de hacer la rehabilitación de manera práctica y divertida y buscan formas donde la persona con discapacidad sea parte del proceso y usan material y ambiente que existe en cada comunidad. Se trabaja mucho a través de juegos con niños y niñas y a través actividades de la vida cotidiana con los adultos.
- ✓ Elaboran planes de trabajo relacionados con la rehabilitación de las personas con discapacidad, conjuntamente con los promotores locales y/o familias.

- ✓ Asesoran a los promotores y/o familias, con énfasis particular en desarrollo de habilidades y destrezas desde lo físico, social, cultural, emocional, de cada usuario para que cada persona sea lo más independiente posible.
- ✓ Capacitan directamente a los usuarios/as para la realización de ajustes razonables, y refieren a las instancias correspondientes: hospitales, centros de atención especializada, etc., cuando el caso lo requiere.
- ✓ Dan seguimiento a los procesos de rehabilitación, inclusión y vida independiente implementados.
- ✓ Supervisan y evalúan el trabajo conjuntamente con la persona con discapacidad, sus familias y/o promotores.

COORDINADOR DE R.B.C. (RBCC)

Además de los terapeutas, profesionistas en rehabilitación integral, personas con discapacidad y voluntarios la Estrategia R.B.C.C. debe contar con un coordinador, a cuyo cargo está la supervisión y acompañamiento a la totalidad de la Estrategia. Entre sus tareas se cuentan:

- ✓ Despertar el interés de la comunidad por la rehabilitación integral, e involucrarla en la Estrategia de la manera más amplia y participativa posible.
- ✓ Propiciar en la comunidad las condiciones que permitan la correcta implementación de la Estrategia.
- ✓ Desarrollar programas de sensibilización y de inclusión social para favorecer la incorporación de las personas con discapacidad a la vida comunitaria.
- ✓ Apoyar las iniciativas y gestiones de los promotores locales y o familiares de las PCDs en lo tocante a la rehabilitación integral de las personas, en los renglones: educativo, laboral, de salud y social.
- ✓ Promover las evaluaciones en las comunidades con los que participan en la estrategia, así como al interior del equipo de terapia.

6. EJERCICIOS

DEFINICION DE DISCAPACIDAD

PARTICIPANTES.

Directivos de instituciones, coordinadores de intervenciones institucionales, personal de campo, adultos cercanos (líderes, padres, madres, maestros, madres cuidadoras o comunitarias, otros)

OBJETIVOS

- Alcanzar una decisión de consenso sobre que significa el término “discapacidad”;
- Describir las definiciones generalmente aceptadas de “discapacidad” y llegar a un consenso sobre cuáles definiciones son relevantes en el contexto del trabajo y experiencia del grupo.

¿QUÉ ES LA DISCAPACIDAD?
RECURSOS A UTILIZAR
<ul style="list-style-type: none">• Cuarto de reuniones.• Lápiz para cada participantes• Páginas de papel bond (según cantidad de participantes)• Cuatro afirmaciones preparadas en papel por el facilitador, respondiendo a la pregunta que es discapacidad (ver glosario de términos)
FACILITADORES
<ul style="list-style-type: none">• Coordinadora de terapia psicológica• Coordinadora de trabajo social
INSTRUCCIONES
<ul style="list-style-type: none">• Distribuir una tarjeta en blanco a cada uno de los participantes; Pedirles que escriban lo que significa el término “discapacidad”. enfatizar que no deberían compartir sus ideas en este momento. Cuando todos los participantes ya han escrito una definición invitarlos a encontrar una pareja y entregarle a cada pareja una nueva tarjeta en blanco. En parejas, los participantes deben compartir sus ideas y escribir una definición revisada de “discapacidad”. Cuando la tarjeta 2 (la definición revisada) ya se ha escrito, invitar a las parejas a que se junten con otra pareja, trabajando así en grupo de cuatro. Distribuir otra tarjeta en blanco por grupo, repetir el proceso utilizando las definiciones desarrolladas en la tarjeta dos para luego revisar la definición de “discapacidad”.• Conducir una corta sesión plenaria comparando la definición del grupo de “discapacidad” con otras definiciones aceptadas (definiciones técnicas). Alentar a los participantes a que revisen sobre sus

definiciones originales e individuales y a que piensen sobre cómo y por qué diferían de las últimas versiones.

- Continuar con el proceso de revisión hasta que todo el grupo esté de acuerdo sobre una definición de “discapacidad”. Escribir en una cartelera la definición de “discapacidad” del grupo.
- Conducir una corta sesión plenaria comparando la definición del grupo de “discapacidad” con otras definiciones aceptadas, de las que están en el texto. Alentar a los participantes a que revisen sobre sus definiciones originales e individuales y a que piensen sobre cómo y por qué diferían de las últimas versiones.

ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD

PARTICIPANTES.

Directivos de instituciones, coordinadores de intervenciones institucionales, personal de campo, adultos cercanos (líderes, padres, madres, maestros, madres cuidadoras o comunitarias, otros)

OBJETIVOS

- Reconocer las diferentes actitudes hacia la discapacidad.

ACTITUDES HACIA LA DISCAPACIDAD
RECURSOS A UTILIZAR
<ul style="list-style-type: none">• Cuatro afirmaciones preparadas en papel por el facilitador.• Proyector para exposición de tema.
FACILITADORES
<ul style="list-style-type: none">• Coordinadora de terapia psicológica• Coordinadora de trabajo social
INSTRUCCIONES
<ul style="list-style-type: none">• Piense en cuatro afirmaciones sobre los niños con discapacidades (utilizando su propio juicio sobre el tipo de afirmaciones que pueden ser relevantes para cada grupo de capacitación particular), escribalas y péguelas en distintas partes del espacio.

- Invitar a los participantes a que se paren al lado de la afirmación con la que están más de acuerdo y pedirles que conversen con los otros participantes que se ubicaron en la misma afirmación sobre porque escogieron esa afirmación en particular. Luego pedirles a los participantes que les hablen a otros que escogieron distintas afirmaciones y que discutan las razones por las que escogieron estas afirmaciones.
- Facilitar una breve discusión sobre las distintas actitudes hacia la discapacidad, alentar a los participantes para que reflexionen dentro de su grupo sobre situaciones en las que han visto a niños con discapacidades y que es lo que pensaron sobre ello.
- Pedirle al grupo que se divida en grupos de 4 personas y que discutan la pregunta ¿qué es para ustedes la discapacidad?
- El facilitador o tallerista presentará algunos aspectos de definiciones y actitudes al respecto de la discapacidad abordados en el punto 1.1 y 1.2 de este tema.

EXPLORANDO ACTITUDES

PARTICIPANTES

Directivos de instituciones, coordinadores de intervenciones institucionales, personal de campo, adultos cercanos (líderes, padres, madres, maestros, madres cuidadoras o comunitarias, otros)

OBJETIVOS

- Reconocer y describir las actitudes hacia la discapacidad a través de la aplicación de la escala de actitudes.

EXPLORANDO ACTITUDES

RECURSOS A UTILIZAR

- Cuatro afirmaciones preparadas en papel por el facilitador.
- Guía de trabajo para cada participante.
- Copia de la escala de actitudes relacional para cada participante o grupo.

FACILITADORES

- Coordinadora de terapia psicológica
- Coordinadora de trabajo social

INSTRUCCIONES

- Dividir a los participantes en grupos de 4 o 5 personas. Darle a cada participante una copia de la escala de actitud relacional además de una copia extra para el grupo.
- Pedir a los grupos que trabajen a través de la escala de actitud relacional decidiendo que tan de acuerdo o desacuerdo están con cada afirmación y marcándola correspondientemente (p.e. si está muy de acuerdo, hagan un círculo al 1; Si están muy en desacuerdo, hagan un círculo al 5). Cuando los grupos hayan completado ésta tarea, deben nombrar a un miembro como “líder del grupo”. Esta persona entonces debe leer en voz alta las afirmaciones una por una y tomar nota de la reacción del grupo a cada afirmación en la copia extra que se provea. Allí donde haya grandes diferencias de opinión, se debe discutir brevemente éstas dentro del grupo.
- Una vez que se ha completado la tarea, discutir los diferentes puntos de vista, es importante enfatizar que no hay respuestas correctas o incorrectas en este ejercicio. Organizar una breve sesión de retroalimentación en plenario cuando las discusiones de los grupos lleguen a su fin.
- Una vez que los grupos han socializado el trabajo de escalas de actitud el/la facilitador o tallerista realizará un análisis de la escala. También puede reagrupar a los participantes dependiendo de las respuestas que hayan dado en cada uno de los aspectos abordados y organizar la discusión para provocar los argumentos de los que están de acuerdo o en desacuerdo y propiciar el debate.

ESCALA DE ACTITUDES

ACTITUD		Muy de	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en
1	Los niños con discapacidades deben ser alejados de otros niños en la escuela.	1	2	3	4	5
2	Debería haber asientos reservados para los discapacitados en el transporte público.	1	2	3	4	5
3	Los empleados con discapacidad deberían ser tratados igual que cualquier otro empleado.	1	2	3	4	5
4	La discapacidad no debería ser una consideración para el Matrimonio.	1	2	3	4	5

5	Las personas con discapacidad deberían participar como cualquier otra persona en las actividades sociales.	1	2	3	4	5
6	Los niños con discapacidad deberían estudiar en escuelas normales sin ninguna discriminación.	1	2	3	4	5
7	Debería haber transporte separado para los discapacitados.	1	2	3	4	5
8	Los empleados con discapacidad deberían tener espacios de trabajo separados en una organización.	1	2	3	4	5
9	Una persona con discapacidad solo debe casarse con otra persona con discapacidad.	1	2	3	4	5
10	Las personas con discapacidades deberían quedarse en casa en general.	1	2	3	4	5
11	Debería haber escuelas separadas especiales para los Discapacitados.	1	2	3	4	5
12	Todos deberían utilizar el mismo transporte, por supuesto las personas con discapacidades deberían recibir asistencia si la necesitan.	1	2	3	4	5
13	Las personas con discapacidades deberían trabajar normalmente en casa.	1	2	3	4	5
14	Normalmente, las personas con discapacidad no deberían casarse.	1	2	3	4	5
15	Debería haber actividades sociales separadas para los Discapacitados.	1	2	3	4	5
16	Los niños no discapacitados también deberían ingresar a escuelas especiales para los discapacitados.	1	2	3	4	5
17	Se debería dejar que las personas con discapacidades decidan sobre su medio de transporte.	1	2	3	4	5
18	Se debería reservar algunas categorías de trabajo para los Discapacitados en todas las organizaciones.	1	2	3	4	5
19	Se debería alentar los matrimonios entre los discapacitados y los no discapacitados.	1	2	3	4	5

20	Las personas con discapacidades deberían ser invitadas especialmente a las celebraciones sociales.	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

EDUCACIÓN INCLUSIVA

PARTICIPANTES

Coordinadores de intervenciones institucionales, personal de campo, adultos cercanos (líderes, padres, madres, maestros, madres cuidadoras o comunitarias, otros)

OBJETIVOS

- Explicar que significa educación inclusiva.
- Describir maneras prácticas de alentar a la educación inclusiva.

EDUCACIÓN INCLUSIVA
<p align="center">RECURSOS A UTILIZAR</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cuatro afirmaciones preparadas en papel por el facilitador. • Copia de los casos para cada participante. • Pliegos de papel. • Marcadores. • Hojas.
<p align="center">FACILITADORES</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinadora de terapia psicológica • Coordinadora de trabajo social
<p align="center">INSTRUCCIONES</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hacer lluvia de ideas alrededor de la pregunta: “¿Qué significa educación inclusiva, para usted?” • Dividir a los participantes en pequeños grupos y entregarles copia de los casos para que • los lean.

- Pedir a los participantes que consideren los ejemplos del caso y que compartan entre sí sus propias experiencias/conocimiento de situaciones en las que los niños con discapacidades han sido incluidos en la educación. La tarea del grupo es presentar estas situaciones positivas a todo el grupo como un ejercicio de afirmación.
- Pedir a los participantes que presenten ejemplos de maneras en las que se pueden eliminar las barreras a la inclusión en la educación.
- Las situaciones se pueden presentar:
 - ✓ En carteleras
 - ✓ Como un poema / canción;
 - ✓ En un mural preparado de antemano o cualquier otra manera que pueda ocurrírsele a los participantes

CASOS

1. Marta tiene parálisis cerebral. El programa de educación integrada comenzó en San Salvador cuando ella tenía dos años de edad. Inicialmente asistió a la escuela en silla de ruedas e hizo progresos excelentes, cuando se rompió la silla de ruedas, su madre pidió prestada una carreta al vecino, cuando el vecino quiso que le devolvieran la carreta, Martha tuvo que quedarse en casa, pero los estudiantes y maestros la visitaban y desarrollaron un programa domiciliar para ella. Los maestros están tratando de visitar el centro de salud local para tratar de persuadir al fisioterapeuta de que la visite en su casa y encontrar una manera de reparar su silla de ruedas.

Los niños mismos son con frecuencia los defensores más fuertes de la inclusión educativa:

2. En Santa Ana, Juan tenía 7 años de edad y tenía impedimentos auditivos. Su hermano menor comenzó a asistir a su escuela local, pero la madre de Juan no pensaba que tenía sentido enviar a la escuela a un niño sordo. Un día, Juan se robó el uniforme escolar de su hermano y se lo llevó a la escuela. El maestro principal sintió que como había venido debía quedarse. Los maestros usan signos con él, él apunta imágenes, y los niños han inventado una canción de acciones en las que él puede participar. El profesor principal cree que ha desarrollado muchas habilidades sociales y que su lenguaje está mejorando.

7. GLOSARIO

Educación inclusiva:

Se refiere principalmente a la transformación o construcción de un sistema educativo que responda a la diversidad real de los niños ya sea que tengan una discapacidad, pertenezcan a un grupo étnico, género, edades diferentes, padezcan de VIH o tengan algún otro tipo de diferencia. El enfoque se concentra en cambiar el sistema, no en tratar de hacer que los niños encajen en un sistema rígido.

Capacitación:

Se refiere a la disposición y aptitud que alguien observará en orden a la consecución de un objetivo determinado.

Actitud:

La actitud es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o a un aspecto particular de esta.

Discapacidad:

La Organización Mundial de la Salud ofrece estas definiciones:

- ✓ Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.
- ✓ Es la pérdida o la anormalidad de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica, que puede ser temporal o permanente. Entre las deficiencias se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida por un miembro, órgano, tejido o cualquier otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental.

Discapacidad física:

Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico) y amputaciones.

Discapacidad sensorial:

Comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

Discapacidad intelectual:

Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el síndrome Down y la parálisis cerebral.

Discapacidad psíquica:

Las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales.

MANUAL PARA LA MEJORA CONTINÚA

4.2 MANUAL PARA LA MEJORA CONTINUA

CONTENIDO

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETIVOS**
- 3. MANUAL DE MEJORA CONTINUA**
- 4. DISEÑO DEL COMITÉ DE CALIDAD**
- 5. CONTROL Y MONITOREO DEL MODELO**
- 6. MEJORA CONTINUA DEL MODELO**
- 7. FUNCIONAMIENTO DEL PLAN DE MEJORA CONTINUA**

1. INTRODUCCIÓN

Al diseñar un Modelo de Gestión por procesos e implementarlo, 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 Centro de Rehabilitación Integral de Oriente cada día demandan servicios de mayor calidad; que sean más rápidos, con horarios flexibles, brindados con cortesía, respeto y amabilidad por parte de los colaboradores. 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.

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 CRIOR 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.

2. 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 CRIOR que permita la continua mejora de todos los procesos y actividades involucrados en la gestión y prestación de los servicios del CRIOR.

Objetivo específicos

- 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.
- Ser una herramienta de constante mejora para satisfacer las nuevas expectativas de los usuarios.

3. 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 CRIOR, 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:



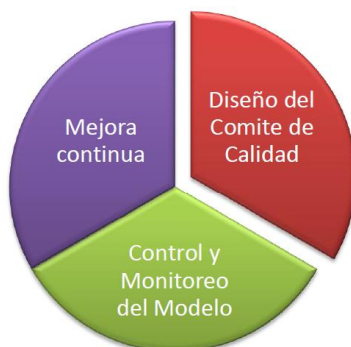
CONTROL DEL PROCESO:

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.
- 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 Oriente (CRIOR), 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:



Diseño del comité de Calidad: abarcara los aspectos necesarios para conformar un equipo de calidad en el CRIOR, 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 Oriente 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 Deming: (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 CRIOR.

4. 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.

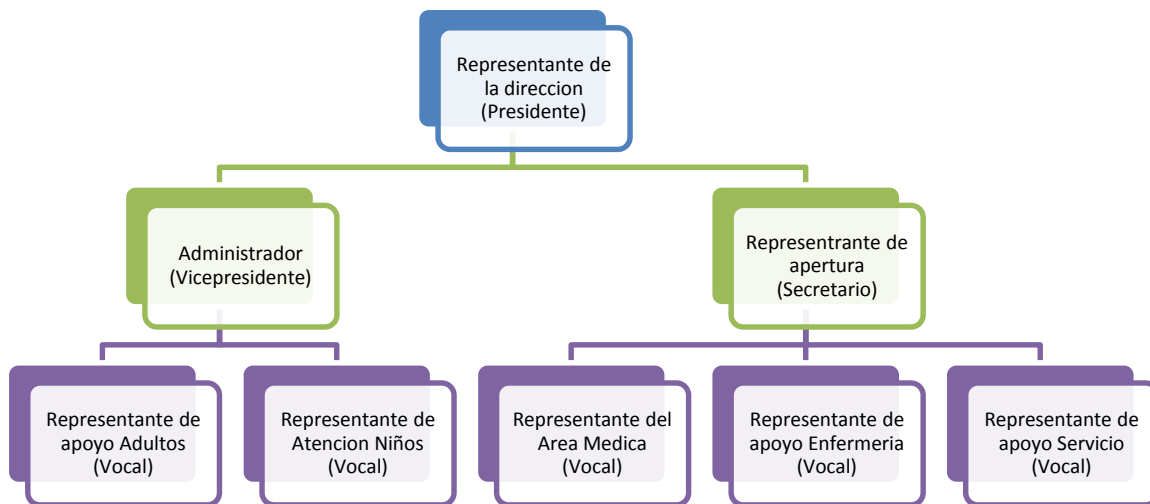
Para el número de miembros del comité se recomienda que no debe exceder de 10 personas debido a que un número mayor de miembros dificulta la coordinación del trabajo mismo, ya que reuniones de este carácter en donde se ve involucrado un gran número de personas resultan ser poco eficientes principalmente a la hora de un consenso o en toma de decisiones.

Se propone que los miembros que lo integren sean los siguientes:

Miembros del Comité:

- Presidente del Comité: Representante de la Dirección CRIOR.
- 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).

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:



4.1. 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 Oriente. 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 CRIOR

4.2. 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.
3. 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.
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.

c. 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.
2. Presentar trimestralmente, el informe de avances y resultados en la implantación y el funcionamiento de la Gestión por procesos.
3. Elaborar el plan de actividades anuales a desarrollar por el comité.
4. Designar o en su caso, ratificar a los integrantes del Comité de Calidad cada año, dentro de los 15 primeros días del mes diciembre.

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.

4.3. 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.
7. Hacer llegar al seno del Comité las propuestas y puntos de vista de los usuarios
8. Proponer mejoras para el desempeño de los procesos
9. Velar y apoyar el desarrollo adecuado del proceso de mejora continua.
10. 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.

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.

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.

4.5. 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, recalando 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.

5. CONTROL Y MONITOREO DEL MODELO.

La Medición y control de los procesos se realizara a través de 3 factores importantes ya que al tener estos factores bajo control, El Centro de rehabilitación Integral de Oriente conocerá si el objetivo del modelo propuesto se está alcanzando:



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

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:

- 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 CRIOR 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 CRIOR 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 CRIOR, 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.
- Se establecerá un procedimiento, mediante el cual los empleados del CRIOR, 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 CRIOR, mediante un instrumento de medición para tal finalidad.

5.1. 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 Oriente 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:** 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 Oriente.

Entre los Indicadores Epidemiológicos podrían establecerse:

- 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:

<i>Indicador</i>	<i>Indicador</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:

- **Nivel de calidad del servicio:** Determinar cuántas quejas por cada usuario atendido en un mes. 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 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:** Determinará el grado de satisfacción y compromiso que tienen los empleados del Centro respecto al desempeño de sus procesos.

A continuación cada indicador se detallará 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 Indicadores:

- 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 graficará la tendencia del indicador en un periodo de tiempo establecido.

A continuación se presentan las fichas de los indicadores planteadas

INDICADORES EPIDIOMELOGICOS:

5.2. FICHAS DE INDICADORES.

NOMBRE DEL INDICADOR	1 Inventario de Procesos
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Identificar las actividades que realmente agregan valor al servicio que brinda CRIOR y que se declaran como necesarias para la satisfacción del Usuario.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Optimizar los procesos a través de una clara estructura y un eficiente ciclo de mejora continua.
VALOR DE REFERENCIA	100
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	INV. PROCESOS = \sum PROCESOS CRIOR
PERIODICIDAD	SEMESTRAL
NOMBRE DEL INDICADOR	2 Satisfacción del Usuario.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Brinda el acercamiento al usuario directo y a su percepción del servicio que él está obteniendo en el CRIOR.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Identificar desvíos del procesos y corregirlos.
VALOR DE REFERENCIA	95
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	EVALUACION ESCRITA
PERIODICIDAD	SEMESTRAL
NOMBRE DEL INDICADOR	3 Cumplimiento de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Dar seguimiento al avance alcanzado en implantación de la Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Medir el grado de avance hacia el cumplimiento de la Carta.
VALOR DE REFERENCIA	85%
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	EVALUACION DE LA CICGP
PERIODICIDAD	SEMESTRAL

NOMBRE DEL INDICADOR	4 Calidad del Servicio.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Permite la mejora continua al reconocer partes dentro del proceso que no son consideradas de calidad o que no cumplen con los requisitos de los usuarios.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Mejorar el proceso buscando entregar a los usuarios un servicio que cumpla sus expectativas.
VALOR DE REFERENCIA	95%
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	EVALUACION ESCRITA
PERIODICIDAD	SEMESTRAL

NOMBRE DEL INDICADOR	5 Cobertura del Servicio
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Establece la demanda real de servicio y la forma en que evoluciona la mejora en todo el sistema a través de la gestión por procesos.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Identificar las necesidades de la población y las limitantes del CRIOR para buscar alternativas que permitan ampliar la cobertura.
VALOR DE REFERENCIA	70%
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	COBERTURA = (USUARIOS ACTIVOS / (USUARIOS ACTIVOS + LISTA DE ESPERA))
PERIODICIDAD	SEMESTRAL

NOMBRE DEL INDICADOR	6 Eficiencia del Servicio
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Permite la asignación y uso correcto de todos los recursos para la obtención del resultado.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Orientar de forma óptima los recursos en función de las necesidades reales de los usuarios.
VALOR DE REFERENCIA	95%
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	EFICIENCIA = (TIEMPO DE UTILIZACION / TIEMPO DISPONIBLE)
PERIODICIDAD	SEMESTRAL

NOMBRE DEL INDICADOR	7 Satisfacción y calidad del servicio al cliente interno
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Permite identificar los puntos de mejora en el ambiente laboral al ver las oportunidades internas entre las diferentes áreas del CRIOR.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Identificar y solventar áreas de oportunidad internas dentro del proceso logrando la sinergia de todas las áreas involucradas.
VALOR DE REFERENCIA	95%
NIVEL DEL INDICADOR	DIRECCION
FORMULA	EVALUACION ESCRITA
PERIODICIDAD	SEMESTRAL

NOMBRE DEL INDICADOR	8 - % Nuevos usuarios.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Identifica la cantidad de nuevos usuarios ingresados tomando como referencia a los usuarios activos.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Medir la capacidad de respuesta ante la demanda de la población.
VALOR DE REFERENCIA	30%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% NUEVOS USUARIOS = NUEVOS USUARIOS / USUARIOS ACTIVOS PERIODO ANTERIOR.
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	9 - % Ingresos por especialidad.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Identifica el ingreso correspondiente a cada especialidad comparándolo contra los usuarios activos.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Medir el ranking de demanda de cada especialidad para orientar los recursos de una forma mas eficiente.
VALOR DE REFERENCIA	30%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% NUEVOS USUARIOS X ESP. = NUEVOS USUARIOS X ESP. / USUARIOS ACTIVOS X ESP. PERIODO ANTERIOR.
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	10 - % En lista de espera.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el porcentaje de usuarios potenciales que ha llegado al CRIOR a solicitar un cupo para ser tratado en la rehabilitación, pero que aún no lo han conseguido.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Monitorear el comportamiento de la demanda para tomar acciones que ayuden a reducirla.
VALOR DE REFERENCIA	10%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% LISTA DE ESPERA = LISTA DE ESPERA / USUARIOS ACTIVOS.
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	11 - % Demanda por especialidad.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el porcentaje de usuarios potenciales que ha llegado al CRIOR a solicitar un cupo para ser tratado en la rehabilitación en una especialidad, pero que aún no lo han conseguido.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Monitoriar la demanda por especialidad para tomar acciones focalizadas por especialidad
VALOR DE REFERENCIA	VALOR HISTORICO
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% DEMANDA X ESP = (USUARIOS ACTIVOS X ESP + LISTA DE ESPERA X ESP.) / (USUARIOS ACTIVOS + LISTA DE ESPERA)
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	12 - Diagnósticos generales realizados.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es un indicador operativo que nos indica la cantidad de nuevos usuarios que se diagnostican a diario.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Medir la capacidad de realizar diagnósticos y la eficiencia de esta área.
VALOR DE REFERENCIA	6000%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	DIAGNOSTICOS = \sum DIAGNOSTICOS DIARIOS
PERIODICIDAD	SEMANAL

NOMBRE DEL INDICADOR	13 - Tiempo promedio de espera hasta primera atención terapéutica.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Representa el tiempo promedio transcurrido desde su primer acercamiento y su primera terapia.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Mejorar el tiempo de espera de los usuarios
VALOR DE REFERENCIA	30 DIAS
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	T. PROM DE ESPERA 1RA VEZ = \sum (T. DE ESPERA DESDE EL PRIMER ACERCAMIENTO HASTA LA PRIMER TERAPIA)/N
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	14 - % Atenciones efectivas.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Dar seguimiento a la programación de atenciones en el CRIOR
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Monitoriar el desarrollo de las atenciones en el CRIOR.
VALOR DE REFERENCIA	95%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% ATENCIONES EFECTIVAS = ATENCIONES REALIZADAS / ATENCIONES PROGRAMADAS.
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	15 - % Utilización por especialidad.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Representa la utilización de cada especialidad es decir de todo el potencial cuánto se utiliza.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Se persigue tener los recursos óptimos para la brindar un servicio óptimo.
VALOR DE REFERENCIA	95%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% UTILIZACION X ESP = TIEMPO UTILIZADO X ESP / TIEMPO DISPONIBLE X ESP
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	16 - Usuarios activos.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el número de usuarios dentro del sistema del CRIOR recibiendo atenciones de rehabilitación.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Mejorar cada vez el número de usuarios dentro del sistema.
VALOR DE REFERENCIA	VALOR HISTORICO
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	USUARIOS ACTIVOS = \sum USUARIOS ACTIVOS
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	17 - Tiempo promedio por terapia.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el tiempo que tarda en promedio las terapias.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Uniformizar los tiempos por terapias, para eficientizar los recursos.
VALOR DE REFERENCIA	30 MIN
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	T. PROM X TERAPIA = \sum (T. DE CADA TERAPIA) / N° DE TERAPIAS.
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	18 - % Atenciones no realizadas.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el número de atenciones que se dejaron de realizar.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Minimizar las atenciones que no se realizan.
VALOR DE REFERENCIA	5%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% ATENCIONES NO REALIZADAS = ATENCIONES NO REALIZADAS / ATENCIONES PROGRAMADAS.
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	19 - % Atenciones no realizadas por el usuario.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el número de atenciones que se dejaron de realizar por responsabilidad del usuario.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Mínimizar las atenciones no realizadas por responsabilidad del usuario.
VALOR DE REFERENCIA	3%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% ATENCIONES NO REALIZADAS X USUARIO = ATENCIONES NO REALIZADAS X USUARIO / ATENCIONES PROGRAMADAS.
PERIODICIDAD	MENSUAL

NOMBRE DEL INDICADOR	20 - % Atenciones no realizadas por el CRIOR.
DEFINICION (QUE SE BUSCA MEDIR)	Es el número de atenciones que se dejaron de realizar por responsabilidad del CRIOR.
OBJETIVO (LO QUE SE PERSIGUE CON EL IND)	Mínimizar las atenciones no realizadas por responsabilidad del CRIOR.
VALOR DE REFERENCIA	3%
NIVEL DEL INDICADOR	JEFATURAS
FORMULA	% ATENCIONES NO REALIZADAS X CRIOR = ATENCIONES NO REALIZADAS X CRIOR / ATENCIONES PROGRAMADAS.
PERIODICIDAD	MENSUAL

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 caracterizará 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.
<ul style="list-style-type: none"> • 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 realizará 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 indicador
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

5.3. FICHA DEL PROCESO

	CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE	
	FICHA DE 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	Inicia: Reporte de Indicadores. Finaliza: Informe sobre el análisis de los indicadores	
PROCESOS CON LOS QUE SE RELACIONA: Procesos de Rehabilitación Integral		
ENTRADA: Reporte de Indicadores. Encargados de Indicadores.		
SALIDA: Informe sobre los resultados del cálculo y el análisis de los indicadores.		
CLIENTE INTERNO: Comité de Calidad y Dirección CRIOR.		
FORMATOS: Hoja de resultados del Indicador.		



HOJA DE PROCESO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE INDICADORES.

Elaboración:
Marzo 2015
Revisión:
Marzo 2015
Pág.: ½

FINALIDAD:
Realizar el análisis de los indicadores a fin de establecer la situación existente en ese momento

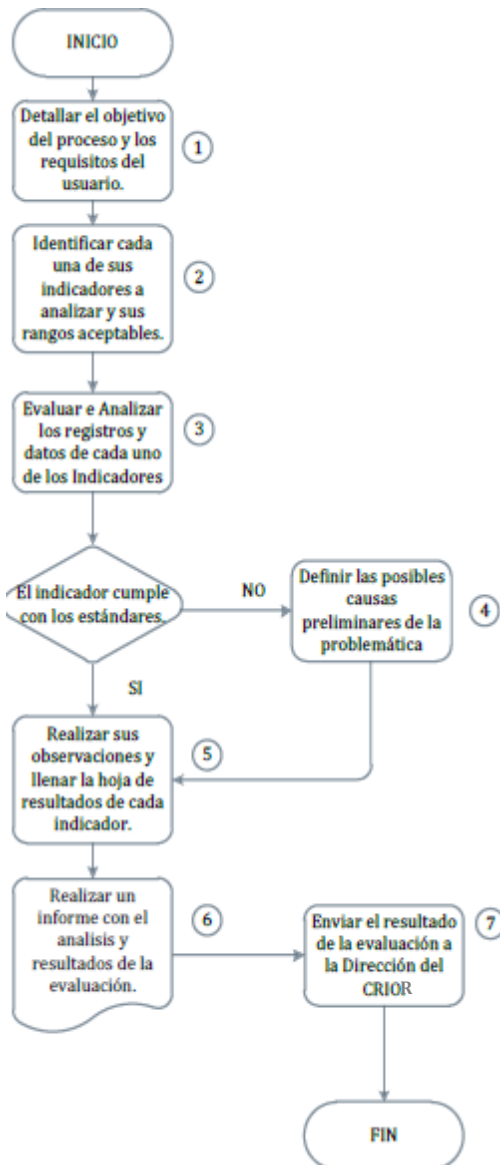
APLICA A: Comité de Calidad.

Ejecutor

Flujograma

Descripción:

1. Comité de calidad



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.
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.
7. Se le envía el resultado del análisis a la Dirección del CRIO.

CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE RESULTADOS POR INDICADOR		CODIGO DEL INDICADOR:		
		INSTITUCIÓN: CROR		
		PAGINA 1/1		
Nombre del Indicador: Porcentaje de Inasistencia del usuario.		Tipo de Indicador: Decremental		
DESCRIPCION 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				
Fecha de análisis				
Análisis de datos				
Observaciones				
Meta para próximo periodo				

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.

6. MEJORA CONTINUA DEL MODELO

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.

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.

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 Deming (Plan, Do, Check, Act), de todos los aspectos que conforman el mismo: su diseño, ejecución, las medidas de control y su ajuste.

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.

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.

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.

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:

- 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.

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 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.
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.

2. Identificar acciones para vencer los obstáculos mediante información, participación, y contacto con líderes.
 - Actividades que hay que realizar para la implementación.
 - Nombrar responsables.
 - Determinar cronograma.
 - Seguimiento del Plan.
 - Desarrollar plan de implantación.

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 SOLUCION Y EVALUACION DE ALTERNATIVAS

- Tormenta de ideas
- Grupo nominal
- Diagrama de afinidad
- Análisis de campos de fuerza
- Diagrama de flujo
- Hoja de análisis de solución

DESARROLLO PLAN DE IMPLANTACION

- Diagrama de flechas
- Diagrama Gantt
- Diagrama de decisiones

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.

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).

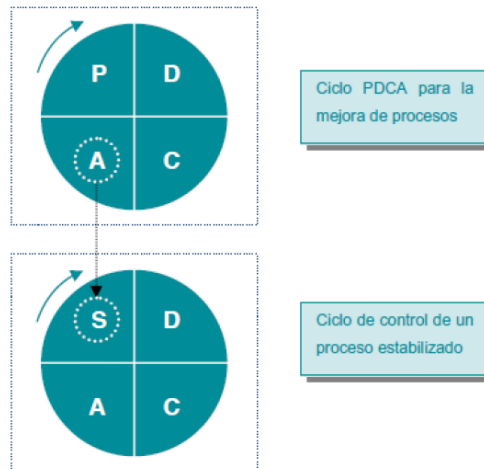
Se realizara el monitoreo de los indicadores los cuales proporcionaran la información necesaria para saber si los efectos de las acciones de mejora realizada fueron adecuadas y proporcionara una nueva evaluación del modelo, si estas acciones contribuyeron de manera efectiva se procederá a estandarizar 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)

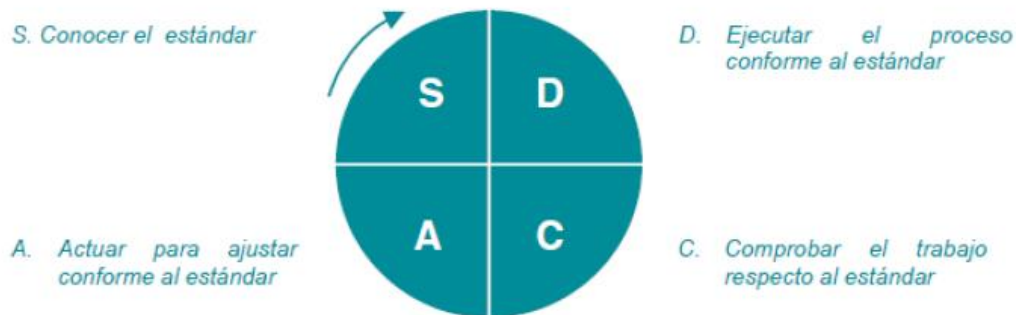
Cuando en un proceso se aplica el ciclo de mejora continua (PDCA), a través de la verificación de las acciones adoptadas (etapa C del ciclo PDCA) se puede conocer si unas determinadas acciones implantadas han servido para mejorar el proceso o no.

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.



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:



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.

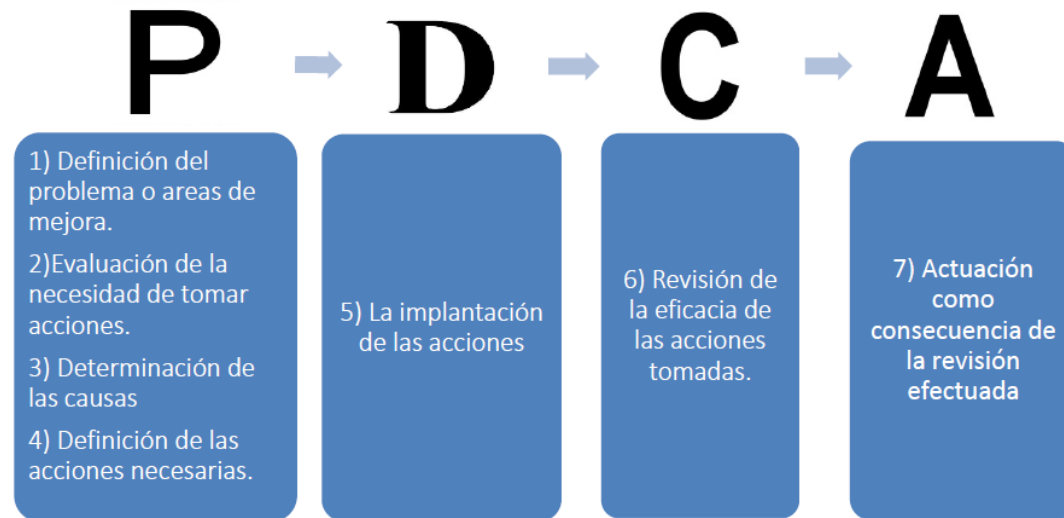
Para poder aplicar los pasos o etapas anteriores, una organización puede disponer de diversas herramientas, conocidas como herramientas de la calidad, que permiten poner en funcionamiento este ciclo de mejora continua.

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.

	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 Granitt	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:



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 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 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.

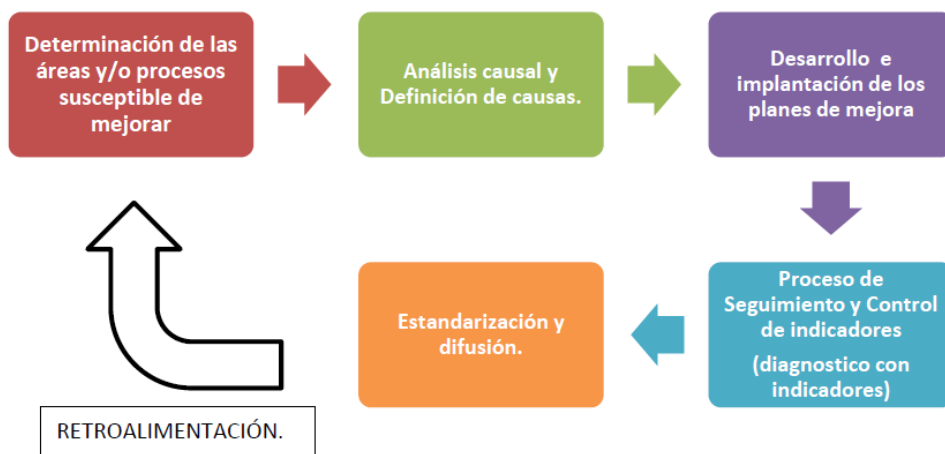
7) Actuación como consecuencia de la revisión efectuada

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.

7. 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 Oriente, a continuación se describirá el ciclo que conllevara este modelo:

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 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.

4.3 SISTEMA DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

4.3.1 Sistema de información

Es un conjunto de elementos orientados al tratamiento y administración de datos e información, organizados y listos para su uso posterior, generados para cubrir una necesidad o un objetivo.

Dichos elementos formarán parte de alguna de las siguientes categorías:

- Personas
- Datos
- Actividades o técnicas de trabajo
- Recursos materiales en general

Todos estos elementos interactúan para procesar los datos (incluidos los procesos manuales y automáticos) y dan lugar a información más elaborada, que se distribuye de la manera más adecuada posible en una determinada organización, en función de sus objetivos.

Hay tres actividades en un sistema de información que producen la información que esas organizaciones necesitan para tomar decisiones, controlar operaciones, analizar problemas y crear nuevos productos o servicios. Estas actividades son:

- Entrada: captura o recolecta datos en bruto tanto del interior de la organización como de su entorno externo.
- Procesamiento: convierte esa entrada de datos en una forma más significativa.
- Salida: transfiere la información procesada a la gente que la usará o a las actividades para las que se utilizará.

Los sistemas de información también requieren retroalimentación, que es la salida que se devuelve al personal adecuado de la organización para ayudarle a evaluar o corregir la etapa de entrada

La primera clasificación se basa en la jerarquía de una organización y se llamó el modelo de la pirámide. Según la función a la que vayan destinados o el tipo de usuario final del mismo, los SI pueden clasificarse en:

- Sistema de procesamiento de transacciones (**TPS**).- Gestiona la información referente a las transacciones producidas en una empresa u organización, también se le conoce como Sistema de Información operativa.
- Sistemas de información gerencial (**MIS**).- Orientados a solucionar problemas empresariales en general.

- Sistemas de soporte a decisiones (**DSS**).- Herramienta para realizar el análisis de las diferentes variables de negocio con la finalidad de apoyar el proceso de toma de decisiones.
- Sistemas de información ejecutiva (**EIS**).- Herramienta orientada a usuarios de nivel gerencial, que permite monitorizar el estado de las variables de un área o unidad de la empresa a partir de información interna y externa a la misma. Es en este nivel cuando los sistemas de información manejan información estratégica para las empresas.

4.3.2 GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

La comunicación vertical es aquella que fluye ascendente o descendentemente entre subordinados y jefes. Esta comunicación permite regular y controlar la conducta de los subordinados en aspectos tales como:

- Instrucciones y planificación de las tareas
- Información relativa a procedimientos, prácticas, políticas.
- Valoración del rendimiento de los empleados, etc.

Además existe la comunicación horizontal que se utiliza para coordinar actividades y recursos.

Normalmente los canales de comunicación que utilizan ambos tipos de comunicación son:

- Teléfono
- Reuniones personales
- Correo electrónico
- Manuales
- Guías

También la comunicación se puede clasificar en comunicación formal y comunicación informal.

Comunicación Informal

La comunicación informal fluye dentro de la organización sin canales preestablecidos y surge de la espontaneidad de los empleados. Se le da alto nivel de credibilidad y suele estar relacionada con asuntos personales acerca de individuos o grupos de la organización. Este tipo de comunicación es conocida popularmente como “rumores o ruidos” y sirve para que los altos niveles jerárquicos conozcan las condiciones personales de los empleados y del entorno de la empresa.

Comunicación formal

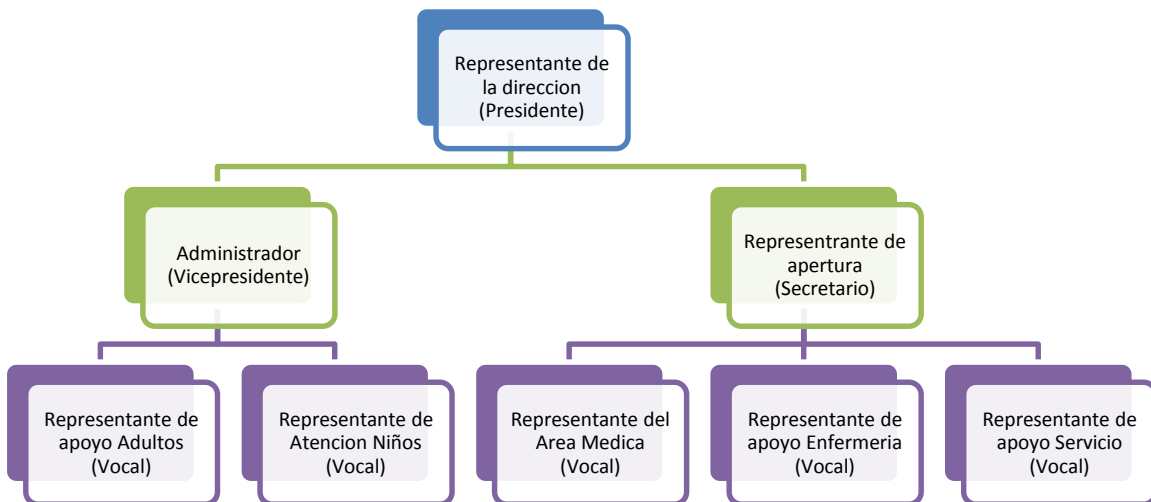
Es la forma de comunicación que de manera expresa establece la organización, mediante protocolos, manuales, reglamentos, etc y que generan todo un sistema de comienzo a fin dirigido y utilizado por todas los miembros de la empresa. Define el modo en que cada persona debe comportarse y cómo debe recoger y transmitir la información que circula. Este tipo de

comunicación constituye el cómo debe llegar la información según el nivel jerárquico que ocupe el receptor.

Se profundizara en el diseño de la comunicación formal por el impacto que tiene esta en el logro de los objetivos de la ejecución del proyecto. Por lo tanto se desarrollara el análisis de involucrados, matriz de poder vs interés, para que al final definir las relaciones y los medios de comunicación interna y externa.

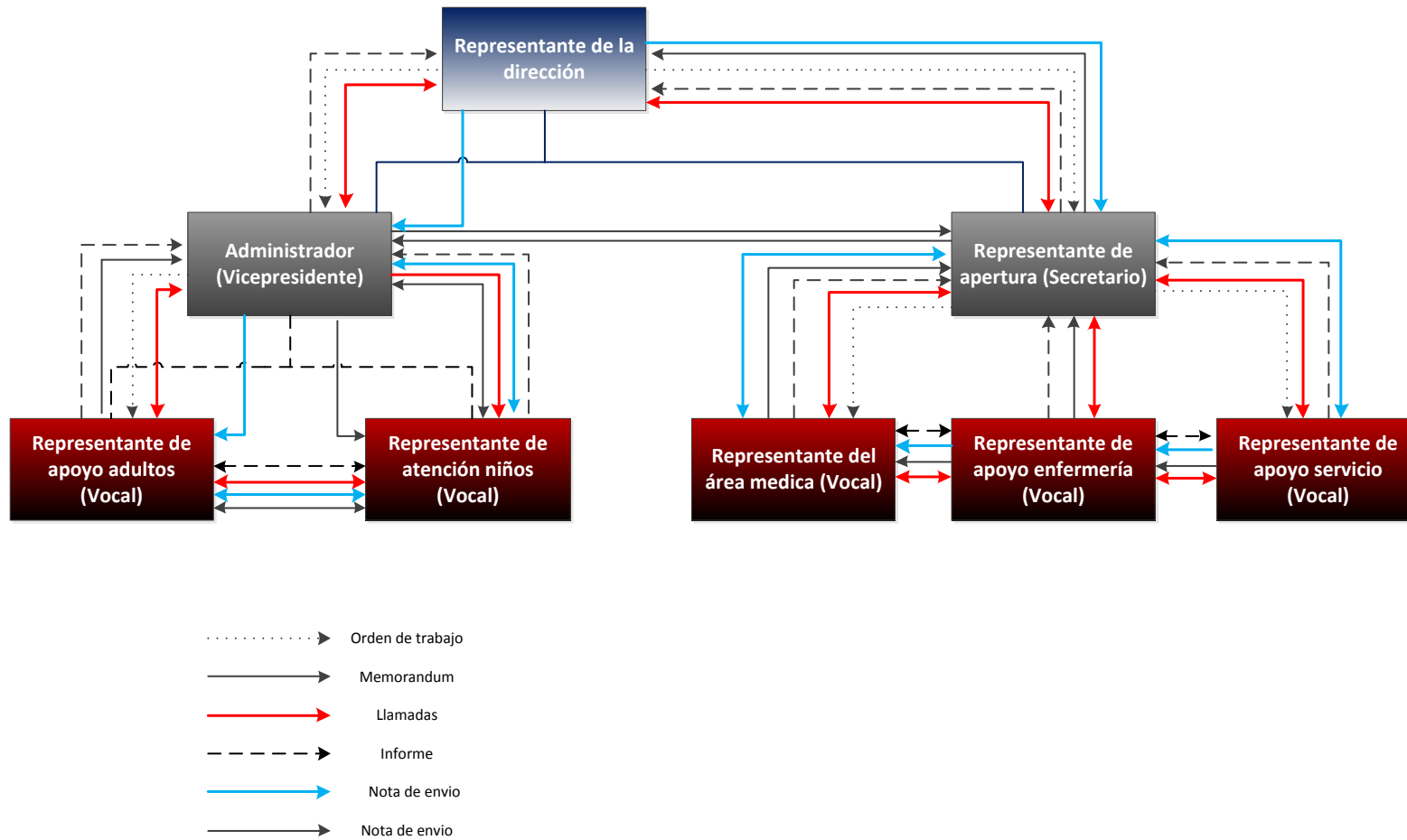
COMUNICACIÓN INTERNA

A continuación se presentan las diferentes comunicaciones formales que se pueden dar entre los diferentes puestos del centro de rehabilitación. Esta comunicación se da siguiendo la estructura del comité de calidad cuyos miembros serán los encargados de llevar a cabo de la implementación del modelo de gestión.



4.3.3 DISEÑO DE LA COMUNICACIÓN

A continuación se presenta el diseño propuesto de la comunicación que se dará entre los diferentes integrantes del sistema.



4.3.4 FLUJO DE INFORMACION

Representante de la dirección – Administrador

Descendente:

- Solicitar informes del cumplimiento de: Objetivos de la calidad, Acciones correctivas, acciones preventivas, Capacitaciones, Mantenimiento Preventivo, Indicadores y Medición de la Satisfacción del cliente.
- Convocatoria a reuniones, delegación actividades, por medio del correo electrónico
- Acciones de emergencia por medio del teléfono
- Solicitud de información relativa a uso de manuales
- Solicitud de rendimiento de empleados.
- Reuniones semanales, presenciales, con el fin de aclarar dudas y tomar decisiones a problemáticas
- Aprobación de recursos, forma escrita.

Ascendente

- Entrega de informes de cumplimiento: toma de acciones correctivas, acciones preventivas mantenimiento, control de indicadores y medición de la satisfacción del cliente.
- Acciones de emergencia por medio del teléfono
- Entrega de solicitudes para aprobaciones
- Entrega de rendimiento de empleados
- Solicitudes de orientación para toma de acciones correctivas
- Informe sobre utilización de manuales
- Solicitud de reuniones por medio de correo electrónico.

Representante de la dirección – Representante de apertura de expediente

Descendente

- Solicitar informes del cumplimiento de: Objetivos de la calidad, Acciones correctivas, acciones preventivas, Capacitaciones, Mantenimiento Preventivo, Indicadores y Medición de la Satisfacción del cliente.
- Solicitud de información relativa a uso de manuales
- Solicitud de rendimiento de empleados.
- Convocatoria a reuniones, delegación actividades, por medio del correo electrónico.

- Acciones de emergencia por medio del teléfono.
- Reuniones semanales, presenciales, con el fin de aclarar dudas y tomar decisiones a problemáticas.

Ascendente

- Entrega de informes de cumplimiento: toma de acciones correctivas, acciones preventivas mantenimiento, control de indicadores y medición de la satisfacción del cliente.
- Acciones de emergencia por medio del teléfono
- Entrega de solicitudes para aprobaciones
- Entrega de rendimiento de empleados
- Informe sobre utilización de manuales
- Solicitudes de orientación para toma de acciones correctivas
- Solicitud de reuniones por medio de correo electrónico.

Administrador – Representante de área atención adultos

Descendente:

- Solicitar informes del cumplimiento de: Acciones correctivas, acciones preventivas, Mantenimiento Preventivo, Indicadores y Medición de la Satisfacción del cliente.
- Informe de indicadores de atención a adultos
- Convocatoria a reuniones, por medio del correo electrónico
- Informe de desempeño de personal
- Acciones de emergencia por medio del teléfono
- Reuniones semanales, presenciales, con el fin de aclarar dudas y tomar decisiones a problemáticas

Ascendente

- Entrega de informes de cumplimiento: toma de acciones correctivas, acciones preventivas mantenimiento, control de indicadores y medición de la satisfacción del cliente.
- Acciones de emergencia por medio del teléfono
- Informe de desempeño de indicadores de atención a adultos
- Entrega de Informe de desempeño de personal
- Entrega de solicitudes para aprobaciones

- Solicitud de reuniones por medio de correo electrónico.

Administrador – Representante área de niños

Descendente:

- Solicitar informes del cumplimiento de: Acciones correctivas, acciones preventivas, Capacitaciones, Mantenimiento Preventivo, Indicadores y Medición de la Satisfacción del cliente.
- Informe de indicadores de atención a niños
- Informe de desempeño de personal
- Convocatoria a reuniones, por medio del correo electrónico
- Acciones de emergencia por medio del teléfono
- Reuniones semanales, presenciales, con el fin de aclarar dudas y tomar decisiones a problemáticas

Ascendente

- Entrega de informes de cumplimiento: toma de acciones correctivas, acciones preventivas mantenimiento, control de indicadores y medición de la satisfacción del cliente.
- Acciones de emergencia por medio del teléfono
- Entrega de informe de desempeño de personal
- Entrega de solicitudes para aprobaciones
- Informe de desempeño de indicadores de atención a adultos
- Solicitud de reuniones por medio de correo electrónico.

Representante de apertura de expediente – Representante área medica

Descendente:

- Solicitar informes del cumplimiento de: Acciones correctivas, acciones preventivas, Capacitaciones, Mantenimiento Preventivo, Indicadores y Medición de la Satisfacción del cliente.
- Informe de indicadores de desempeño de personal de área médica.
- Convocatoria a reuniones, por medio del correo electrónico
- Acciones de emergencia por medio del teléfono

- Reuniones semanales, presenciales, con el fin de aclarar dudas y tomar decisiones a problemáticas

Ascendente

- Entrega de informes de cumplimiento: toma de acciones correctivas, acciones preventivas mantenimiento, control de indicadores y medición de la satisfacción del cliente.
- Acciones de emergencia por medio del teléfono
- Entrega de solicitudes para aprobaciones
- Informe sobre rendimiento de personal
- Solicitud de reuniones por medio de correo electrónico.

Representante de apertura de expediente – Representante apoyo Enfermería

Descendente:

- Solicitar informes del cumplimiento de: Acciones correctivas, acciones preventivas, Capacitaciones, Mantenimiento Preventivo, Indicadores y Medición de la Satisfacción del cliente.
- Informe de indicadores de desempeño de personal de enfermería
- Convocatoria a reuniones, por medio del correo electrónico
- Acciones de emergencia por medio del teléfono
- Reuniones semanales, presenciales, con el fin de aclarar dudas y tomar decisiones a problemáticas

Ascendente

- Entrega de informes de cumplimiento: toma de acciones correctivas, acciones preventivas mantenimiento, control de indicadores y medición de la satisfacción del cliente.
- Acciones de emergencia por medio del teléfono
- Entrega de solicitudes para aprobaciones
- Informe sobre rendimiento de personal
- Solicitud de reuniones por medio de correo electrónico.

Representante de apertura de expediente – Representante de apoyo Servicio

Descendente:

- Solicitar informes del cumplimiento de: Acciones correctivas, acciones preventivas, Capacitaciones, Mantenimiento Preventivo, Indicadores y Medición de la Satisfacción del cliente.
- Informe de indicadores de desempeño de personal de servicio.
- Convocatoria a reuniones, por medio del correo electrónico
- Acciones de emergencia por medio del teléfono
- Reuniones semanales, presenciales, con el fin de aclarar dudas y tomar decisiones a problemáticas

Ascendente:

- Entrega de informes de cumplimiento: toma de acciones correctivas, acciones preventivas mantenimiento, control de indicadores y medición de la satisfacción del cliente.
- Acciones de emergencia por medio del teléfono
- Informe sobre rendimiento de personal
- Entrega de solicitudes para aprobaciones
- Solicitud de reuniones por medio de correo electrónico.

4.3.5 ASIGNACION DE ACTIVIDADES Y RESPONSABILIDADES DEL SISTEMA DE INFORMACION

Responsable	Funciones
Representante de la dirección	<p>7. 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.</p> <p>8. 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.</p> <p>9. Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos y procedimientos diseñados en el modelo de gestión por procesos.</p> <p>10. 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.</p> <p>11. Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la capacitación y el entrenamiento del personal así como para las reuniones del Comité de Calidad.</p> <p>12. 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.</p>
Administrador	<p>8. Coordinar y Asegurar junto con el Presidente del comité que se establezcan, implementen y mantengan los procesos y procedimientos del modelo.</p> <p>9. Presidir las reuniones del Comité de Calidad en ausencia del Presidente.</p> <p>10. Hacer llegar al seno del Comité las propuestas y puntos de vista de los usuarios</p> <p>11. Proponer mejoras para el desempeño de los procesos</p> <p>12. Informar al Presidente del Comité sobre el funcionamiento del modelo de Gestión en la unidad a su cargo.</p> <p>13. Velar y apoyar el desarrollo adecuado del proceso de mejora continua.</p> <p>14. Difundir en su unidad la política y objetivos de calidad, definidos por el Comité.</p>
Representante	<p>11. Llevar a cabo la logística necesaria para el adecuado funcionamiento del Comité</p>

<p>de apertura de expediente</p>	<p>de Calidad.</p> <p>12. Convocar a la celebración de las sesiones ordinarias o extraordinarias que se realicen.</p> <p>13. 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.</p> <p>14. Levantar acta de cada una de las sesiones y remitirla a los miembros para su firma.</p> <p>15. Firmar el acta de la sesión a realizarse.</p> <p>16. Integrar con el presidente del comité el informe de actividades anuales del comité de calidad.</p> <p>17. Hacer llegar al seno del Comité las propuestas y puntos de vista de los usuarios</p> <p>18. Proponer mejoras para el desempeño de los procesos</p> <p>19. Velar y apoyar el desarrollo adecuado del proceso de mejora continua.</p> <p>20. Difundir en su unidad la política y objetivos de calidad, definidos por el Comité.</p>
<p>Representante de apoyo adultos</p>	<p>9. Asistir a las sesiones ordinarias o extraordinarias que se convoquen;</p> <p>10. Informar al Presidente del Comité sobre el funcionamiento del modelo de Gestión en la unidad a su cargo.</p>
<p>Representante de atención niños</p>	<p>11. Hacer llegar al seno del Comité las propuestas y puntos de vista de los usuarios</p> <p>12. Proponer mejoras para el desempeño de los procesos</p> <p>13. Velar y apoyar el desarrollo adecuado del proceso de mejora continua.</p>
<p>Representante de área medica</p>	<p>14. Difundir en su unidad la política y objetivos de calidad, definidos por la Dirección.</p>
<p>Representante de apoyo enfermería</p>	<p>15. Gestionar los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de calidad.</p> <p>16. Crear y mantener un ambiente interno adecuado de trabajo.</p>
<p>Representante de apoyo servicio</p>	

5. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS CLAVES, SUS PROPUESTAS DE SOLUCION, BRECHAS, RESULTADOS E IMPACTOS.

Para clarificar el trabajo en la etapa de diseño se procederá a resumir lo más relevante encontrado en el diagnóstico y se unirá a la propuesta de solución ya tomada, esto permitirá definir las brechas que se tienen actualmente y lo que se esperaría obtener al final de la presente etapa.

Además se deberán presentar los impactos más significativos a obtener como resultado de la puesta en marcha de este modelo, haciendo la aclaración que el alcance de este documento llega hasta el diseño de manuales y rediseño de procesos, el CRIOR, en otro proyecto tendría la oportunidad de poner en práctica el insumo que se les brindará en este trabajo.

Como primera fase se volverán a citar los síntomas que se encontraron en el diagnóstico, según los Aspectos o Factores Clave:

ASPECTOS CLAVE	SINTOMAS
Usuario	El 71% no tiene certeza del tiempo necesario para concluir su rehabilitación.
	No cumplimiento de la programación de citas en un 18%
	Sólo el 60% de los usuarios completan la rehabilitación.
	Se tienen en lista de espera a por lo menos 100 personas efectivas por más de 4 meses.
Personal	Se esperan por lo menos 30min para poder empezar la terapia programada
	Existen especialidades que aún no se atienden
	Hay colaboradores que no se sienten integrados al equipo o están desmotivados
Equipo e Instalaciones	Más de la mitad de los colaboradores no sienten adecuada la infraestructura del CRIOR
	Se cuenta con necesidades de equipo para terapias, así como equipo deportivo y de oficinas, entre otras.

	No se cuenta con el mapa de Riesgos visible y no se les explica a los usuarios las medias de seguridad al entrar al centro bajo ninguna vía.
	El CRIOR es considerado poco higiénico en sus servicios sanitarios.
Institución	Sólo el 84% se encuentra satisfecho con el servicio.
	Para un 35% de los usuarios el acceso geográfico al CRIOR es complicado.
	Casi la mitad de los colaboradores no percibe de ninguna forma un programa de reconocimiento por desempeño
	No se cuenta con la Planeación Estratégica divulgada.
	El presupuesto del CRIOR es solamente el 8% del presupuesto del ISRI.
Gestión Por Procesos	Los colaboradores no poseen el estándar de su trabajo.
	No se tiene claridad del tramo de control de cada puesto de trabajo y de las actividades que debe realizar.
	No se cuenta con seguimiento a las actividades y procesos y no se tiene certeza de su cumplimiento y del nivel de logro de cada objetivo.
	La toma de decisiones es centralizada en la figura del director.
	El 32% de los procesos identificados en el CRIOR no representan ningún Valor Agregado al Servicio.
	El 38% de los procesos identificados en el CRIOR sí representan Valor Agregado al Servicio.
	El grado de avance en la Carta Iberoamericana es del 56%
Mejora Continua	No existen reuniones periódicas para el mejoramiento de procesos y resolución de problemas.
	No existe un programa de capacitaciones continuas para todo el personal.
	La cobertura del servicio ante la necesidad de la población es del 75%. Teniendo a un 25% desatendido o en lista de espera.
	Se desconoce las necesidades de los usuarios y su impresión ante el servicio brindado en el CRIOR.

A continuación, como segunda fase se procederá a agrupar estas sintomatologías en problemas relevantes comunes, para esto se colocará un enunciado con un color que lo identifica para posteriormente agruparlos:

ASPECTOS CLAVE	SINTOMAS	PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA EN EL DIAGNOSTICO
Usuario	El 71% no tiene certeza del tiempo necesario para concluir su rehabilitación.	Procesos no revisados y que no están diseñados para la mejora continua
	No cumplimiento de la programación de citas en un 18%	No se poseen indicadores que ayuden a la gestión.
	Sólo el 60% de los usuarios completan la rehabilitación.	Falta de mecanismos para identificar las necesidades y problemas de los usuarios.
	Se tienen en lista de espera a por lo menos 100 personas efectivas por más de 4 meses.	Procesos no revisados y que no están diseñados para la mejora continua
Personal	Se esperan por lo menos 30min para poder empezar la terapia programada	Procesos no revisados y que no están diseñados para la mejora continua
	Existen especialidades que aún no se atienden	Concientización de las jefaturas y falta de las condiciones que propicien la mejora continua.
	Hay colaboradores que no se sienten integrados al equipo o están desmotivados	Concientización de las jefaturas y la falta de una gestión adecuada de personal y de procesos.
Equipo e Instalaciones	Más de la mitad de los colaboradores no sienten adecuada la infraestructura del CRIOR	Concientización de las jefaturas y falta de las condiciones que propicien la mejora continua.
	Se cuenta con necesidades de equipo para terapias, así como equipo deportivo y de oficinas, entre otras.	Concientización de las jefaturas y falta de las condiciones que propicien la mejora continua.
	No se cuenta con el mapa de Riesgos visible y no se les explica a los usuarios las medidas de seguridad al entrar al centro bajo ninguna vía.	Concientización de las jefaturas y falta de las condiciones que propicien la mejora continua.
	El CRIOR es considerado poco higiénico en sus servicios sanitarios.	Concientización de las jefaturas y falta de las condiciones que propicien la mejora continua.

Institución	Sólo el 84% se encuentra satisfecho con el servicio.	Falta de mecanismos para identificar las necesidades y problemas de los usuarios.
	Para un 35% de los usuarios el acceso geográfico al CRIOR es complicado.	Falta de mecanismos para identificar las necesidades y problemas de los usuarios.
	Casi la mitad de los colaboradores no percibe de ninguna forma un programa de reconocimiento por desempeño	Concientización de las jefaturas y la falta de una gestión adecuada de personal y de procesos.
	No se cuenta con la Planeación Estratégica divulgada.	Concientización de las jefaturas y falta de las condiciones que propicien la mejora continua.
	El presupuesto del CRIOR es solamente el 8% del presupuesto del ISRI.	Concientización de las jefaturas y falta de las condiciones que propicien la mejora continua.
Gestión Por Procesos	Los colaboradores no poseen el estándar de su trabajo.	No se cuentan con manuales de procesos
	No se tiene claridad del tramo de control de cada puesto de trabajo y de las actividades que debe realizar.	No se cuentan con procesos definidos, claros y documentados.
	No se cuenta con seguimiento a las actividades y procesos y no se tiene certeza de su cumplimiento y del nivel de logro de cada objetivo.	No se poseen indicadores que ayuden a la gestión.
	La toma de decisiones es centralizada en la figura del director.	Concientización de las jefaturas y la falta de una gestión adecuada de personal y de procesos.
	El 32% de los procesos identificados en el CRIOR no representan ningún Valor Agregado al Servicio.	Procesos no revisados y que no están diseñados para la mejora continua
	El 38% de los procesos identificados en el CRIOR sí representan Valor Agregado al Servicio.	Procesos no revisados y que no están diseñados para la mejora continua
	El grado de avance en la Carta Iberoamericana es del 56%	No se cumple con el estándar internacional tomado como referencia.

Mejora Continua	No existen reuniones periódicas para el mejoramiento de procesos y resolución de problemas.	Concientización de las jefaturas y falta de las condiciones que propicien la mejora continua.
	No existe un programa de capacitaciones continuas para todo el personal.	Concientización de las jefaturas y la falta de una gestión adecuada de personal y de procesos.
	La cobertura del servicio ante la necesidad de la población es del 75%. Teniendo a un 25% desatendido o en lista de espera.	Procesos no revisados y que no están diseñados para la mejora continua
	Se desconoce las necesidades de los usuarios y su impresión ante el servicio brindado en el CRIOR.	Falta de mecanismos para identificar las necesidades y problemas de los usuarios.

Como tercera y última fase y tomando en cuenta únicamente los problemas identificados se procederán a estimar las brechas, los resultados y los impactos esperados con este proyecto:

PROBLEMÁTICA IDENTIFICADA EN EL DIAGNOSTICO	SOLUCION PROPUESTA	BRECHA	RESULTADOS ESPERADOS	IMPACTOS
Procesos no revisados y que no están diseñados para la mejora continua	Gestión por Procesos: Rediseño de procesos.	Se identificaron 2 procesos que se deben rediseñar: El Ingreso de Usuarios y el de Intervención de los usuarios.	Rediseño y estandarización de 2 procesos claves, con sus manuales de procedimientos.	Mejoramiento significativo a la atención de los usuarios: 1. Reducción de la lista efectiva de espera de 100 a 40 personas, a través del incremento de la cobertura del servicio de un 75% actual a un 90%.
No se poseen indicadores que ayuden a la gestión.	Gestión por Procesos: Indicadores de gestión.	No se cuenta con indicadores de gestión del CRIOR, más que los generales elaborados por el ISRI, bajo su sistema de información.	Indicadores de Gestión y su Guía para administrarlos.	2. Reducción de los tiempos de espera para inicio de las sesiones a menos de 10min, por mejora de procesos. 3. Seguimiento constante y comparable en el tiempo a través de los indicadores para medir desempeño de cada área.
Falta de mecanismos para identificar las necesidades y problemas de los usuarios.	Gestión por procesos: Rediseño de procesos tomando como insumo la perspectiva del usuario.	No se cuenta con un mecanismo que permita la recolección, tabulación y análisis de la percepción del usuario ante el servicio.	Evaluación de la percepción de los usuarios. Manual de rehabilitación baso en y con la comunidad.	4. Medición y seguimiento de la percepción del usuario ante el servicio brindado. 5. Conocimiento y especialización de tareas en cada procedimiento, y existencia física de consultas
Concientización de las jefaturas y falta de las condiciones que propicien la mejora continua.	Gestión por procesos: Mejora continua.	Actualmente no existe evidencia de ningún esfuerzo contundente por parte de la dirección para solventar lograr la mejora continua.	Manual de Mejora Continua	
Concientización de las jefaturas y la falta de una gestión adecuada de personal y de	Gestión por procesos: Rediseño de procesos tomando como insumo la perspectiva del colaborador.	No se observa por parte de la dirección el compromiso sólido para potenciar al máximo las capacidades de sus colaboradores y de sus procesos.	Manual de rehabilitación basado en y con la comunidad.	

procesos.				ante dudas dentro de los procesos.
No se cuentan con manuales de procesos	Gestión por procesos: Diseño de manuales.	No hay evidencia de algún proceso definido y documentado, hay que elaborarlos. Además de definir el camino hacia la automatización de los procesos	Manual de procedimientos.	6. Facilidad de entrenamiento a nuevos colaboradores.
No se cuentan con procesos definidos, claros y documentados.	Gestión por procesos: Rediseño de procesos		Guía para la automatización de procesos	7. Mayor receptibilidad de la Alta Dirección del ISRI para futuras inversiones debido al desempeño logrado.
No se cumple con el estándar internacional tomado como referencia.	Gestión por procesos: Rediseño de los procesos tomando en consideración la CICGP	Actualmente se tiene un alcance a la carta del 56%, se pretende lograr un alcance de 75%.	Procesos claros y definidos orientados al cumplimiento de la CICGP.	8. Proceso de mejora continua diseñado para todo el CENTRO. 9. Contar con una guía de automatización de los procesos para cuando se decida comenzar esa etapa.

CAPITULO III

IMPLEMENTACIÓN Y

EVALUACIONES

CAPITULO III

1. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

La planificación de proyectos conforma parte integrante de la gestión de proyectos. Con una planificación efectiva, del equipo de proyecto y los actores clave (socios y participantes de proyecto) se acuerda qué se hará, quién lo hará, así como cuándo y cómo se hará. Un buen plan ayuda a optimizar el uso de los recursos del proyecto y limita el tiempo dedicado a resolver los problemas durante la 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.

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.

Se elaborará el diagrama de red obteniendo la ruta crítica del proyecto y un diagrama Gantt que permitirá tener un esquema del plan de implementación

En la fase de organización, se definirán 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 desarrollara también un manual de organización para describir las actividades a realizar.

Objetivo General.

Realizar el diseño de la administración del proyecto para el “Modelo de Gestión por Procesos para el Centro de Rehabilitación de Oriente”, especificando las actividades y los recursos necesarios para su desarrollo.

1.1 DESGLOSE DEL TRABAJO.

Una **Estructura de Descomposición del Trabajo** o **EDT**, también conocida por su nombre en inglés **Work Breakdown Structure** o **WBS**, es en gestión de proyectos una descomposición jerárquica orientada al entregable, del trabajo a ser ejecutado por el equipo de proyecto, para cumplir con los objetivos de éste y crear los entregables requeridos, con cada nivel descendente de la EDT representando una definición con un detalle incrementado del trabajo del proyecto. La EDT es una herramienta fundamental en la gestión de proyectos.

El propósito de una EDT es organizar y definir el alcance total aprobado del proyecto según lo declarado en la documentación vigente. Su forma jerárquica permite una fácil identificación de los elementos finales, llamados "Paquetes de Trabajo". Se trata de un elemento exhaustivo en cuanto al alcance del proyecto, la EDT sirve como la base para la planificación del proyecto. Todo trabajo a ser hecho en el proyecto debe poder rastrear su origen en una o más entradas de la EDT

El desglose del trabajo del proyecto para el "Modelo de Gestión por Procesos para el Centro de Rehabilitación de Oriente" se realiza en base a las diferentes etapas que componen el proyecto. Analizando estas etapas, el trabajo se desglosa en cuatro entregables que abarcan el total de trabajo del proyecto.

Estos entregables son:

1. **Financiamiento.**

Comprende las actividades a realizar necesarias para gestionar y obtener los fondos requeridos para implementar y echar a andar el proyecto, en organizaciones de cooperación tanto nacional como internacional o en instituciones sin fines de lucro que brinden financiamiento a proyectos de desarrollo social.

2. Entrenamiento:

En este entregable se agrupan las actividades requeridas para capacitar al personal del CRIOR en los cambios aplicados a los procesos así como todos los elementos implicados en el Modelo de Gestión.

Este entregable se divide en dos paquetes de trabajo:

2.1 Instrucción sobre el Modelo.

Actividades relacionadas a la capacitación del personal en las temáticas correspondientes al Plan Estratégico, Rediseño de procesos y el Modelo de gestión en general.

2.2 Instrucción sobre el Sistema de Control.

Actividades relacionadas a la capacitación del personal en el cálculo e interpretación de indicadores.

3. Prueba Piloto.

En este entregable se encuentran las actividades que se deberán desarrollar preliminarmente para examinar las condiciones y funcionamiento de Modelo de Gestión, de esta forma asegurar el correcto trabajo y operación de dicho Modelo por parte del equipo de trabajo del CRIOR.

4. Evaluación.

En este entregable se llevarán a cabo las actividades que son necesarias para la evaluación de los resultados que se obtienen en la prueba piloto así como también las actividades de contingencia que permitirán eliminar o disminuir algunos contratiempos o aspectos deficientes que puedan presentarse. Este entregable se divide en dos paquetes de trabajo:

4.1 Evaluación del Modelo.

Se compone de las actividades a realizar para medir los resultados y dar seguimiento al desarrollo de la prueba piloto.

4.2 Acciones correctivas.

Comprende las actividades a desarrollar para generar alternativas que permitan corregir aspectos deficientes detectados durante el desarrollo de la prueba piloto.

1.1.1 DESGLOSE DE OBJETIVOS.

Se establecen los objetivos a lograr en cada etapa del proyecto.

1. Financiamiento.

Conseguir los fondos requeridos para la implementación y puesta en marcha del Modelo de Gestión en el CRIOR.

2. Instrucción.

Capacitar al personal en el desarrollo de las funciones y actividades a realizar en base al Modelo de Gestión desarrollado para el CRIOR.

2.1 Instrucción sobre el modelo.

Formar al personal en los aspectos y las actividades relacionadas al Plan Estratégico, Rediseño de procesos y las funciones del modelo de gestión en general.

2.2 Instrucción sobre el sistema de control.

Formar al personal en las actividades relacionadas al procesamiento de datos, cálculo e interpretación de indicadores.

3. Prueba Piloto.

Verificar el funcionamiento y correcto desarrollo del Modelo de Gestión así como desempeño del personal a las funciones correspondientes.

Evaluación.

Medir el desempeño del Modelo de Gestión y los resultados obtenidos aplicando correcciones a las desviaciones detectadas.

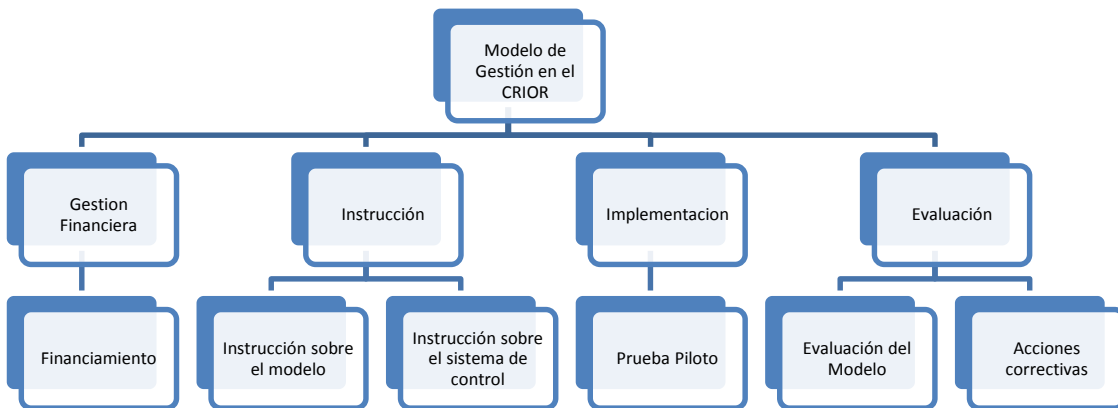
3.1 Evaluación del Modelo.

Determinar los elementos del Modelo que funcionan de manera adecuada y aquellos en los cuales deben llevarse a cabo acciones correctivas para garantizar la calidad de servicio para los usuarios.

3.2 Acciones correctivas.

Diseñar e implementar acciones correctivas en los elementos que sean requeridos para mejorar el funcionamiento del CRIOR.

1.1.2 ESTRUCTURA DE DESGLOSE DEL TRABAJO (EDT).



1.2 PAQUETES DE TRABAJO.

Los paquetes de trabajo que se llevaran a cabo en la implementación del proyecto “Modelo de Gestión por Procesos en el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente” son 4, a continuación se detallan las actividades respectivas de cada paquete:

FINANCIAMIENTO.		
CÓDIGO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
A	Elaborar perfil del proyecto y realizar la solicitud de fondos.	Elaborar un documento técnico con la información pertinente del proyecto, destacando los beneficios e impactos que éste conlleva, así como también los recursos necesarios para su funcionamiento.
B	Análisis y evaluación del documento por los representantes y autoridades correspondientes.	Análisis del perfil y la solicitud de fondos por parte de las autoridades correspondientes para llevar a cabo la aprobación o rechazo del proyecto.
C	Recibo, distribución y asignación de fondos.	Recibir los fondos asignados para la realización del proyecto y distribuir en base a los paquetes de trabajo y actividades establecidas.
D	Adquisición de equipo informático	Llevar a cabo la adquisición de las computadoras requeridas para el registro y control necesario del Modelo de gestión

INSTRUCCIÓN SOBRE EL MODELO.		
CÓDIGO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
E	Planificación de capacitaciones y preparación de material a utilizar	Determinar fechas y metodologías para el desarrollo de las capacitaciones referentes al Modelo de Gestión, así como la impresión de los manuales que deberán ser entregados a cada empleado.
F	Notificar al personal.	Informar al personal de forma escrita, sobre las fechas y horarios en que se realizaran las capacitaciones y el listado de asistentes a cada una de ellas.
G	Capacitación de Plan Estratégico.	Desarrollar la capacitación sobre el plan estratégico elaborado y la forma en que debe llevarse la actualización en base a las necesidades que se presenten.
H	Capacitación de Nuevos Procesos.	Desarrollar capacitación sobre el diseño y la metodología a utilizar en los procesos nuevos a desarrollar en el CRIOR
I	Capacitación de Modelo de Gestión.	Capacitación sobre los cambios realizados y la nueva metodología de trabajo basada en un enfoque orientado al usuario.

INSTRUCCIÓN SOBRE EL SISTEMA DE CONTROL.		
CÒDIGO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
J	Planificación de la capacitación.	Establecer fechas y metodologías para el desarrollo de las capacitaciones referentes al Sistema de control.
K	Notificar al personal.	Informar al personal de forma escrita, sobre las fechas y horarios en que se realizaran las capacitaciones y el listado de asistentes a cada una de ellas.
L	Capacitación en cálculo e interpretación de indicadores.	Desarrollar capacitación sobre los indicadores diseñados para medir el desempeño del CRIOR, enseñando su forma de cálculo, análisis e información requerida para cada uno.

PRUEBA PILOTO.		
CÒDIGO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
M	Planificación de Prueba Piloto.	Definir los aspectos a desarrollar y la metodología que se implantará durante la ejecución de la prueba piloto.
N	Ejecución de Prueba Piloto.	Desarrollo de la prueba piloto y análisis del desarrollo de los procesos.

EVALUACIÓN DEL MODELO.		
CÒDIGO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
O	Planificación de la evaluación.	Definir las fechas y metodologías para realizar las evaluaciones pertinentes, al momento de realización de la prueba piloto.
P	Determinación de los elementos a evaluar.	Determinar los elementos claves que serán sometidos a evaluación.
Q	Llevar a cabo la evaluación.	Evaluar los aspectos de interés, tomando como base la planificación que se ha elaborado.
R	Elaborar un informe de resultados.	Desarrollar un informe completo acerca de los resultados obtenidos en las evaluaciones que se han llevado a cabo en la prueba piloto.

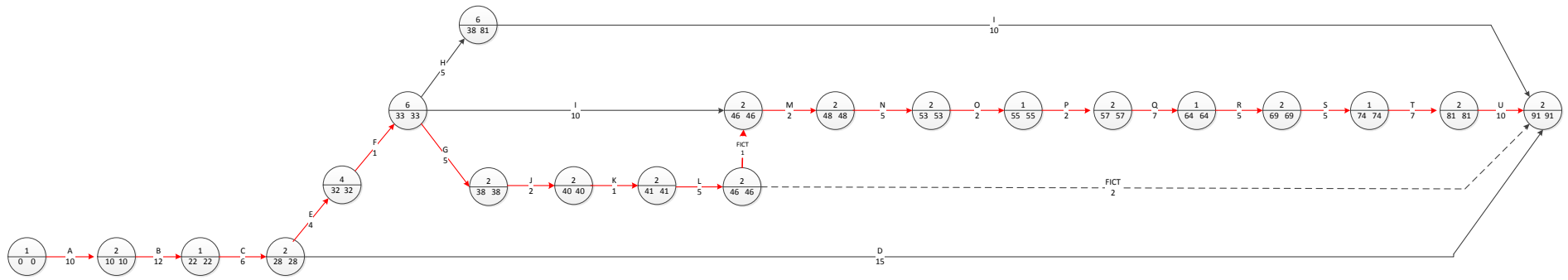
ACCIONES CORRECTIVAS.		
CÒDIGO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
S	Análisis de resultados y determinar aspectos a corregir.	Llevar a cabo una completa revisión y análisis del informe de resultados, a fin de determinar las áreas o elementos susceptibles de mejora.
T	Elaborar acciones correctivas.	Establecer acciones correctivas que permitan obtener los resultados esperados en todos los aspectos del modelo.
U	Ejecutar acciones correctivas.	Aplicar las acciones correctivas elaboradas instruyendo, informando y capacitando al personal para que se desarrollen de manera correcta.

1.3 MATRIZ DE PRECEDENCIAS

ACTIVIDADES	CÓDIGO	PRECEDENCIAS	TIEMPO(DIAS)
Paquete 1: Financiamiento			
Elaborar perfil del proyecto y realizar la solicitud de fondos.	A	-	10
Análisis y evaluación del documento por los representantes y autoridades correspondientes.	B	A	12
Recibo, distribución y asignación de fondos.	C	B	6
Adquisición de equipo informático	D	C	15
Paquete 2: Instrucción sobre el modelo			
Planificación de capacitaciones y preparación de material a utilizar.	E	C	4
Notificar al personal.	F	E	1
Capacitación de Plan Estratégico.	G	F	5
Capacitación de Nuevos Procesos.	H	F	5
Capacitación de Modelo de Gestión.	I	F	10
Paquete 3: Instrucción sobre el sistema de control			
Planificación de la capacitación.	J	G	2
Notificar al personal.	K	J	1
Capacitación en cálculo e interpretación de indicadores.	L	K	5

Paquete 4: Prueba piloto			
Planificación de Prueba Piloto.	M	L, I	2
Ejecución de Prueba Piloto.	N	M	5
Paquete 5: Evaluación del modelo			
Planificación de la evaluación.	O	N	2
Determinación de los elementos a evaluar.	P	O	2
Llevar a cabo la evaluación.	Q	N	7
Elaborar un informe de resultados.	R	Q	5
Paquete 6: Acciones correctiva			
Análisis de resultados y determinar aspectos a corregir.	S	R	5
Elaborar acciones correctivas.	T	S	7
Ejecutar acciones correctivas.	U	T	10

RED GLOBAL DEL PROYECTO



- ▶ ACTIVIDAD CRITICA
- ▶ ACTIVIDAD NO CRITICA
- - - -▶ ACTIVIDAD FICTICIA

DURACION:
91 DIAS
RUTA CRITICA:
A-B-C-E-F-G-J-K-L-FICT1-M-N-O-P-Q-R-S-T-U

1.4 RECURSOS DE CADA ACTIVIDAD

ACTIVIDADES	CÓDIGO	TIEMPO	RECURSO		
			HUMANO	MATERIAL	EQUIPO
Elaborar perfil del proyecto y realizar la solicitud de fondos.	A	10	1	papelería	equipo de oficina
Análisis y evaluación del documento por los representantes y autoridades correspondientes.	B	12	1	papelería	equipo de oficina, teléfono
Recibo, distribución y asignación de fondos.	C	6	1	papelería	equipo de oficina
Adquisición de equipo informático	D	15	1	papelería	equipo de oficina, teléfono
Planificación de capacitaciones y preparación de material a utilizar	E	4	1	papelería	equipo de oficina, teléfono
Notificar al personal.	F	1	1	papelería	equipo de oficina, teléfono
Capacitación de Plan Estratégico.	G	5	2	papelería	equipo de oficina
Capacitación de Nuevos Procesos.	H	5	3	papelería	equipo de oficina
Capacitación de Modelo de Gestión.	I	10	3	papelería	equipo de oficina
Planificación de la capacitación.	J	2	2	papelería	equipo de oficina

Notificar al personal.	K	1	1	papelería	equipo de oficina
Capacitación en cálculo e interpretación de indicadores.	L	5	2	papelería	equipo de oficina
Planificación de Prueba Piloto.	M	2	2	papelería	equipo de oficina
Ejecución de Prueba Piloto.	N	5	3	papelería	equipo de oficina
Planificación de la evaluación.	O	2	2	papelería	equipo de oficina
Determinación de los elementos a evaluar.	P	2	1	papelería	equipo de oficina
Llevar a cabo la evaluación.	Q	7	3	papelería	equipo de oficina
Elaborar un informe de resultados.	R	5	2	papelería	equipo de oficina
Análisis de resultados y determinar aspectos a corregir.	S	5	2	papelería	equipo de oficina
Elaborar acciones correctivas.	T	7	2	papelería	equipo de oficina
Ejecutar acciones correctivas.	U	10	2	papelería	equipo de oficina

1.5 COSTO POR ACTIVIDAD.

A continuación se detalla el costo por actividad para cada una de las actividades a realizar durante la implementación del proyecto en el CRIOR.

En los costos por actividad mostrados a continuación se incluye tanto el costo en materiales y personal así como el Costo por la Administración del Proyecto.

Para efectos de cálculo, el salario del personal directivo del CRIOR y el salario del personal de la administración del proyecto se ha estimado en \$500/mes, y se ha considerado un promedio de 22 días hábiles mensuales, generando un costo diario de \$20 por persona.

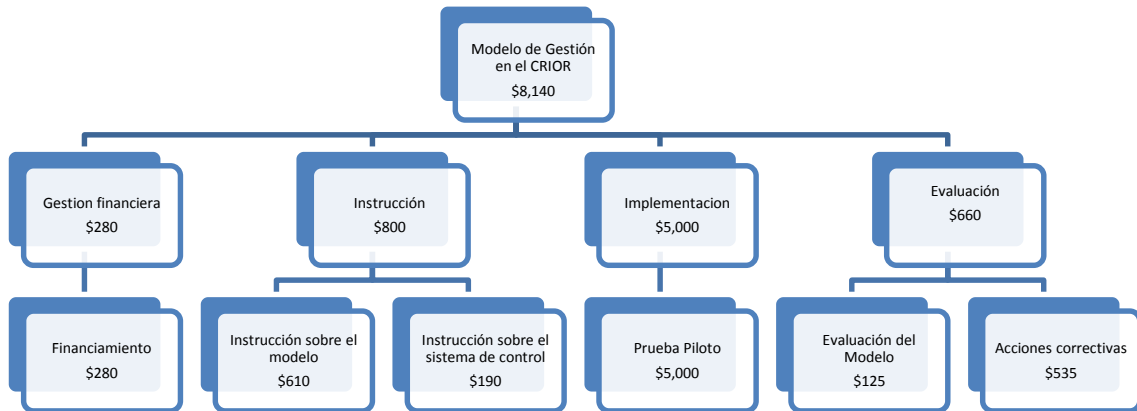
Para el desarrollo de la Prueba Piloto, además de los salarios directivos y de administración del proyecto se ha considerado un salario de \$375/mes para el personal operativo.

ACTIVIDADES	RRHH	DURACION (DIAS)	COSTO (\$)	COSTOS DE PAPELERIA Y MATERIALES	COSTOS DE ACTIVIDAD (\$)
Paquete 1: Financiamiento					
Elaborar perfil del proyecto y realizar la solicitud de fondos.	1	10	228	5	233
Análisis y evaluación del documento por los representantes y autoridades correspondientes.	1	12	-	-	-
Recibo, distribución y asignación de fondos.	1	6	32	-	32
Adquisición de equipo informático	1	15	15	-	15
TOTAL					280
Paquete 2: Instrucción sobre el modelo					
Planificación de capacitaciones y preparación de material a utilizar.	2	4	-	10	10

Notificar al personal.	1	1	10	5	15
Capacitación de Plan Estratégico.	2	5	120	25	145
Capacitación de Nuevos Procesos.	3	5	200	25	225
Capacitación de Modelo de Gestión.	3	10	200	25	225
TOTAL					610
Paquete 3: Instrucción sobre el sistema de control					
Planificación de la capacitación.	3	2	-	5	5
Notificar al personal.	1	1	10	5	15
Capacitación en cálculo e interpretación de indicadores.	3	5	150	20	170
TOTAL					190
Paquete 4: Prueba piloto					
Planificación de Prueba Piloto.	3	2	250	5	255
Ejecución de Prueba Piloto.	3	5	4695	50	4745
TOTAL					5000
Paquete 5: Evaluación del modelo					
Planificación de la evaluación.	2	2	-	5	5

Determinación de los elementos a evaluar.	1	2	15	-	15
Llevar a cabo la evaluación.	3	7	80	5	85
Elaborar un informe de resultados.	2	5	10	10	20
TOTAL					125
Paquete 6: Acciones correctiva					
Análisis de resultados y determinar aspectos a corregir.	1	5	50	-	55
Elaborar acciones correctivas.	2	7	100	5	105
Ejecutar acciones correctivas.	3	10	360	20	380
TOTAL					535

1.5.1 EDT COSTOS



1.6 INDICADORES DE DESEMPEÑO DEL PROYECTO.

Para cada corte realizado en el proyecto se debe calcular una serie de indicadores que servirán para medir el avance que se tiene del proyecto y el desempeño obtenido hasta ese momento.

El análisis de dichos indicadores servirá como base para plantear medidas correctivas a fin de corregir el rumbo del proyecto en caso que se esté atrasado o incurriendo en mayores costos.

DEFINICIONES:

- ✓ **Costo Total Presupuestado (CTP):** Costo total planificado para la ejecución del proyecto.
- ✓ **Costo Presupuestado Acumulado (CPA):** Cantidad de dinero que se ha planificado gastar hasta un punto específico del tiempo.
- ✓ **Costo Real Acumulado (CRA):** Cantidad de dinero que ha sido gastado realmente hasta un punto específico del tiempo.
- ✓ **Valor Presupuestado (VP):** Representa el valor del trabajo que debería estar realizado hasta un punto específico del tiempo.

INDICADOR 1.

Valor Ganado (VA): Representa el valor del trabajo realmente realizado hasta un punto específico del tiempo.

$$VG = (\% \text{ de trabajo realizado}) (CTP)$$

Análisis:

- Si $VG > VP$ El proyecto va adelantado (mas avance de lo planeado).
- Si $VG < VP$ El proyecto va atrasado (menos avance de lo planeado).
- Si $VG = VP$ El proyecto va exactamente según el plan.
- Si $VG > CR$ El proyecto va gastando menos de lo planeado.
- Si $VG < CR$ El proyecto va gastando más de lo planeado.
- Si $VG = CR$ El proyecto va gastando exactamente lo planeado.
- $\frac{VG}{VP}$ Por cada dólar planeado cuantos dólares se han recuperado (en trabajo).
- $\frac{VG}{VR}$ Por cada dólar gastado cuantos dólares se han recuperado (en trabajo).

INDICADOR 2.

Índice de Costo (IDC): Medición de la eficiencia del costo con que se está realizando el proyecto.

$$IDC = \frac{VGA}{CRA}$$

Análisis:

- Si **IDC<1** Costos elevados (se necesitara más dinero para terminar).
- Si **IDC>1** Costos bajos (ahorro de fondos).
- Si **IDC=1** Costos según lo planeado.

INDICADOR 3.

Índice de Cronograma (IDS): Medición de la eficiencia del tiempo con que se está realizando el proyecto.

$$IDS = \frac{VGA}{CTP}$$

Análisis:

- Si **IDS<1** Atrasado (se necesitara más tiempo para terminar).
- Si **IDS>1** Adelantado (terminación anticipada).
- Si **IDS=1** Duración según lo planeado.

PROYECCIONES.

- **Costo Total Proyectado (CTPr):** Costo total proyectado que será necesario para terminar el proyecto en base al índice de costos.

$$CTPr = \frac{CTP}{IDC}$$

- **Tiempo Total Proyectado (TTPr):** Tiempo total proyectado que durara el proyecto en base al índice de cronograma.

$$TTPr = \frac{\text{Duración del proyecto}}{IDS}$$

**MANUAL DE
IMPLEMENTACION DEL
MODELO DE GESTIÓN POR
PROCESOS**

1. ORGANIZACIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL MODELO DISEÑADO

1.1. 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 Oriente”

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.

1.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

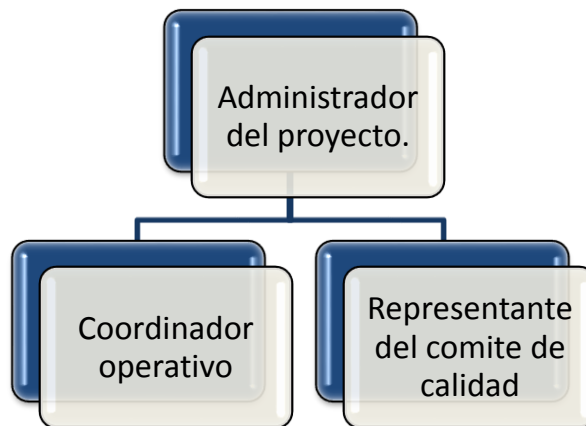
Elaborar una herramienta básica que contribuya a la asignación y desarrollo correcto de las actividades del proyecto por medio del establecimiento de las tareas de cada puesto de trabajo en la implementación.

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.

1.3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA IMPLEMENTACION DEL MODELO.

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:



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 CRIOR	
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"> • Carrera: Graduado de Lic. En Administración de empresas o Ingeniería Industrial. • Experiencia previa en administración de proyectos (no indispensable). • Liderazgo e iniciativa para la toma de decisiones. • Sexo: indiferente. • Buenas relaciones interpersonales. 		
FUNCIONES:		
<ul style="list-style-type: none"> • Reproducir y entregar los informes al Gerente. • Dirigir el avance en la implementación. • Seleccionar personal a contratar (si es necesario). • Planificar y coordinar la instalación de maquinaria, equipo y mobiliario. 		
Fecha de Elaboración: Mayo 2015	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"> • Trabajar en la organización. • Experiencia previa en administración de proyectos (no indispensable). • Liderazgo e iniciativa para la toma de decisiones. • Conocimiento avanzado de paquetes de Office, mantenimiento e instalación de computadoras y redes. • Sexo: Indiferente. 		
FUNCIONES:		
<ul style="list-style-type: none"> • Planificar, organizar y administrar todas las actividades del plan de implementación. • Elaborar la programación y llevar controles financieros. • Distribuir recursos a los paquetes de trabajo según requerimiento. • Verificar que al finalizar todo funcione, y que sistemas se encuentren corriendo según requerimientos. • Tomar las decisiones y responsabilidad en cuanto a cambios relevantes en el proyecto, los cuales pueden surgir en el camino. • Realizar compras de los insumos necesarios para la implementación, según requerimientos. • Elaborar informes de avance sobre la implementación mensualmente, y cada vez que haya un cambio significativo. 		
Fecha de Elaboración:	Fecha de Revisión:	Fecha de aprobación:
Mayo 2015		
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"> • Que trabaje en la organización y pertenezca al comité de calidad. • Liderazgo e iniciativa para la toma de decisiones. • Sexo: indiferente. • Conocimientos básicos de Microsoft office. • <i>Buenas relaciones interpersonales.</i> 		
FUNCIONES:		
<ul style="list-style-type: none"> • Reproducir y entregar informes al Gerente de proyecto. • Trabajar conjuntamente con coordinador operativo. • Planificar y coordinar la implementación de tareas encomendadas. • Presentar informes de avance al gerente del proyecto. 		
Fecha de Elaboración:	Fecha de Revisión:	Fecha de aprobación:
Mayo de 2015		
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:

2. DETERMINACION DE LOS COSTOS DEL DISEÑO

2.1 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.

2.1.1 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.

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.

EQUIPO DE OFICINA, MOBILIARIO Y MATERIALES.

- **EQUIPO**

Los equipos a utilizar son las computadoras necesarias para el manejo de la documentación del modelo así como para el control y manejo de la información.

IMPRESORA	
RESOLUCIÓN: 600 X 600 PPP	
MARCA: HEWLETT PACKARD	
PRECIO:	\$29.90
COMPUTADORA	
COMPAQ PRESARIO	
MODELOGSFFPDC_ S450BW8C	
PROCESADOR INTEL PENTIUM G3220	
DISCO DURO 500GB	
MEMORIA RAM 4GB	
TECNOLOGIA RAM DDR3	
PANTALLA 18.5 PULGADAS	
WINDOWS 8 HOME BASIC	
PRECIO	\$680.00
CANTIDAD A ADQUIRIR	2
TOTAL	1360.00
INVERSIÓN EN EQUIPO	\$1,389.90

- **DOCUMENTACIÓN.**

La inversión requerida en documentación corresponde a la impresión y presentación de los manuales necesarios para la implementación del modelo de gestión diseñado.

DOCUEMENTO	N° de pág.	Costo de Anillado	N° de documentos requeridos	Costo (\$)
Guía de indicadores de gestión	15	1.00	8	14
Guía de evaluación del usuario	35	1.00	3	8.25
Manual de Rehabilitación basado en y con la comunidad.	25	1.00	9	20.25
Manual de mejora continua	50	1.00	9	31.5
Manual de procedimientos.	142	1.50	16	137.6
INVERSIÓN EN DOCUMENTACIÓN				\$211.60

Tabla 53 Inversión en documentación.

2.1.2 INVERSIÓN FIJA INTANGIBLE.

ESTUDIO PREVIO

Este apartado incluye los gastos incurridos en el transcurso del desarrollo de la investigación y el diseño del modelo de gestión, estos corresponden a RRHH, papelería y equipo, transporte y alimentación y gastos varios.

ESTUDIOS PREVIOS		
Etapas	Duración (Meses)	Costo (\$)
Etapa de diagnostico	4	5,800
Etapa de diseño	3	4,350
Evaluaciones	2	2,900
Diseño del modelo		\$13,050

IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO.

Corresponde a la inversión necesaria para la implementación y puesta en marcha del Modelo de Gestión, esta inversión incluye el costo de las actividades a realizar y el costo de administración del proyecto y se presenta detallado para cada uno de los paquetes de trabajo.

PAQUETE DE TRABAJO	COSTO (\$)
Financiamiento.	280.00
Instrucción	800.00
Prueba Piloto.	5000.00
Evaluación	660.00
INVERSIÓN EN IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO	\$8,140.00

Tabla 54 Inversión en la implementación del proyecto.

INVERSIÓN TOTAL DEL PROYECTO.

RUBRO	MONTO (\$)
INVERSIÓN TANGIBLE.	
Equipo.	1,389.90
Documentación.	211.60
INVERSIÓN INTAGIBLE.	
Diseño del modelo	13,050.00
Implementación del proyecto.	6,740.00
INVERSIÓN TOTAL DEL PROYECTO	\$21,391.50

Tabla 55 Inversión total del proyecto

2.2 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.

CAPACITACIÓN INICIAL

Si bien es importante que las organizaciones incluyendo el CRIOR, 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 Oriente 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 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 consultora empresarial 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	\$ 500.00

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 Oriente y el ISRI en cada una de sus dependencias, calculan el costo por hora o atención en cada una de sus áreas. Este se detalla a continuación:

Representante	Cupos en el comité	Costo por Atención	Atenciones no brindadas.	Costo 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

2.2.1 COSTOS DE OPERACIÓN DEL MODELO

COSTOS DE CAPACITACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN DEL USUARIO Y COLABORADORES

CAPACITACIÓN A LOS COLABORADORES

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
60	4	\$8.81	\$2,114.40

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	70	\$ 0.12	\$ 8.40
		TOTAL	\$ 101.90

CONCIENTIZACIÓN AL USUARIO

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 CRIOR 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

Resumen de costos de capacitación y concientización

	Cantidad Anual (\$)
Capacitación	2,114.40
Insumos	795.40
TOTAL	\$2,909.8

COSTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE ENCUESTAS AL USUARIO

La encuesta al usuario es un mecanismo mediante el cual se pretende captar el nivel de la satisfacción y la calidad de los servicios prestados por el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, según se planteó en el diseño del modelo.

Mecanismo	Encuestas
Cantidad de encuestas	91 encuestas
Frecuencia	6 meses
Nivel de Confiabilidad	95%
Probabilidad de éxito	90%

Encuestas al usuario.

El centro cuenta actualmente con 1903 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:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times (1 - p)}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times (1 - p)}$$

Donde

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada

q = probabilidad de fracaso (1-p)

d = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción)

Esta fórmula 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	91
1	93
2	93
3	93
4	93
5	93

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 prorrataran 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

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**.

$$\text{Depreciación} = \frac{P - L}{N}$$

P es el monto expresado en dólares
L es el valor de recuperación (Se calculará con un valor de 0)
N Es el número de años

Equipo	Cantidad	Costo Total	Depreciación Anual
Computadora	2	\$1360	\$270
Impresor	1	\$ 29.90	\$5.98
TOTAL			\$275.98

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
Diseño del modelo	\$ 13,050.00	\$2,610
Implementación	\$8,140.00	\$1,628
Capacitación y concientización	\$2,909.80	580.96
TOTAL		\$4,818.96

2.2.2 PRESUPUESTO DE EGRESOS E INGRESOS

PRESUPUESTO DE EGRESOS

Para el presupuesto de egresos se considera una tasa de inflación del 1.1%, la cual se obtiene de la publicación del Banco Central de Reserva, esto con el fin de considerar el aumento de precios debido a este fenómeno económico en la carga presupuestaria.

Inversión Inicial	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Inversión Tangible	1,601.5					
Inversión Intangible	17,790					
Capital de Trabajo	1,218.72					
Costos de Operación						
Costos de Capacitación y Concientización		2,909.8	2,941.8	2,974.16	3,006.88	3,039.95
Costos de la Administración de Encuestas al Cliente		64.75	65.46	66.18	66.91	67.65
Costos de Depreciación y Amortización		5,094.94	5604.45	6,164.87	6,781.36	7,459.5
	22,610.22	8,069.49	8,611.71	9,205.21	9,855.15	10,567.71

Consultado de Publicación *Índice de Precios al Consumidor (IPC)* – Banco Central de Reserva de El Salvador.

2.2.3 PRESUPUESTO DE INGRESOS

El Centro de Rehabilitación Integral de Oriente (CRIOR), 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 Oriente es de \$852,550.**

Así también la implementación del modelo permitirá un aumento en la capacidad de atención del centro para lo cual se hace un análisis en los que se incluyen 5 factores para tener un parámetro más verídico.

FACTORES A CONSIDERAR:

- Aumento de atenciones a partir de implementación de un Modelo de Gestión por Procesos en otras instituciones
- Registros de aumento de atenciones brindadas en el CRIOR.
- Capacidad del centro.
- Aumento en implementación de la CICGP
- Tasa de crecimiento poblacional

DESARROLLO DE FACTORES

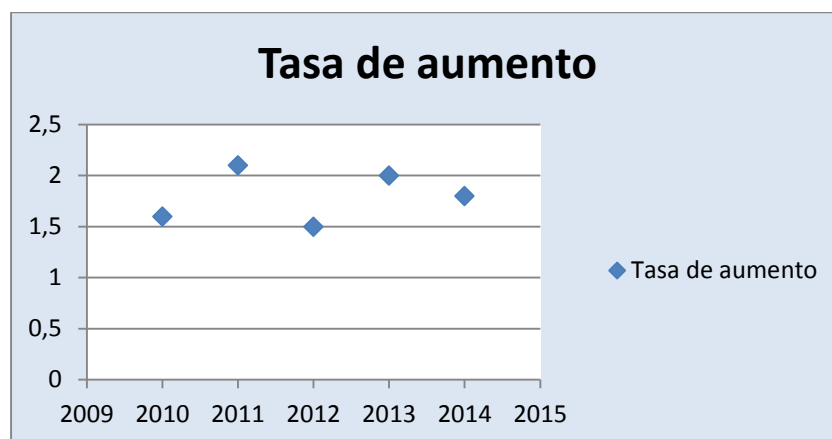
- **Aumento de atenciones a partir de implementación de un Modelo de Gestión por Procesos en otras instituciones**

Como primer factor tomaremos en consideración la tasa de aumento medida en una institución de México en la cual se realizó un estudio de Reingeniería, El hospital orientado al paciente. En el que para llevar a cabo la reingeniería del hospital se basaron en la implementación de un modelo de gestión por procesos, teniendo como resultado entre otros beneficios, un aumento en atenciones en una **tasa del 3.8²³%**

- **Registros de aumento de atenciones brindadas en el CRIOR.**

El CRIOR presenta el siguiente registro de aumento en atenciones:

Año	Atenciones	Tasa de aumento
2014	117,297	1.8
2013	115,185	2.0
2012	112,881	1.5
2011	111,074	2.1
2010	109,296	1.6



Según registros del total de atenciones del CRIOR la satisfacción de la demanda ha aumentado en los últimos 4 años a una tasa promedio del 1.8% como podemos ver a continuación

²³ Tasa de aumento anual tomada de valores de referencia contenidos en: Daniel Diez, Pascual Morron, Gonzales i. Reingeniería, El hospital orientado al paciente, Gestión diaria del Hospital REV. Calidad Asistencial 2001 14:307-311

- **Capacidad del centro.**

Según las estadísticas del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente, tiene una capacidad para brindar un total de 135,000 atenciones. Este dato es un parámetro clave a considerar para el establecimiento de la tasa de aumento de atenciones, ya que es una limitante y a la vez una meta de cumplimiento para que el Centro no presente una capacidad subutilizada y se obtenga el máximo aprovechamiento de los recursos.

En base a la cantidad de atenciones que actualmente se brindan en el centro que son 117,297 podemos decir que el máximo aumento que se podría tener sin sobrepasar la capacidad del centro es de 17,700. Y para poder lograr ese aumento al final de los 5 años es necesaria una tasa de aumento del 2.7%

Año	Atenciones	Tasa de aumento
2014	117,297	2.7
1	120,464	2.7
2	123,716	2.7
3	127,056	2.7
4	130,487	2.7
5	134,710	2.7

- **Aumento en implementación de la CICGP**

Según la evaluación de la CICGP, se visualiza un aumento promedio en su implementación del 20%; analizando los apartados orientados al aumento de la demanda del centro podemos concluir que estos tienen un aumento promedio en implementación del 14% pasando de un 65% de implementación a un 79%, si lo traducimos a cumplimiento de demanda podemos ver reflejado un aumento de 15,000 atenciones el equivalente al porcentaje aumentado.

Este aumento se verá reflejado al final del año 5 por lo que para alcanzar esa demanda se prevee un aumento a una tasa del 2.2%

Año	Atenciones	Tasa de aumento
2014	117,297	2.2
1	119,877	2.2
2	122,514	2.2
3	125,210	2.2
4	127,964	2.2
5	130,780	2.2

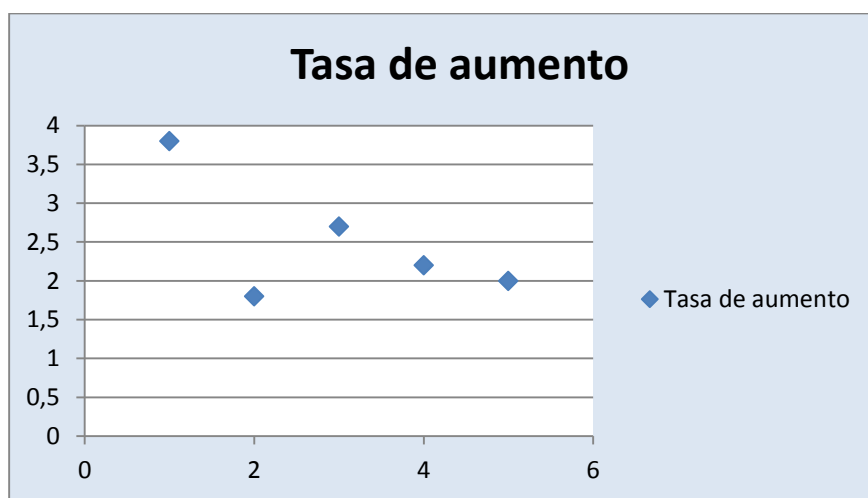
- **Tasa de crecimiento poblacional**

Considerando que la tasa de crecimiento poblacional de EL Salvador para el año 2014 es de 2%, será utilizada como parámetro para definir la nueva tasa de aumento de atenciones del Centro de rehabilitación, ya que se considera que es probable que su tasa de demanda aumente en la misma proporción.

INTERPOLACIÓN DE RESULTADOS DE LAS TASA DE AUMENTO ANALIZADAS

Criterios analizados

Criterio	Tasa de aumento
1	3.8
2	1.8
3	2.7
4	2.2
5	2

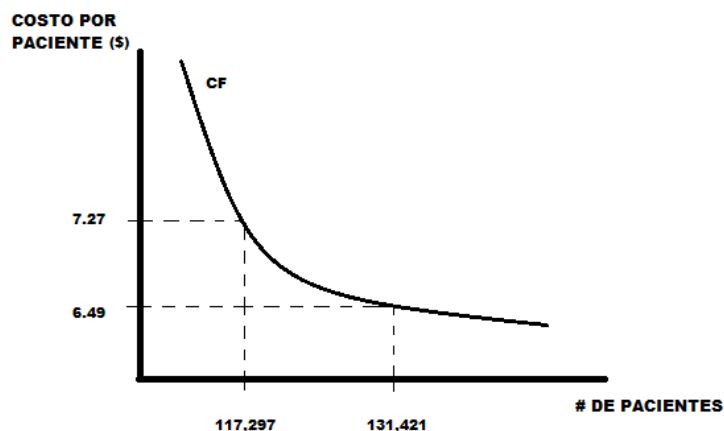


Decisión final

Considerando los criterios analizados con anterioridad, se define que la tasa promedio de aumento en atenciones para el centro de rehabilitación es del **2.3%**, la cual será utilizada para la aplicación del principio de economía a escala para determinar el ahorro percibido en el presupuesto del CRIOR a partir del aumento de atenciones y la reducción del costo unitario de atenciones.

ECONOMÍAS DE ESCALA:

Es un término usado en microeconomía, el cual se refiere al beneficio que una empresa obtiene gracias a la expansión, es decir, es la propiedad por la que el costo total medio a largo plazo disminuye a medida que se incrementa la cantidad de producción. Como se ve en el Gráfico, en este caso particular a medida que se aumentan las atenciones, disminuye el costo de las atenciones.



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 CRIOR 2013	Costo por Atención	Reducción del Costo	Beneficio en Concepto de Ahorro Anual (\$)
2014	117,297	-	\$852,550	7.27	-	
1	119,995	2,698	\$852,550	7.10	0.16	19,608.65
2	122,755	5,458	\$852,550	6.95	0.32	39,668.30
3	125,578	8,281	\$852,550	6.79	0.48	60,189.32
4	128,466	11,169	\$852,550	6.64	0.63	81,182.32
5	131,421	14,124	\$852,550	6.49	0.78	102,658.17
Total						303,306.76

Beneficio en concepto de ahorro

Al final de 5 años el Centro tendrá un aumento de 24,381 atenciones brindadas, generando un ahorro total de \$ 303,306.76 al final de los 5 años.

2.2.4 FLUJO DE EFECTIVO PROFORMA

A continuación se presenta el flujo de efectivo proyectado anual del proyecto

Inversión Inicial	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Inversión Tangible	1,601.50					
Inversión Intangible	19,790					
Capital de Trabajo	1,218.72					
Costos de Operación						
Costos de Capacitación y Concientización		2,909.80	2,941.80	2,974.16	3,006.88	3,039.95
Costos de la Administración de Encuestas al Cliente		64.75	65.46	66.18	66.91	67.65
TOTAL	22,610.22	2,974.55	3,007.26	3,040.34	3,073.79	3,107.60
Ingresos						
Beneficios obtenidos por ahorro	\$0.0	19,608.65	39,668.30	60,189.32	81,182.32	102,658.17
Flujo de efectivo	-22,610.22	16,634.10	36,661.04	57,148.98	78,108.53	99,550.57

Para las evaluaciones realizadas en el estudio se utilizarán los resultados obtenidos del flujo de efectivo proforma, ya que por ser el CRIOR una entidad pública; no aplica para los descuentos de costos de depreciación y amortización. Aunque por fines académicos a continuación se presenta el estado de resultados proforma el cual incluye costos de depreciación y amortización con el fin de conocer el estado de la empresa en un periodo determinado

2.2.5 ESTADO DE RESULTADOS PROFORMA

A continuación se presenta el estado de resultados del proyecto.

Inversión Inicial	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Inversión Tangible	1,601.50					
Inversión Intangible	19,790					
Capital de Trabajo	1,218.72					
Costos de Operación						
Costos de Capacitación y Concientización		2,909.80	2,941.80	2,974.16	3,006.88	3,039.95
Costos de la Administración de Encuestas al Cliente		64.75	65.46	66.18	66.91	67.65
Costos de Depreciación y Amortización		5,094.94	5,604.45	6,164.87	6,781.36	7,459.5
TOTAL	22,610.22	8,069.49	8,611.71	9,205.21	9,855.15	10,567.71
Ingresos						
Beneficios obtenidos por ahorro	0.0	19,608.65	39,668.30	60,189.32	81,182.32	102,658.17
Flujo de efectivo	-22,610.22	11,539.16	31,056.59	50,984.11	71,327.17	92,090.46

2.3 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 Oriente (CRIOR), 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.

2.3.1 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 puedan 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.

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.

2.3.2 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 buscara 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 Calculo 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.

2.4 EVALUACIONES ECONÓMICAS

2.4.1 TASA MÍNIMA ATRACTIVA DE RENDIMIENTO (TASA DE DESCUENTO SOCIAL)

La tasa mínima atractiva de rendimiento que se procederá a aplicar a las evaluaciones correspondientes del proyecto será la **Tasa de Descuento Social**²⁴ la cual es determinada por El Fondo Salvadoreño para Estudios de Pre-inversión. Dicha tasa es utilizada para proyectos orientados al beneficio de la sociedad, el cual es el caso del proyecto de estudio. El diseño de un modelo de gestión por procesos para el CRIOR es un proyecto que generara un beneficio social ya que al optimizar el servicio brindado a los usuarios se lograra brindar atención a una mayor cantidad de usuarios.

- **La tasa establecida por el gobierno a través del FOSEP es del 12%**²⁵

2.4.2 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.

²⁴Campos Orellana, Walter Arnulfo, Pineda Ardón, Walter Ronald, Pineda Guardado, Benedicto. Estudio y Evaluación del impacto financiero para el proyecto de Inversión Social en la ampliación de un sistema de agua potable en el Cantón El Carmen de San Pedro Perulapan, Departamento de Cuscatlán. Tesis para Optar al título de Licenciatura En Contaduría Pública. El Salvador: Universidad de El Salvador, Escuela de Contaduría Pública, 2010. 91 h

²⁵ Tasa de descuento social establecida por FOSEP para proyectos de pre inversión de carácter social.

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 (Flujos de efectivo proforma):

P	FNE1	FNE2	FNE3	FNE4	FNE5	Tasa de descuento
-22,610.22	16,634.10	36,661.04	57,148.98	78,108.53	99,550.57	12 %

VALOR ACTUAL NETO (VAN)

Sustituyendo en la fórmula:

$$VAN = -22,610.22 + \frac{16,634.10}{(1+0.12)^1} + \frac{36,661.04}{(1+0.12)^2} + \frac{57,148.98}{(1+0.12)^3} + \frac{78,108.53}{(1+0.12)^4} + \frac{99,550.57}{(1+0.12)^5}$$

Dando como resultado:

VAN: \$253,019.26

El resultado de la VAN es **\$253,019.26** 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 CRIOR 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 .

2.4.3 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 invertida²⁶. 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

$$B/C = \frac{\frac{FNE}{(1+i)^1} + \frac{FNE_2}{(1+i)^2} + \frac{FNE_3}{(1+i)^3} + \frac{FNE_4}{(1+i)^4} + \frac{FNE_5}{(1+i)^5}}{\frac{Cop_1}{(1+i)^1} + \frac{Cop_2}{(1+i)^2} + \frac{Cop_3}{(1+i)^3} + \frac{Cop_4}{(1+i)^4} + \frac{Cop_5}{(1+i)^5} + P}$$

²⁶ Taylor, George A. *Ingeniería Económica*, Toma de decisiones México: Limusa, 1991

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:

P	FNE1	FNE2	FNE3	FNE4	FNE5	Tasa de descuento
-22,610.22	16,634.10	36,661.04	57,148.98	78,108.53	99,550.57	12 %
Costos de Operación	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
TOTAL	22,610.22	2,974.55	3,007.26	3,040.34	3,073.79	3,107.6

Sustituyendo en la fórmula:

B/C

$$= \frac{\frac{16,634.10}{(1 + 0.12)^1} + \frac{36,661.04}{(1 + 0.12)^2} + \frac{57,148.98}{(1 + 0.12)^3} + \frac{78,108.53}{(1 + 0.12)^4} + \frac{99,550.57}{(1 + 0.12)^5}}{\frac{2,974.55_1}{(1 + 0.12)^1} + \frac{3,007.26_2}{(1 + 0.12)^2} + \frac{3,040.34_3}{(1 + 0.12)^3} + \frac{3,073.79_4}{(1 + 0.12)^4} + \frac{3,107.6_5}{(1 + 0.12)^5} + 22,610.22}$$

$$B/C: 275629.48/33,544.27$$

$$B/C: 8.21$$

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 \$8.21

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.

3. EVALUACIÓN SOCIAL

A través de la evaluación social-económica se persigue proyectar la contribución de la implementación del Modelo de Gestión por Procesos en el Centro de Rehabilitación de Oriente CRIOR a la sociedad, y principalmente, a las personas con capacidades especiales, que son, en definitiva, los usuarios de los servicios que allí se ofrecen.

Para poder realizar la evaluación social y determinar los beneficios que se obtendrán con la implementación del modelo, se definirán en dos ejes principales los impactos esperados:

 IMPACTOS ORGANIZACIONALES.

 IMPACTOS EN EL SERVICIO HACIA EL USUARIO.

Se ha tomado tanto a la organización como al usuario como entidades de evaluación por ser los dos grupos en donde realmente se encontrarán los beneficios particulares, ya que se pudo tomar otro estrato de la sociedad como las unidades de salud del FOSALUD o los grupos de apoyo dentro de la sociedad (grupo de maestros o un grupo de colaboradores de Alcaldías, entre otros) pero no son realmente los beneficiarios con el modelo.

Por tanto a continuación se analiza para cada uno los beneficios obtenidos:

3.1 IMPACTOS ORGANIZACIONALES.

La adopción e implementación del modelo de gestión por procesos contribuye a la mejora permanente y continúa de todos los procesos del CRIOR, a partir de un conjunto de lineamientos e indicadores de desempeño, integrados y orientados a la mejora de resultados.

El modelo permite la Autoevaluación constante y medida del desempeño obtenido en cada uno de sus procesos. Permite hacer una comparación a lo largo de la línea del tiempo y con esto conocer la tendencia de la calidad de sus procesos y apoyarse para la toma de decisiones de la dirección.

Todo este enfoque de mejora continua contribuirá a que la organización esté más preparada para asumir los nuevos retos y cambios que demanden los usuarios, es decir, en otras palabras, que la organización a través de su autoevaluación se convierte en una estructura más flexible capaz de amoldar a sus procesos cualquier necesidad futura de sus usuarios, buscando la máxima satisfacción de este conglomerado.

La mejora organizacional se puede observar en el grado en que con los mismos recursos se espera brindar más atenciones de igual calidad o mejor. El siguiente cuadro describe la cantidad esperada de atenciones:

Año	Cantidad de atenciones	Aumento de Atenciones
2014	117,297	-
1	119,995	2,698
2	122,755	5,458
3	125,578	8,281
4	128,466	11,169
5	131,421	14,124
total		41,730

Es decir, que de implementarse el modelo de gestión se podrá incrementar paulatinamente las atenciones, proyectando al cierre del 5to año un aumento de 41,730 atenciones de las que se podrían tener si las condiciones no cambiaran.

Este aumento de atenciones trae consigo un ahorro anual, ya que genera una disminución del costo, puesto que al suponer fijo al presupuesto del CRIOR para los próximos años y al aumentar las atenciones el costo de cada atención se reduce y la eficiencia del centro se ve aumentada al utilizar mejor sus recursos. Veamos a continuación como se esperaría la disminución del costo por atención:



Año	Costo por atenciónes
2014	7.27
1	7.10
2	6.95
3	6.79
4	6.64
5	6.49

De igual forma con el modelo el CRIOR podría pasar a ser una dependencia ejemplo y la precursora para que en las demás homólogas puedan transformarse en este modelo de gestión por procesos. Además, Con el modelo se cumple el propósito que persigue el Gobierno del Salvador a través del Premio Salvadoreño a la calidad que busca promover una cultura de calidad y buen desempeño en las organizaciones públicas y privadas, a fin de elevar la calidad de vida de los salvadoreños, encaminándose este esfuerzo a través de la premiación de las Instituciones que son reconocidas por el nivel de excelencia alcanzado en la gestión de sus actividades.

3.2 IMPACTOS EN EL SERVICIO HACIA EL USUARIO.

Los impactos de parte del usuario se pueden evaluar en dos ramas:

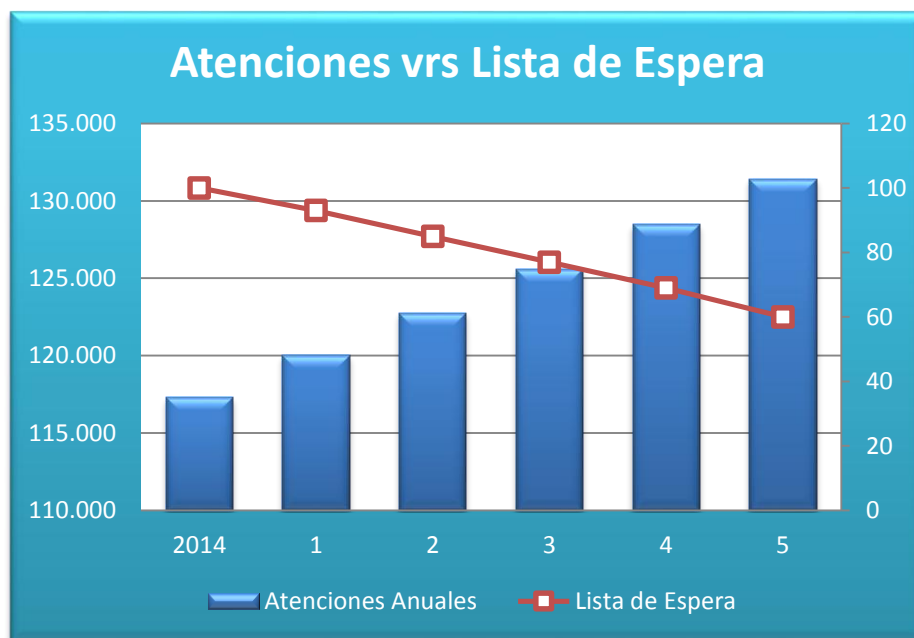
- ✚ Aumento de la cobertura del servicio.
- ✚ Aumento de Usuarios Rehabilitado.

Ambas ramas son muy importantes, ya que la primera evalúa la capacidad del modelo de poder solucionar un problema ante la sociedad necesitada de la rehabilitación y que no tiene acceso por falta de espacios o cupos en las instituciones, y la segunda es la garantía de que los procesos principales se cumplan, en calidad y efectividad. Ya que no es congruente incrementar la capacidad si la rehabilitación se va a dar a medias por los motivos que sean, es en donde el modelo debe de auto gestionarse y tomar acciones de mejora.

3.2.1 AUMENTO DE LA COBERTURA DEL SERVICIO.

Con la implementación del Modelo de Gestión por Procesos propuesto se espera contribuir a la mejora del servicio paulatinamente de un 65% a un 82% es decir de pasar de una lista de espera efectiva de 100 a sólo 60 pacientes al mes, correspondiendo a un umbral de 5 años, y obteniendo con esto un beneficio aproximado total de \$303,306.76 USD como ahorro al final de dicho periodo. La siguiente tabla resume y explica mejor lo que se quiere expresar:

Año	Cantidad de atenciones	Aumento de Atenciones	Usuarios activos (Prom. Atenciones anuales 35)	Reducción lista de esperas	Beneficio en concepto de ahorro	Lista de esperas
2014	117,297	-	3,352			100
1	119,995	2,698	3,428	-7	19,608.65	93
2	122,755	5,458	3,507	-8	39,668.30	85
3	125,578	8,281	3,588	-8	60,189.32	77
4	128,466	11,169	3,670	-8	81,182.32	69
5	131,421	14,124	3755	-9	102,658.17	60
total		41,730		-40	303,306.76	

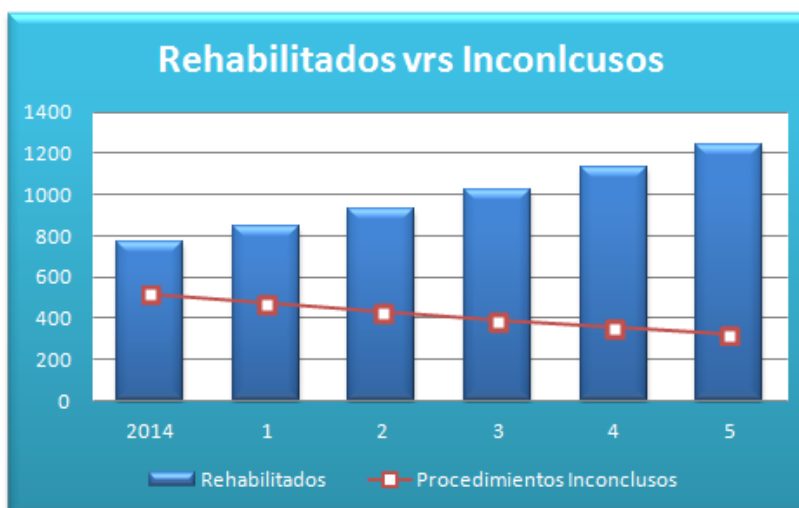


3.2.2 AUMENTO DE USUARIOS REHABILITADOS.

Con la aplicación del modelo se espera lograr mayor sinergia en el servicio brindado por cada miembro del CRIOR, se espera un mayor seguimiento a los resultados y un mejor ordenamiento organizacional, por lo cual los resultados proyectados de los usuarios rehabilitados así como los procedimientos inconclusos quedan según la siguiente tabla:

Año	Rehabilitados	% Part	Procedimientos Inconclusos	% Part
2014	770	59.7%	520	40.3%
1	847	64.2%	473	35.8%
2	932	68.4%	430	31.6%
3	1,026	72.4%	391	27.6%
4	1,129	76.1%	355	23.9%
5	1,242	79.4%	323	20.6%
Total				

Como se observa en la tabla anterior los usuarios rehabilitados pasan de participar con un 59.7% a un 79.4%, casi un 80%, y los procedimientos inconclusos pasan de representar un 40.3% a un 20.6%.



De esta forma, los usuarios se verán beneficiados, tanto por un incremento en la cantidad del servicio y mayor cobertura como en la calidad del mismo, logrando un mayor cumplimiento de objetivos, pero principalmente cumpliendo el fin del CRIOR que es servir a la población de Oriente con los servicios profesionales de rehabilitación.

4. EVALUACION DE LA CICGP.

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 CRIOR 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.

A continuación se presenta el grado de avance alcanzado en la implementación de la carta iberoamericana de calidad de la gestión pública, por medio de la implementación del modelo de gestión por procesos diseñado para el CRIOR.

Las notas otorgadas a cada aspecto serán definidas en base al siguiente criterio de calificación:

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.

BAJO				MEDIO				ALTO	
Implementación				Implementación				Modelo a seguir	
Mínima		Inicial		Parcial		Avanzada			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Criterio de Calificación CICGP.

4.1 CAP. 2: PRINCIPIOS INSPIRADORES

ASPECTO	PUNTAJE PROMEDIO			
	2011	2013	Año 1	Año 2
Servicio Publico	7	8	8	10
Legitimidad democrática	6	8	8.5	10
Transparencia y participación ciudadana	7	7	8	9
Legalidad	6	8	8	9
Coordinación y Cooperación	7	7	8	9
Ética Publica	8	8	8	10
Acceso Universal	7	6	8	9
Continuidad en la Prestación de Servicios	6	8	8	9
Imparcialidad	7	7	7	8
Eficacia	6	7	8	10
Eficiencia	6	7	8	9
Economía	7	8	8	10
Responsabilización	6	6	7	9
Evaluación permanente y mejora continua	7	8	8	10
GRADO DE AVANCE	67%	77%	79%	81%

Tabla 56 Grado de avance: Principios inspiradores.

4.2 CAP. 3: DEBERES Y DERECHOS DE LOS CIUDADANOS

ASPECTO	PUNTAJE PROMEDIO			
	2011	2013	Año 1	Año 5
Deberes y Derechos Ciudadanos	6.0%	6.7	7	9.2
GRADO DE AVANCE	60%	67%	70%	92%

Tabla 57 Grado de avance: Deberes y derechos de los ciudadanos.

4.3 CAP. 4: ORIENTACIONES Y ESTRATEGIAS

SECCIÓN I ORIENTACIONES PARA FORMULAR POLITICAS Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN LA GESTION PÚBLICA.

ASPECTO	PUNTAJE PROMEDIO			
	2011	2013	Año 1	Año 5
Decisión Política y Perspectiva Sistémica	6	6	6	8
Calidad Institucional	5	6.5	6	8
Gestión Pública al Servicio de la Ciudadanía	6	6	7	9
Hacia una Gestión Pública para Resultados	4	6	8	10
Compromiso Social y Ambiental	6	7	7	9
Responsabilidad Directiva, Liderazgo y Constancia de Objetivos	5	7	7	8
Gestión por Procesos	6	6	8	9
Desarrollo de Capacidades de los Funcionarios Públicos	6	6	6	9
Participación de los Empleados Públicos	6	6	8	8
Aprendizaje, Innovación y Mejora de la Calidad	6	6	7	9
Colaboración y Cooperación	7	6	6	9
GRADO DE AVANCE	58%	63%	69%	88%

Tabla 58 Grado de avance: Orientaciones y estrategias I.

SECCIÓN II USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA.

ASPECTO	PUNTAJE PROMEDIO			
	2011	2013	Año 1	Año 5
Dirección Estratégica y el Ciclo de Mejora	5	6	8	10
Perspectiva y Análisis de la Opinión Ciudadana	4.5	5.5	9.5	10
Participación Ciudadana para la Mejora de la Calidad	5	5	6	7
Adopción de Modelos de Excelencia	6	7	7	8
Premios a la Calidad o Excelencia	6	6	7	9
Aplicación de la Gestión por Procesos	6	7	9	9.5
Los Equipos y Proyectos de Mejora	6	6	6	8
Cartas Compromiso o de Servicios al Ciudadano	5	5	5	9
Mecanismos de Difusión de Información Relevante para	5	5	6	8

el Ciudadano				
La Mejora de la Normatividad	6	6	7	8
El Gobierno Electrónico	5	6	6	7
Medición y Evaluación	5	5.75	7.75	9
Sugerencias, Quejas y Reclamos de los Ciudadanos	4	6	8	9
Sistemas de Gestión Normalizados	3	6	6	8
La Gestión del Conocimiento	3.5	6	6	10
Comparación e Intercambio de Mejores Prácticas	7	6	6	8
Aportaciones y Sugerencias de Funcionarios Públicos	5	6	6	9
GRADO DE AVANCE	51%	64%	69%	85%

Tabla 59 Grado de avance: Orientaciones y estrategias II.

4.4 CAP. 5- CONSIDERACIONES FINALES

ASPECTO	PUNTAJE PROMEDIO			
	2011	2013	Año 1	Año 5
Consideraciones finales	6	7.3	7.7	8.7
GRADO DE AVANCE	60%	73%	77%	87%

Tabla 60 Grado de avance: Consideraciones finales.

4.5 RESULTADO FINAL

Conclusión	Año 2011	Año 2013	Año 1	Año 5
Puntaje Máximo de Implementación de la CICGP	820	820	820	820
Puntaje Alcanzado	480	548	593	708
Grado de Avance en la Implementación de la CICGP	58.5%	66%	72%	86%

Tabla: Grado de avance en la implementación de la CICGP.

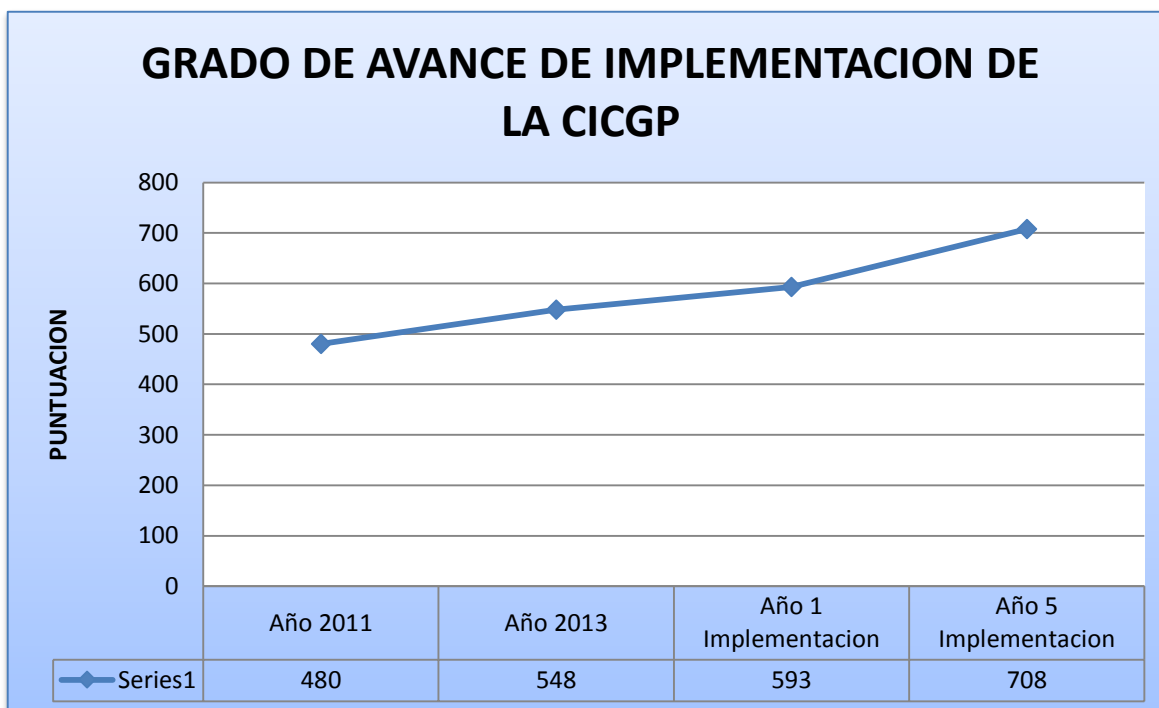


Grafico 14 Grado de avance en la implementación de la CICGP.

Al realizar la implementación del modelo de gestión por procesos diseñado la institución de obtendrá un avance significativo en la implementación de la carta iberoamericana de la calidad en la gestión pública, por podemos observar en los resultados obtenidos en el año uno se obtendrá un porcentaje de implementación del 72% y al final del año 5 se podrá alcanzar un porcentaje de implementación del 86% que representa una puntuación de 708 punto en general.

El 14% restante está relacionado a gestiones a nivel Institucional respetando normativas internas y normativas Gubernamentales y otras áreas de oportunidad, fuera de la gestión por procesos.

5. RESULTADOS ESPERADOS

SOLUCION	ESTADO ACTUAL	ESTADO FINAL
Modelado de procesos.	La institución carece de procesos estandarizados lo que conllevan a un servicio deficiente que impide garantizar la calidad del servicio para los usuarios y ocasiona un bajo rendimiento y desaprovechamiento de los recursos asignados al centro.	Procesos estandarizados con enfoque al cliente que garantizan la satisfacción del mismo con base en un proceso de investigación y mejora continua que garantizan la adaptación del servicio a las necesidades y expectativas de los clientes.
Manual de procedimientos.	Duplicidad de actividades y desconocimiento de responsabilidades provocados por la falta de documentación y definición de las responsabilidades y procedimientos de cada puesto que ayudarían a la simplificación de tareas y aun mayor aprovechamiento del recurso humano.	Documentación de los procedimientos, lo cual sirve para la estandarización de los mismos, además de ser una herramienta de capacitación para que actuales y futuros empleados sepan cuáles son sus responsabilidades y de qué manera debe realizar su trabajo.
Sistema de indicadores	Ausencia de un seguimiento y control de las actividades del centro lo que conlleva a no determinar puntos de mejora en el proceso ya que se desconoce que medir, como medirlo, quien lo hará y quien interpretara la información obtenida.	El Sistema de indicadores de control es una herramienta que establece límites de aceptabilidad y permite llevar un seguimiento de los resultados obtenidos en las diferentes áreas del Centro, Lo cual permitirá la detección de fallas en el servicio para realizar

		mejoras en el mismo y así garantizar un servicio de calidad.
Mejora continua	Actualmente no existe evidencia de ningún esfuerzo contundente por parte de la dirección para solventar lograr la mejora continua.	El diseño del manual para la mejora continua es una herramienta fundamental para la mejora de la Institución ya que permite estar dentro de un proceso de contante evaluación y toma de acciones correctivas al detectar nuevas inconsistencias en el servicio prestado.

ASPECTOS MEJORADOS	ESTADO ACTUAL	ESTADO FINAL
RENDIMIENTO DEL CENTRO	Se realizaron 117,297 atenciones que representan el 65% en la satisfacción de la demanda.	Con la implementación del modelo se espera generar al final del quinto año 131,421 atenciones, representando un aumento de 14,124 atenciones, representando el 82% en la satisfacción de la demanda.
DISMINUCION DEL COSTO POR ATENCIÓN	El nivel de atención actual es de 117,297 atenciones, y el presupuesto asignado para el periodo asciende a \$852,550. De lo anterior se puede obtener el costo unitario por atención de \$7.26	Con la implementación del modelo se espera generar al final del quinto año una reducción del costo de atención hasta los \$6.49 representando un ahorro de \$0.78 por atención brindada.

REDUCCION De lista de esperas	Cada usuario es beneficiado con un promedio de 35 atenciones al año por lo que la lista de esperas haciende a 100 personas iniciar el proceso de rehabilitación	Con la implementación del modelo se espera generar al final del quinto año una reducción en la lista de esperas a 60 personas, reduciendo la lista en un 40%.
Aumento en pacientes rehabilitados	770 pacientes terminaron satisfactoriamente el proceso de rehabilitación, teniendo un total de 520 procedimientos inconclusos.	Con el aumento en atenciones se pretende aumentar la cantidad de pacientes rehabilitados a un total de 1242 aumentando de un 59.7 a un 89.4 el porcentaje de rehabilitados, reduciendo los procesos inconclusos a 323.
Aumento en el porcentaje de implementación de la CICGP	Actualmente se cuenta un promedio del porcentaje de implementación de la carta de un 66%.	Con la implementación del modelo se espera generar al final del quinto año un aumento en el porcentaje de implementación de la carta de un 20%, logrando obtener un promedio en el porcentaje de implementación de la carta del 86%.
Análisis de beneficio-costos.	Se debe realizar la inversión en la implementación del proyecto y los costos de operación.	Se obtiene una Razón B/C mayor que uno a partir del primer año de operaciones, confirmando la factibilidad del proyecto.

6. CONCLUSIONES

- Con la implementación del modelo se espera generar al final del quinto año 131,421 atenciones, representando un aumento de 14,124 atenciones, representando el 85% en la satisfacción de la demanda. Dicho aumento en atenciones brindadas producirá una reducción en el costo de las atenciones partiendo de un presupuesto fijo para la institución y aplicando el principio de economía a escala, al final del quinto año una reducción del costo de atención hasta los \$6.49 representando un ahorro de \$0.78 por atención brindada.
- La implementación de los componentes principales del Modelo de Gestión tales como el Manual de procedimientos, Guía de Indicadores de Gestión y el Manual para la Mejora Continua; permitirán generar al final del quinto año una reducción en la lista de esperas a 60 personas, reduciendo la lista en un 40%.
- La implementación del Modelo de Gestión diseñado, tendrá un gran efecto positivo en cuanto a la cantidad de pacientes rehabilitados al final del año, ya que se pretende un aumento en atenciones del 20.7% lo que permitirá pasar de un total de 770 pacientes rehabilitados a un total de 1242 aumentando de un 59.7 a un 89.4 el porcentaje de rehabilitados, reduciendo los procesos inconclusos a 323.
- Con la implementación del modelo se espera generar al final del quinto año un aumento en el porcentaje de implementación de la carta de un 20%, logrando obtener un promedio en el porcentaje de implementación de la carta del 86%.
- Se obtiene una Razón B/C mayor que uno a partir del primer año de operaciones, confirmando la factibilidad del proyecto. Ya que se pronostica que por cada dólar invertido en la implementación del Modelo de Gestión se obtenga un beneficio de \$8.00. Dicho beneficio se percibe como un ahorro que permite brindar un mayor número de atenciones y mejorar el servicio a los pacientes.

- En base al análisis realizado y al rediseño de procesos y procedimientos se logró obtener una mejoría en cuanto al valor agregado que suministra cada uno de los procedimientos, obteniendo una mejoría en general del 65% al 76%, entre la etapa de diagnóstico y la etapa de diseño, esta mejoría se describe de la siguiente manera; mejora en procedimientos de valor agregado para el cliente de un 35% a un 40%, mejora en procedimientos de valor agregado para la empresa de un 30% a un 36% y finalmente reducción de procedimientos sin valor agregado de un 35% a un 24%.

7. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Centro de Rehabilitación Integral de Oriente 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 CRIOR como el referente a nivel Nacional que brinda servicios de rehabilitación con calidad y calidez a personas con discapacidad.
- Se recomienda al CRIOR, publicar en la entrada principal de la institución la misión y la visión institucional para que los colaboradores tengan presente los ideales que rigen a la institución, esto para mejorar el desempeño de cada uno de ellos en sus puestos de trabajo.
- Se recomienda al CRIOR evaluar futuros eventos en la administración de la institución (Análisis de sensibilidad) tales como el comportamiento que tendría la demanda del centro si este cambiase de administración y se procedería a cobrar por los servicios brindados. También se podría evaluar el comportamiento del Centro si FUNTER fuera el administrador e implementara todas sus políticas de funcionamiento.
- Se recomienda al CRIOR 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.
- Se recomienda la revisión anual de todos los procesos del modelo por parte del Comité de Calidad siguiendo una mecánica de mejora continua. Así como una técnica para estar a la vanguardia de las prácticas realizadas en la actualidad, buscando la innovación en los procesos.
- Se recomienda a la Institución que en un futuro aspire a la certificación ISO 9000, ya que esta le permitirá ser una institución más íntegra a la vista de entidades donantes sin fines de lucro, y podrán acusar a donaciones con mayor facilidad para la mejora y modernización de la institución, con tal fin se sugiere acudir a La Asociación Española de Normalización y Certificación (Aenor) quienes estiman un costo preliminar para los estudios previos a la certificación de \$25,000.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A. LIBROS Y DOCUMENTOS:

- Carta Iberoamericana de la Calidad de la Gestión Pública, 2008.
- Plan Quinquenal de desarrollo 2010-2014, Gobierno de El Salvador.
- Memoria de labores CRIOR-ISRI, junio 2013– mayo 2014.
- Informe estadístico ISRI 2013
- Plan estratégico ISRI, 2010-2014.
- Norma ISO-9000
- Evaluación de Implementación de la CICGP en el CRIOR.
- DIGESTYC. VI Censo Poblacional 2007.
- Artículo: Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica Autores: | Arialys Hernández Nariño | Dianelys Nogueira Rivera | Alberto Medina León | Maylin Marqués León
- Malagon (2008). Administración Hospitalaria. Ed. Médica Panamericana
- Jaramillo Antillón, Juan (1998). Principios de gerencia y administración de servicios médicos y hospitales. Editorial Universidad de Costa Rica
- Cubias Salvador Ernesto, López Siliezar Edwin, Orantes Moreno Blanca Fátima. Modelo de gestión por procesos para el Centro de Rehabilitación Integral de Occidente (CRIO). Tesis para optar al título de Ingeniería Industrial, El Salvador: Universidad de El Salvador, Escuela de Ingeniería Industrial, 2014. 969 h
- Campos Orellana, Walter Arnulfo, Pineda Ardón, Walter Ronald, Pineda Guardado, Benedicto. Estudio y evaluación del impacto financiero para el proyecto de inversión social en la ampliación de un sistema de agua potable en el cantón El Carmen de San Pedro Perulapan, departamento de Cuscatlán. Tesis para Optar al título de Licenciatura En Contaduría Pública. El Salvador: Universidad de El Salvador, Escuela de Ingeniería Industrial, 2010. 91 h
- Saturno PJ: Diseño de procesos. Método IDEFØ. Mapa de procesos de una organización. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. Unidad temática 30. 2ª Ed. Universidad de Murcia, 2008. ISBN: 978-84-8371-756-1. Depósito Legal: MU-1657-2008.
- Daniel Diez, Pascual Morron, Gonzales i. Reingeniería, El hospital orientado al paciente, Gestión diaria del Hospital REV. Calidad Asistencial 2001 14:307-311
- Taylor, George A. *Ingeniería Económica*, Toma de decisiones México: Limusa, 1991

B. REFERENCIAS PERSONALES

- Dr. José Francisco Flores, Directora del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.
- Lic. Iraida Chávez, Administrador del Centro de Rehabilitación Integral de Oriente.
- Ing. Jeremías Cabrera, Asesor de tesis, Escuela de Ingeniería Industrial.

C. REFERENCIAS WEB

- “La gestión de la calidad en las instituciones de salud”. Moisés A. Santos Peña, Juan L. de Pazos Carrazana. En la web: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v7n5/v7n5a850.pdf>
- Tenorio, Luis. “*Metodología para el Diagnóstico de la Implantación de la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública*”. Publicación: 2 julio de 2010. Consulta: 27 de febrero de 2014. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0065303.pdf>
- Consejo Latinoamericano de la Administración para el Desarrollo (CLAD). “*Carta Iberoamericana de la Calidad en la Gestión Pública*”. Publicación: Consulta: jueves 06 de marzo del 2014. Disponible en: http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0266/Carta_Iberoamericana_de_Calidad_de_la_Gestión_Pública_2008.pdf
- Metodología IDEF0: <http://es.slideshare.net/JuanPablo157/diagramas-idef-0-y-3-11697598>

9. GLOSARIO TÉCNICO

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.
- Competencia: Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.
- Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

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.

I

- **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.

O

- 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.

P

- 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.

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.
- 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.

10. ANEXOS

ANEXO 1



**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**



ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS

BUENOS DIAS

Somos estudiantes de la Universidad de El Salvador, actualmente estamos realizando un estudio para la aplicación de un Modelo de Gestión por Procesos para el CRIOR, por lo que es de suma importancia conocer su percepción en cuanto a la calidad de los servicios brindados en el centro, de antemano agradecemos su sincera colaboración.

Indicaciones:

Responda las siguientes interrogantes según su criterio.

1. ¿Es usted la persona que recibe el servicio de rehabilitación?

Si no

2. ¿De qué lugar proviene?

San Miguel Usulután La Unión Morazán Otro _____

3. ¿De los siguientes servicios que se brindan en el Centro, Cuáles recibe?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Terapia educativa | <input type="checkbox"/> Serv. Ortesis y prótesis |
| <input type="checkbox"/> Terapia física adultos | <input type="checkbox"/> Educación física adaptada | <input type="checkbox"/> Servicio de Audiología |
| <input type="checkbox"/> Terapia física niños | <input type="checkbox"/> Psicología | <input type="checkbox"/> Servicios médicos |
| <input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje | <input type="checkbox"/> Odontología | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

4. ¿En el transcurso del año cuantas veces usted ha faltado a las citas programadas?

Ninguna vez 1 vez 2 veces 3 veces más de 3 veces

5. ¿Cuánto tiempo lleva en rehabilitación?

Menos de 6 meses De 6 Meses a 1 Año De 1 Año a 2 Años Más de 2 años

6. ¿Sabe cuál es el tiempo aproximado para terminar el proceso de rehabilitación?

Si No

Si respondió **Si**, a la pregunta anterior, pasar a la siguiente pregunta, de lo contrario continuar con la pregunta 8.

7. ¿Qué cantidad de tiempo le resta para terminar con el proceso de rehabilitación?

8. ¿Está satisfecho con el servicio recibido?

Siempre	Casi siempre	Indeciso	A veces	Nunca

9. ¿Qué tan accesible en cuanto a la distancia se le hace visitar las instalaciones del CRIOR?

Muy accesible	Accesible	Indeciso	Inaccesible	Muy inaccesible

10. ¿El personal del CRIOR le ha ayudado en lo que usted necesite?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

11. ¿Se distrae el/la terapeuta cuándo le está efectuando una terapia?

Siempre	Casi siempre	Indeciso	A veces	Nunca

12. ¿El profesional ha mostrado dominio y conocimiento en las terapias que le ha realizado?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

13. Según su criterio, evalúe los siguientes aspectos relacionados al personal que lo atiende:

Aspectos	Excelente	Bueno	Indiferente	Malo	Pésimo
Confianza					
Amabilidad					
Respeto					
Puntualidad					

Evalué, según su criterio los siguientes aspectos relacionados a las instalaciones del centro:

Aspectos	Excelente	Bueno	Indiferente	Malo	Pésimo
Limpieza y orden de las instalaciones					
Limpieza y adecuación de baños					
Adecuación de instalaciones para recibir terapias					
Estado del mobiliario y equipo					
Áreas para esperar ser atendido					

14. ¿Le explican el diagnóstico que presenta en forma clara?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

15. ¿Se cumple el tiempo estipulado de las terapias?

Siempre	Casi siempre	Indeciso	A veces	Nunca

16. ¿Los ejercicios a realizar en la terapia son explicados con claridad y paciencia?

Siempre	Casi siempre	Indeciso	A veces	Nunca

17. ¿Le han orientado para la realizar ejercicios en su hogar?

Siempre	Casi siempre	Indeciso	A veces	Nunca

18. ¿Ha notado avances o mejorías en su estado de salud?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

19. ¿Ha solicitado alguna vez el diagnóstico de su estado de salud o documentación relacionada a las terapias?

Si No

Si respondió **Si**, a la pregunta anterior continúe con la siguiente pregunta, de lo contrario continuar con la pregunta 23.

20. ¿Ha recibido la información solicitada de manera oportuna?

Siempre	Casi siempre	Indeciso	A veces	Nunca

21. ¿Presentan errores los documentos que recibe por parte del centro?

Siempre	Casi siempre	Indeciso	A veces	Nunca

22. ¿Los horarios de las terapias se adaptan a sus necesidades?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

23. ¿Qué horarios le favorecería más, para recibir el servicio?

24. ¿Considera que la asignación de citas para recibir su terapia se realizó de manera adecuada?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

25. Generalmente cuanto es el tiempo que espera para ser atendido en consulta general o revisión medica

15 min o menos de 15 a 30 min De 30 a 60 min Más de 60 min

26. ¿Según su opinión que aspectos se deben mejorarse para brindarle un mejor servicio?

27. ¿Qué es lo que más le agrada sobre la atención que recibe?

Fin de la encuesta, gracias por su colaboración.



CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE

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



ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS COLABORADORES

Buenos días.

Somos estudiantes de la Universidad de El Salvador, actualmente estamos realizando un estudio para la aplicación de un Modelo de Gestión por Procesos para el CRIOR, por lo que es de suma importancia conocer su percepción en cuanto a la calidad de los servicios brindados en el centro, de antemano agradecemos su sincera colaboración.

Indicaciones:

Responda las siguientes interrogantes según su criterio, cabe mencionar que no hay respuestas correctas o incorrectas, únicamente nos interesa conocer su opinión acerca de la situación actual que se presenta en su área con respecto al servicio brindado al paciente.

1. ¿En qué área realiza su trabajo?

2. ¿Cuál es su horario de trabajo?

3. ¿Antes de brindar una atención revisa el historial médico del paciente, o esta consiente del cuadro médico que presenta?

Siempre	Casi siempre	Indeciso	A veces	Nunca

4. ¿Toma en cuenta las opiniones o quejas que los usuarios les comunican?

Siempre	Casi siempre	Indeciso	A veces	Nunca

5. ¿El jefe inmediato toma en cuenta sus sugerencias para servir mejor a los usuarios?

Siempre	Casi siempre	Indeciso	A veces	Nunca

6. ¿Se realizan reuniones de trabajo periódicas con el personal para tratar asuntos, problemas e inquietudes de los usuarios?

Siempre	Casi siempre	Indeciso	A veces	Nunca

7. ¿Conoce las normas, políticas, misión y visión de la institución?

Si los conoce	Los conoce, pero no los recuerda	Le es indiferente	Ha escuchado, pero no los conoce	No sabe que existen

8. ¿Poseen manuales en los cuales se definen sus tareas y responsabilidades en el CRIOR?

Si No

9. ¿Posee habilidades multidiestras para apoyar o colaborar con otras áreas del centro diferentes a la del departamento al que corresponde?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

10. ¿Está de acuerdo en implementar nuevos métodos para mejorar su forma de trabajar?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

11. ¿Cuentan con los recursos tecnológicos necesarios para brindar un buen servicio?

Si No

12. ¿Ha recibido algún tipo de incentivo por parte de la institución cuando ofrece un excelente servicio?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

13. ¿La infraestructura del área en la que labora es apta para brindar el servicio?

Si No

Si respondió **No**, pase a la siguiente pregunta, de lo contrario continuar con la pregunta 15.

14. ¿En qué aspectos debería de mejorar?

15. ¿Lleva a cabo un registro de las atenciones que brinda, para llevar un control interno?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

16. ¿Colabora con sus compañeros para que realicen bien su trabajo?

Siempre	Casi siempre	Indeciso	A veces	Nunca

17. ¿Coopera voluntariamente con actividades que no le corresponden, pero que ayudan al bienestar y satisfacción del usuario?

Siempre	Casi siempre	Indeciso	A veces	Nunca

18. ¿Considera que el ambiente laboral en el que se encuentra, le brinda comodidad?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

19. ¿En su área de trabajo, el personal que labora está calificado para las tareas que realiza?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

20. ¿Recibe capacitaciones periódicas para brindarle un mejor servicio los pacientes?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

21. ¿Cuántas capacitaciones recibe por año?

Una Dos Tres Más de tres

22. ¿Las capacitaciones brindadas son de carácter obligatorio?

Si No

23. ¿Tiene conocimiento acerca de los servicios y/o productos que ofrece el CRIOR?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

24. ¿Tiene autonomía para solucionar los problemas que se presentan en su área de trabajo?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

25. ¿Existen excelentes relaciones interpersonales en su área laboral?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

26. ¿Considera que los servicios brindados están desfasados con respecto a las otras dependencias del ISRI?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

27. ¿En qué aspectos considera que se presenta la brecha?

28. ¿Qué aspectos relacionados con la atención del usuario, considera se encuentran deficientes en su área laboral?

29. ¿Qué podría hacer usted para mejorar el servicio?

Fin de la encuesta, gracias por su colaboración.



**CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE ORIENTE
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**



**ENTREVISTA DIRIGIDA CON DIRECTORES Y JEFATURAS DEL
CRIOR.**

Somos estudiantes de la Universidad de El Salvador, actualmente estamos realizando un estudio para la aplicación de un Modelo de Gestión por Procesos para el CRIOR, por lo que es de suma importancia conocer su percepción en cuanto a la calidad de los servicios brindados en el centro, de antemano agradecemos su sincera colaboración.

Datos del Entrevistado:

Nombre: _____

Puesto que desempeña en el CRIOR: _____

Años de trabajar en el CRIOR: _____

Lugar y Fecha de la Entrevista: _____

Primera Parte: “Calidad en el servicio”

1. ¿Sabe usted cuál es el número de pacientes atendidos por el centro mensualmente?
Si No ¿Cuántos? _____

2. ¿Sabe usted cuál es la capacidad del centro en atenciones mensuales?
Si No ¿Cuántos? _____

3. ¿Cómo calificaría el servicio brindado por el Centro de Rehabilitación Integral de Oriente en relación a otras dependencias del ISRI?
Muy Malo Malo Regular Bueno Muy Bueno Excelente

4. Según su criterio ¿cómo califican los usuarios del centro el servicio brindado por éste?
Muy Malo Malo Regular Bueno Muy Bueno Excelente

5. ¿Tiene conocimiento de cuál es el tiempo estándar que debe esperar un nuevo usuario para poder recibir la atención de rehabilitación en el Centro?
Si No ¿Cuánto Tiempo? _____

6. ¿Existe algún registro de las personas que se encuentran en lista de espera?
Si No ¿Cuántos? _____

7. ¿Cuál cree que es la principal razón del por qué se tiene ésta cantidad de usuarios en lista de espera? _____
8. ¿Qué área o áreas dentro del CRIOR considera usted son críticas a la calidad y eficiencia y que son las que principalmente detienen el proceso global de rehabilitación de los usuarios? _____

9. Según su experiencia, ¿En qué grado considera que el CRIOR podría incrementar la cantidad de sus servicios brindados a través de implementar algunas acciones encaminadas al orden y seguimiento de procesos estandarizados?
5% 10% 15% 20% 25% ó más
10. Según sus registros ¿Qué porcentaje de los que entran en rehabilitación terminan satisfactoriamente el proceso?
20% o Menos 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% ó más
11. Según sus registros ¿Qué porcentaje de los que entran en rehabilitación abandonan el proceso por falta de recursos para trasladarse y recibir la rehabilitación?
20% o Menos 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% ó más
12. Según su experiencia ¿Qué porcentaje de los que entran en rehabilitación abandonan el proceso porque se sienten totalmente rehabilitados?
20% o Menos 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% ó más

Segunda Parte: “Planificación y Control de los Procesos”

13. ¿Existe un Organigrama del CRIOR actualizado y publicado?
Si No
14. ¿Se encuentra documentado el detalle de cuántos puestos de trabajo se tienen en el centro y las principales funciones de estos?
Si No
15. ¿Existen manuales de puestos?
Si No
16. ¿Se encuentran identificados y documentados los procesos clave del Centro?
Si No

17. ¿Poseen registros de cada uno de los servicios brindados a los usuarios?
 Si No
18. ¿Existe un estándar debidamente documentado para cada uno de los servicios brindados?
 Si No
 De ser negativa su respuesta pase a la siguiente pregunta, de lo contrario continuar con la siguiente sección.
19. ¿De qué forma evalúan si una atención ha sido de calidad, efectiva y en los tiempos correctos? _____

Tercera Parte: “Higiene y Seguridad”

20. ¿Posee el Centro un mapa de riesgos?
 Si No
21. ¿Existen normativas y planes de limpieza y desinfección del CENTRO?
 Si No
22. ¿cumple el CRIOR con un modelo de Seguridad Ocupacional implantado o en desarrollo?
 Si No
23. ¿Existen registros y trazabilidad de los elementos utilizados para la higiene y desinfección del Centro?
 Si No

Cuarta Parte: “Indicadores Clave de Gestión.”

24. Si utiliza indicadores para controlar los resultados de su trabajo, marque con una X en el siguiente listado aquellos que utilice, si no se encuentran los indicadores que utiliza escríbalos en el siguiente espacio. (* Ver definición de Indicador)
- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

*** Definición de Indicador:**

Es una medida del nivel del desempeño de un proceso; el valor del indicador está directamente relacionado con un objetivo fijado de antemano. Normalmente se expresa en porcentaje.

Ejemplo:

$$\frac{\# \text{ de pacientes atendidos}}{\# \text{ de pacientes programados}} \times 100$$

Listado de indicadores:

INDICADOR	FORMA DE CALCULO	CHECK
Porcentaje de nuevos usuarios	Promedio de usuarios de un periodo	
Porcentaje de pacientes atendidos	(# de pacientes atendidos/# de pacientes programados)*100	
Cantidad de personas en lista de espera al final de un mes	Correspondiente al mes a analizar	
Porcentaje de terapias efectivas	(terapias realizadas/terapias programadas)*100	
Índice de ocupación por programa de rehabilitación	(Asistencia realizadas/disponibilidad de asistencias)*100	
Porcentaje de alta por inasistencia	Frecuencia de altas por inasistencia/altas totales)*100	
Porcentaje de alta habilitada	(Frecuencia de alta habilitada/altas totales)*100	
Porcentaje de tiempo utilizado en terapias	(Tiempos real de terapia /tiempos planeados por terapia)*100	
Porcentaje de tiempo utilizado en actividades	(Tiempo de actividades/tiempo de actividades planificado)*100	
Retraso de ingreso de información al sistema	Fecha de ingreso de información – fecha real del suceso	
Nivel de quejas de empleados	Total de quejas o reclamos/ total de empleados	
Nivel de quejas de usuarios	Total de quejas o reclamos/ total de usuarios	
Promedio de consultas por consultorio	Total de consultas/Numero de consultorios	
Duración media de incapacidades	(# de días perdidos por incapacidad medica/ Total de Incapacidades)*100	

25. ¿Posee documentados cada uno de estos indicadores: su significado, la forma de calcularlo, el estándar adoptado y su seguimiento periódico?

Si No Comentarios: _____

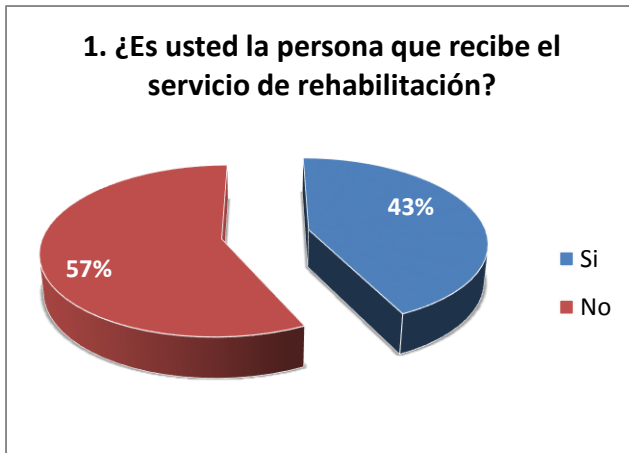
26. ¿Cuál de los indicadores clave de la pregunta 24 cree usted que se relaciona directamente con la problemática del servicio y cómo cree que podría buscar una mejora de este indicador?: _____

Fin de la encuesta, gracias por su colaboración.

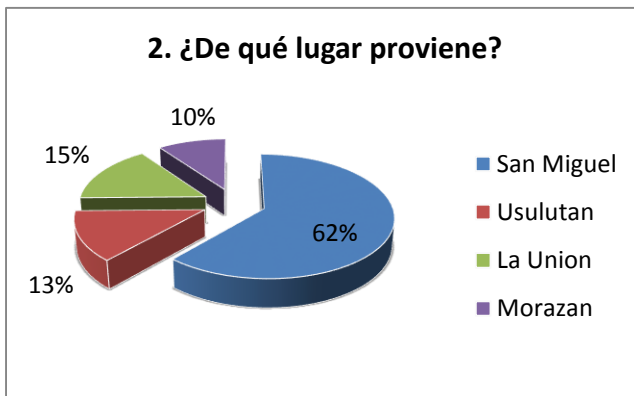
ANEXO 2

Presentación de resultados obtenidos en la investigación

Análisis de las encuestas a usuarios²⁷:



Al analizar el grafico obtenido podemos observar que el 57% de los encuestados no es la persona que recibe el servicio de rehabilitación lo que corresponde a usuarios menores de edad, el 43% restante si es la persona que recibe el servicio.

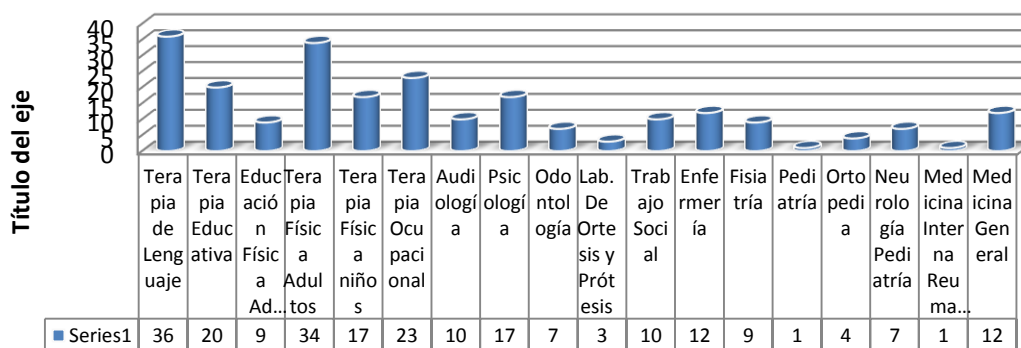


Depto.	Ptos
San Miguel	56
Usulután	12
La Unión	14
Morazán	9

Al analizar el grafico podemos observar que 56 personas de las encuestadas residen en el departamento de San Miguel lo que corresponde al 62% de la población, por lo que el 38% de las personas encuestadas proviene de Usulután, La Unión y Morazán.

²⁷ Resultados obtenidos de encuestas a usuarios

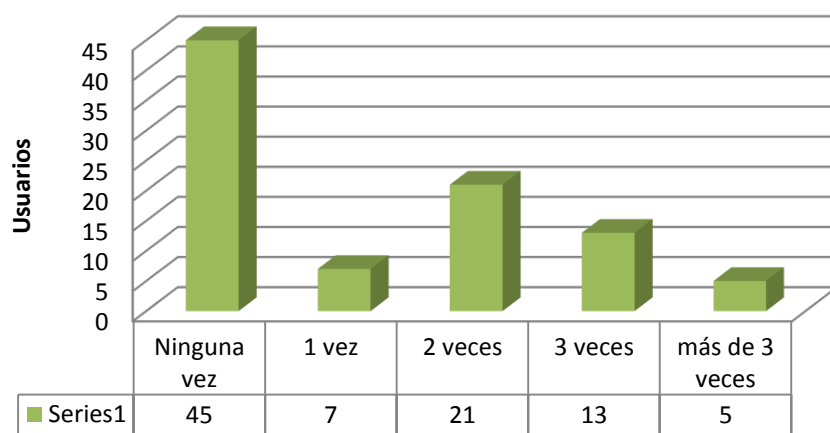
3. ¿De los siguientes servicios que se brindan en el Centro, Cuáles recibe?



Servicios de Rehabilitación		Servicios de Apoyo		Servicios Médicos	
Terapia de Lenguaje	36	Audiología	10	Fisiatría	9
Terapia Educativa	20	Psicología	17	Pediatría	1
Educación Física Adaptada	9	Odontología	7	Ortopedia	4
Terapia Física Adultos	34	Lab. De Ortesis y Prótesis	3	Neurología Pediátrica	7
Terapia Física niños	17	Trabajo Social	10	Medicina Interna Reumatológica	1
Terapia Ocupacional	23	Enfermería	12	Medicina General	12

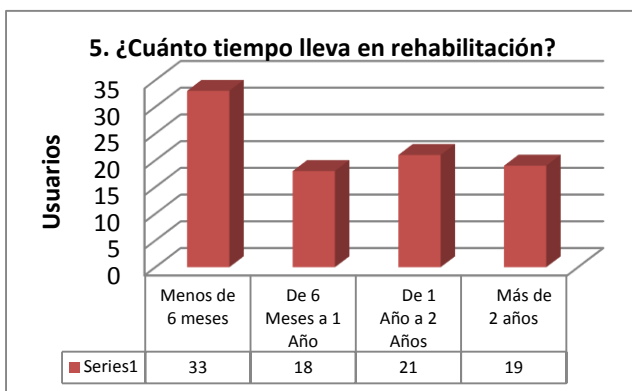
Al analizar los resultados obtenidos podemos observar que los servicios que presentan mayor demanda Son terapia de lenguaje, Terapia Educativa, Terapia Física Adultos, Terapia Física niños, Terapia Ocupacional, y servicios de psicología.

4. ¿En el transcurso del año cuantas veces usted ha faltado a las citas programadas?



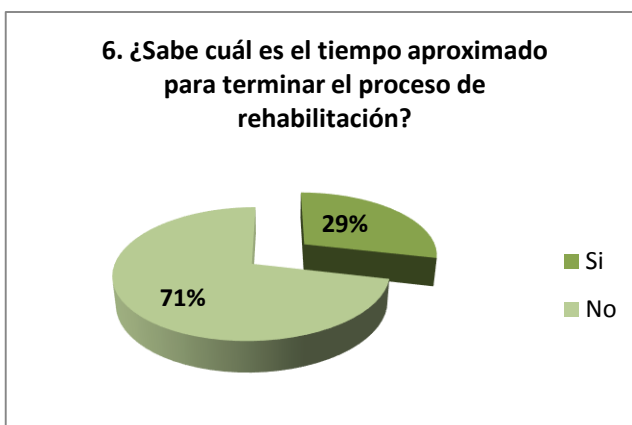
Categoría	Cantidad	Porcentaje
Ninguna vez	45	49%
1 vez	7	8%
2 veces	21	23%
3 veces	13	14%
más de 3 veces	5	5.49%

Al analizar los resultados obtenidos podemos observar que 45 de las personas encuestadas respondieron que nunca han faltado a las citas programadas lo que representa el 49% de los encuestados, mientras que el 51% restantes si ha faltado presentándose mayor incidencia en las personas que han faltado 2 o 3 veces representadas por 21 y 13 personas respectivamente.



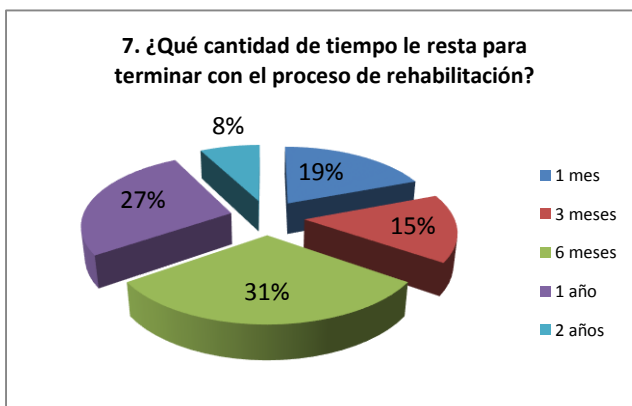
Podemos observar que 33 personas del total encuestadas llevan menos de 6 meses en rehabilitación. El resto de personas lleva más de 6 meses en rehabilitación de las cuales 21 personas llevan de uno a dos años en rehabilitación y 19 personas llevan más de 2 años en

rehabilitación.



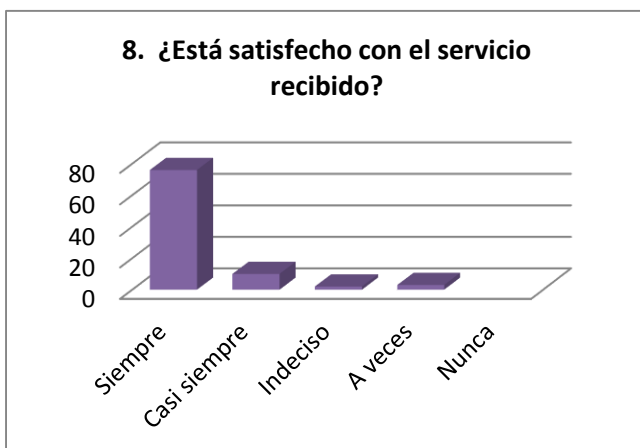
Del total de personas encuestadas solamente 26 de estas sabe cuál es el tiempo aproximado para terminar su proceso de rehabilitación lo que representa el 29% del total encuestado.

Si	26
No	65



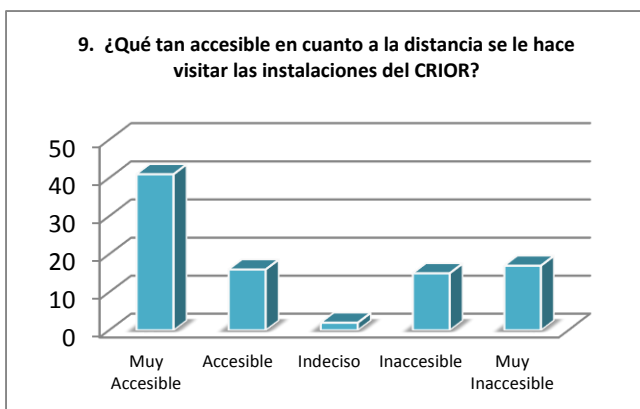
Tiempo	Cantidad
1 mes	5
3 meses	4
6 meses	8
1 año	7
2 años	2

Del total de personas encuestas al 31% le restan aproximadamente 6 meses para terminar el proceso de rehabilitación lo que corresponde a 8 personas, mientras que solamente a 2 personas representando al 8% de los encuestados que respondieron esta pregunta les restan 2 años para terminar el proceso de rehabilitación.



Categoría	Respuesta	% Part
Siempre	76	84%
Casi siempre	10	11%
Indeciso	2	2%
A veces	3	3%
Nunca	0	0%

El 84% de las personas encuestas está satisfecho con el servicio recibido por parte del CRIOR, mientras que el 3% representado por 3 personas respondió que solo a veces está satisfecho con el servicio recibido, cabe mencionar que ninguna persona respondió que nunca está satisfecha con el servicio.

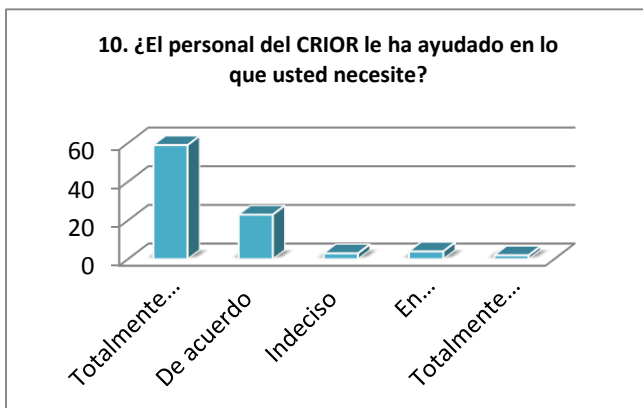


Categoría	Respuesta	% Part
Muy Accesible	41	45%
Accesible	16	18%
Indeciso	2	2%
Inaccesible	15	16%
Muy Inaccesible	17	19%

Categoría	Respuesta	% Part
Totalmente de acuerdo	59	65%
De acuerdo	23	25%

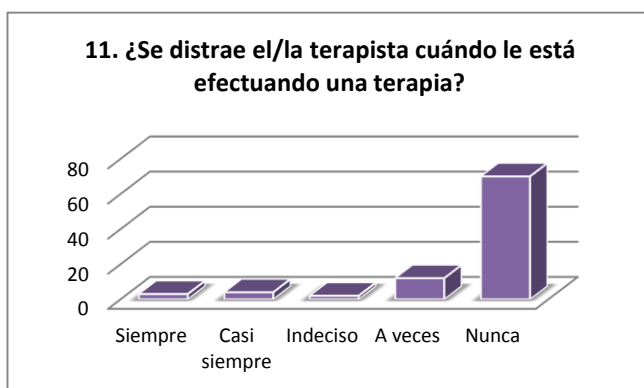
Al 45% de la población encuestada le resulta muy accesible visitar las instalaciones del CRIOR, mientras que a un 35% le resulta inaccesible o muy inaccesible representados por 15 y 17 personas respectivamente.

Indeciso	3	3%
En desacuerdo	4	4%
Totalmente en desacuerdo	2	2%



En cuanto a esta interrogante el 65% de los encuestados respondió que está totalmente de acuerdo en que el personal del CRIOR le ha ayudado en lo que necesite y un 25% respondió que está de acuerdo a dicha interrogante, mientras solamente un 6% respondió que está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo

a dicha interrogante.



Categoría	Respuesta	% Part
Siempre	3	3%
Casi siempre	4	4%
Indeciso	2	2%
A veces	12	13%
Nunca	70	77%

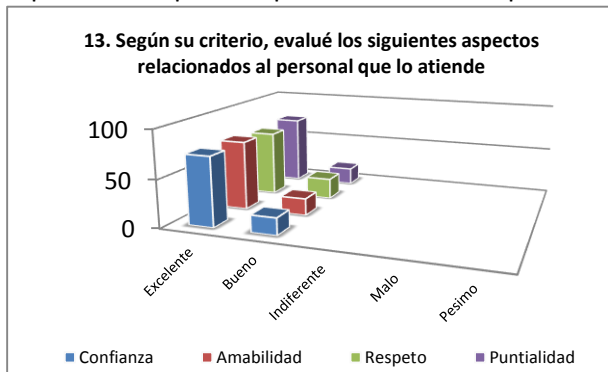
Al analizar los resultados obtenidos podemos observar que solamente 7 personas consideran que los terapeutas se distraen mientras están brindando las terapias, mientras que el 77% respondió que nunca se distraen, un 13% representado por 12 personas respondió que solo se distraen en ocasiones.

Categoría	Respuesta	% Part
Totalmente de	76	84%



acuerdo		
De acuerdo	13	14%
Indeciso	1	1%
En desacuerdo	1	1%
Totalmente en desacuerdo		0%

Podemos observar que el 98% de los encuestados consideran que el personal muestra dominio y conocimiento en las terapias que realiza, mientras que solamente un 1% representado por una persona considera que está en desacuerdo.

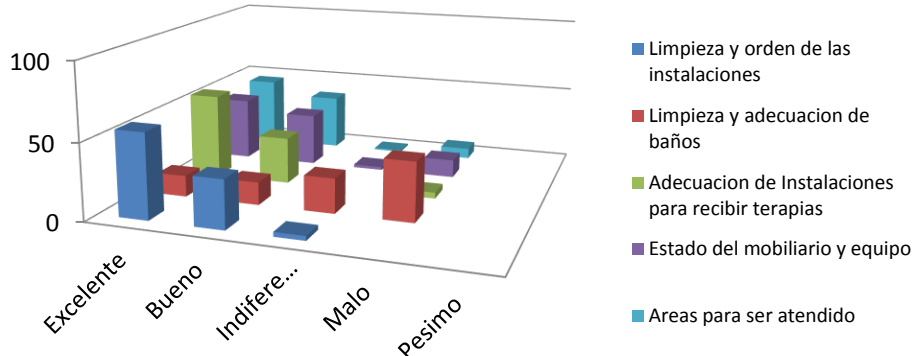


Podemos observar que más de 60% de los encuestados respondió que el personal que lo atiende es excelente en cuanto a los aspectos evaluados y el resto respondió que son buenos, ninguno de los encuestados califico como malos o pésimos a los empleados.

empleados.

	Excelente	Bueno	Indiferente	Malo	Pésimo
Confiianza	73	18			
Amabilidad	73	18			
Respeto	69	22			
Puntualidad	73	18			

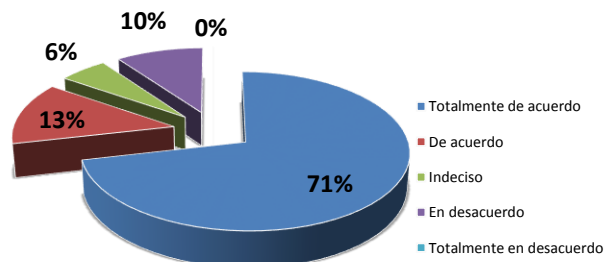
14. Evalúe, según su criterio los siguientes aspectos relacionados a las instalaciones del centro



	Excelente	Bueno	Indiferente	Malo	Pésimo
Limpeza y orden de las instalaciones	56	32	3		
Limpeza y adecuación de baños	14	15	23	39	
Adecuación de Instalaciones para recibir terapias	56	31		4	
Estado del mobiliario y equipo	42	35	2	12	
Áreas para ser atendido	46	37	1	7	

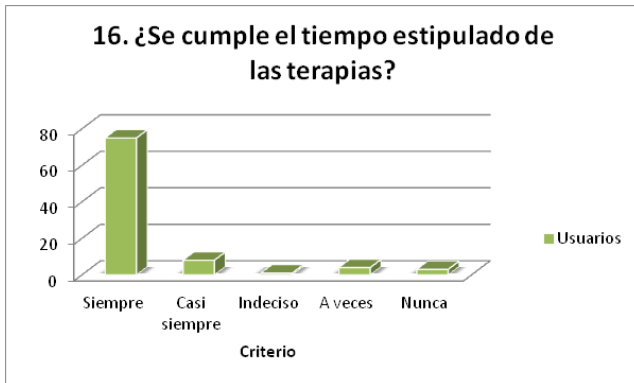
Con respecto a las instalaciones del centro más de 50 personas respondieron que la limpieza orden y adecuación de las instalaciones para recibir las terapias es excelente, en cuanto al estado del mobiliario y equipo así como las áreas de espera más de 45 encuestados consideran que son excelentes, en cuanto a la limpieza y adecuación de baños 39 personas opinaron que es malo y 12 personas consideran que el estado del mobiliario y equipo es malo.

15. ¿Le explican el diagnóstico que presenta en forma clara?



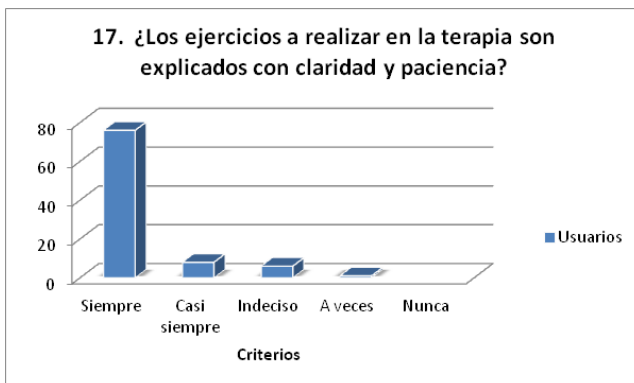
Categoría	Puntos
Totalmente de acuerdo	65
De acuerdo	12
Indeciso	5
En desacuerdo	9
Totalmente en desacuerdo	

El 71% de los encuestados opinan que están totalmente de acuerdo en que le han explicado el diagnóstico que presentan en forma clara y solamente un 10% representado por 9 usuarios opinan que están en desacuerdo con esta interrogante.



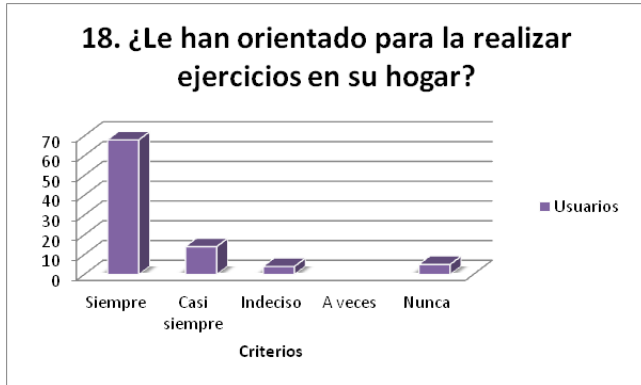
Categoría	Puntos	%Part
Siempre	75	82%
Casi siempre	8	9%
Indeciso	1	1%
A veces	4	4%
Nunca	3	3%

El 82% de los encuestados opinan que siempre se cumple el tiempo estipulado de las terapias mientras que el 9% opina que casi siempre se cumple y solamente un 4% y un 3% opinan a veces, y nunca, respectivamente.



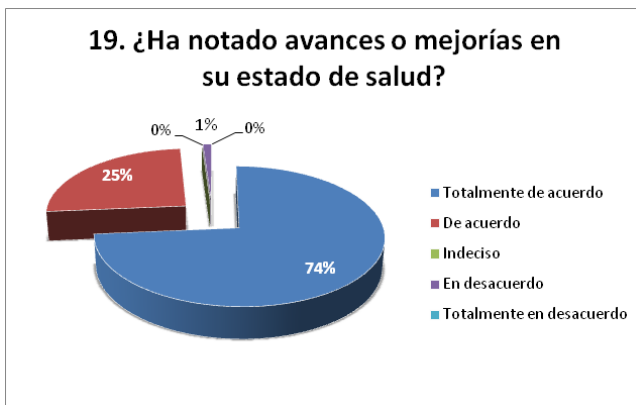
Categoría	Puntos	%Part
Siempre	76	84%
Casi siempre	8	9%
Indeciso	6	7%
A veces	1	1%
Nunca	0	0%

El 84% de los encuestados considera que siempre son explicados con claridad y paciencia los ejercicios a realizar en la terapia, un 9% considera que casi siempre, y solamente una persona considera que solamente a veces son explicados con paciencia y claridad.



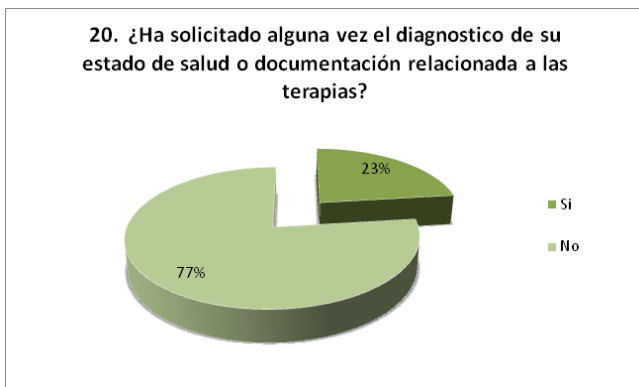
Categoría	Puntos	%Part
Siempre	68	75%
Casi siempre	14	15%
Indeciso	4	4%
A veces		0%
Nunca	5	5%

Un 90% de los encuestados opinan que le han orientado para realizar ejercicios de rehabilitación en su hogar, mientras que solamente un 5% opina que nunca le han orientado para realizar ejercicios en su hogar.



Categoría	Puntos
Totalmente de acuerdo	67
De acuerdo	23
Indeciso	
En desacuerdo	1
Totalmente en desacuerdo	

El 99% de los encuestados opina que ha notado avances o mejoras en su estado de salud debido a las terapias, mientras que solamente una persona opino que no ha presentado avances o mejorías en su estado de salud.



Si	21
No	70

Del total de personas encuestadas solamente el 23% de estas han solicitado documentación relacionada a las terapias. Mientras que el 77% restante nunca lo ha

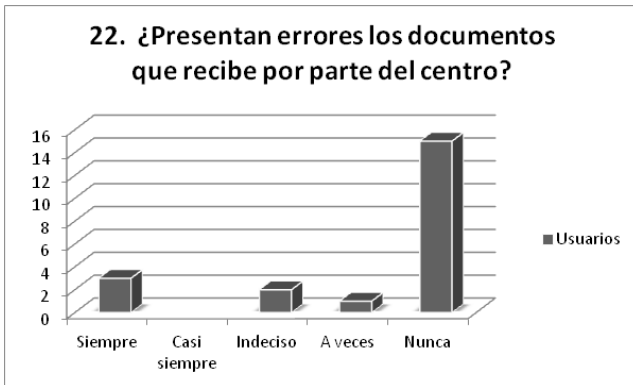
hecho.



Categoría	Puntos
Siempre	17
Casi siempre	4
Indeciso	
A veces	
Nunca	

Del

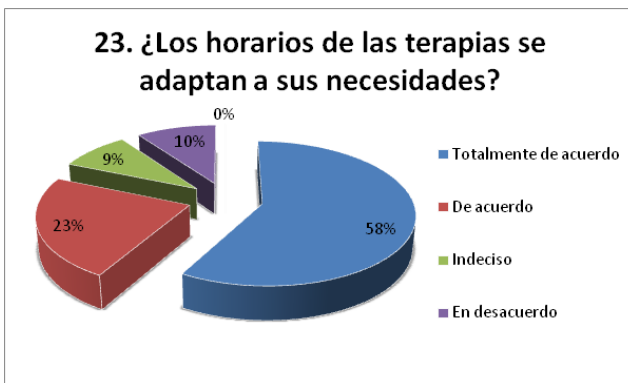
23% que respondió que sí ha solicitado documentación 17 personas opinan que siempre reciben la información de manera oportuna, mientras que las 4 restantes opina que casi siempre. En esta interrogante fueron encuestadas 21 personas.



Categoría	Puntos
Siempre	3
Casi siempre	
Indeciso	2
A veces	1
Nunca	15

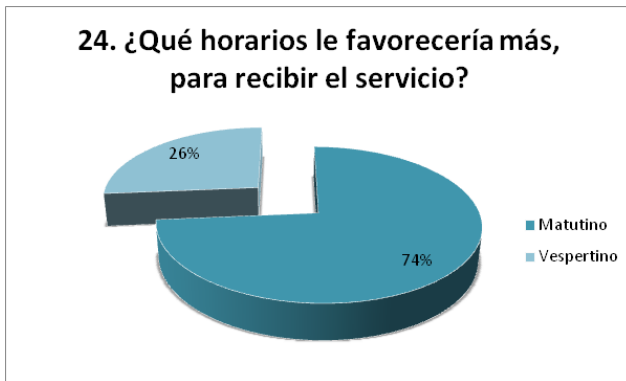
15

personas de las encuestadas opinan que nunca presentan errores los documentos recibidos, mientras que 3 personas opinan que los documentos recibidos siempre presentan errores. En esta interrogante fueron encuestadas 21 personas.



Categoría	Puntos
Totalmente de acuerdo	53
De acuerdo	21
Indeciso	8
En desacuerdo	9
Totalmente en desacuerdo	

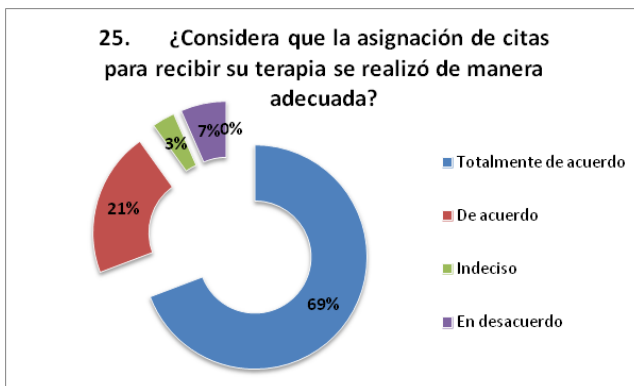
58% de los encuestados opinan que están totalmente de acuerdo con los horarios de las terapias mientras que un 23% opina que están solamente de acuerdo con dichos horarios y un 10% representado por 9 usuarios opinan que están en desacuerdo con los horarios de las terapias, para el 9% restante le es indiferente.



Matutino	67
Vespertino	24

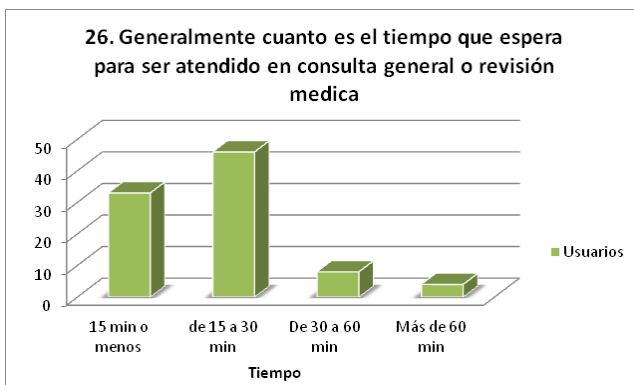
El 74% de los encuestados representado por 67 personas opinan que les favorece más el horario matutino mientras que el 26% restante opina que le favorece el

horario vespertino.



Categoría	Puntos
Totalmente de acuerdo	63
De acuerdo	19
Indeciso	3
En desacuerdo	6
Totalmente en desacuerdo	

El 90% de los encuestados considera que la asignación de citas se realizó de manera adecuada, mientras que un 7% opina que está en desacuerdo con la asignación de citas.



Categoría	Puntos	% Part
15 min o menos	33	36%
de 15 a 30 min	46	51%
De 30 a 60 min	8	9%
Más de 60 min	4	4%

Podemos observar que el 36% de los encuestados representados por 33 usuarios opinan que esperan menos de 15 minutos para recibir consulta o revisión médica mientras que el 51% espera entre 15 y 30 minutos. Un 9% representado por 8 usuarios opina que espera de 30 a 60 minutos mientras que 4% opina que espera más de 60 min para ser atendido en consulta general o revisión médica.

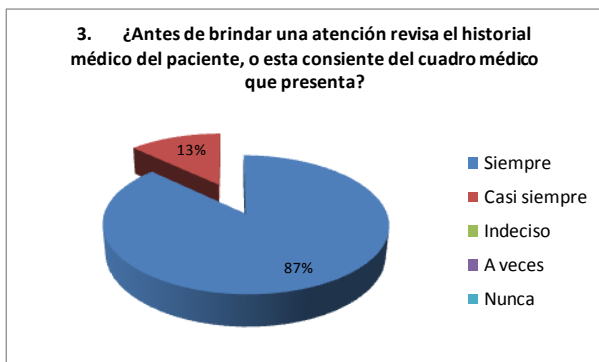
27. ¿Según su opinión que aspectos se deben mejorar para brindarle un mejor servicio?

- Colocar más sillas en las salas de espera
- Mejoras en el taller de audio e imagen
- Aumentar equipo deportivo
- Es necesaria la contratación de un medico Neurólogo para la atención de los usuarios
- Mejoras en el Equipo de terapias
- Amplitud del centro

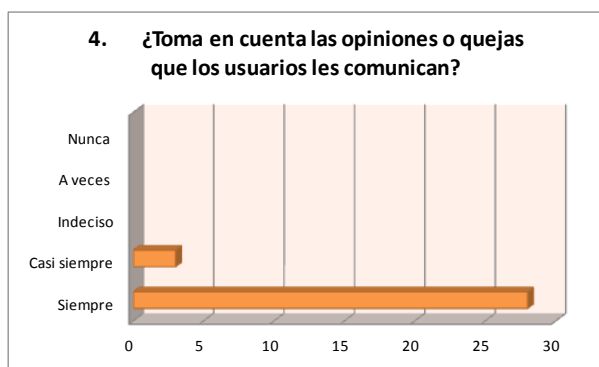
28. ¿Qué es lo que más le agrada sobre la atención que recibe?

- Buen ambiente fomentado por el personal
- La calidad de la Atención brindada
- Amabilidad confianza y buen trato de los empleados hacia los usuarios

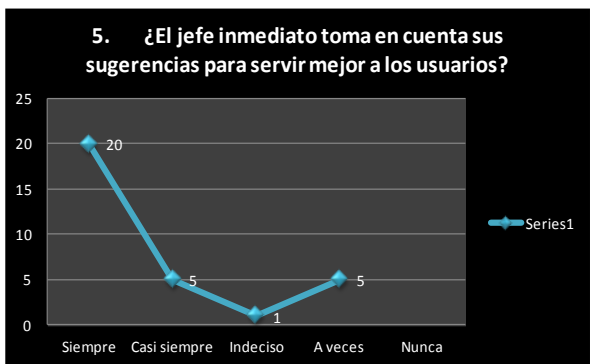
Análisis de las encuestas a colaboradores²⁸:



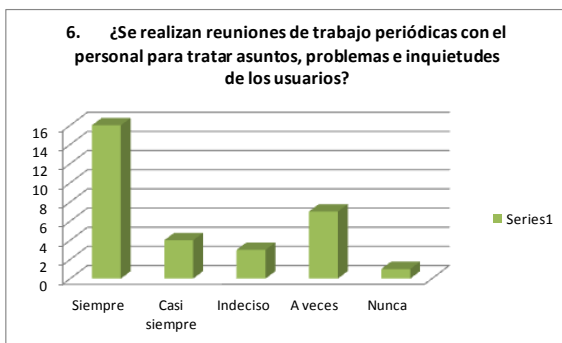
De 31 encuestados el 87% dijo realizar una revisión al historial médico del paciente. Mientras que un 13% ocasionalmente pueden saltar este proceso al estar conscientes del cuadro médico de los pacientes, en especial cuando ya son pacientes recurrentes al centro.



El 90% de los colaboradores dicen tomar en cuenta las opiniones o quejas de los usuarios. El 10% restante de los colaboradores sólo en alguna medida.

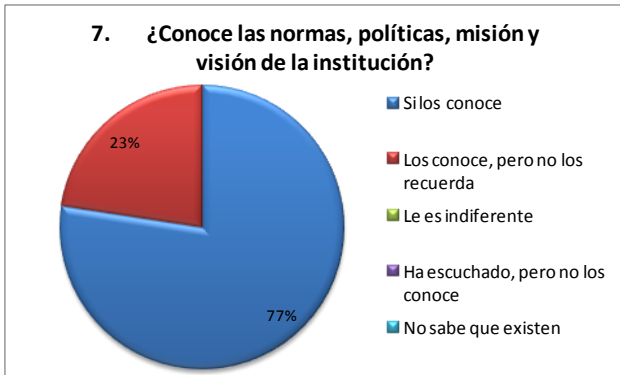


Para el 80% de los colaboradores encuestados, su jefe inmediato toma en cuenta, siempre o la mayoría de veces, sus sugerencias en pro del servicio de los usuarios, mientras que el 20% restante se muestra indeciso o piensa que pocas ocasiones le han brindado atención a sus ideas.



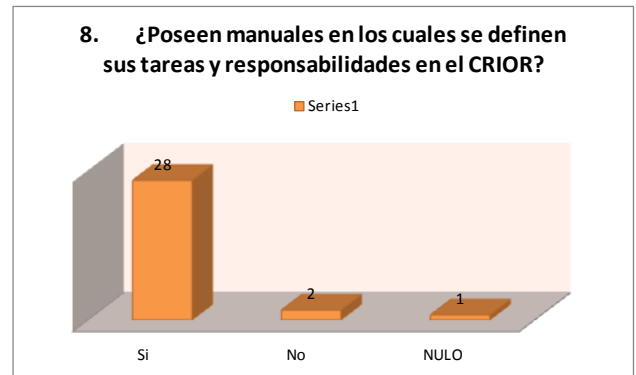
Sólo un 65% de los encuestados afirma que se realizan reuniones de trabajo periódicas para mejorar el servicio a los usuarios, mientras que el 35% se mantiene indeciso, que ocasionalmente se reúnen o incluso que nunca lo han hecho.

²⁸ Resultados obtenidos de encuestas a colaboradores

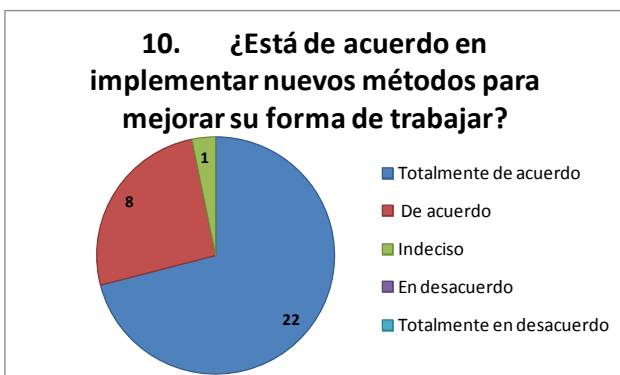
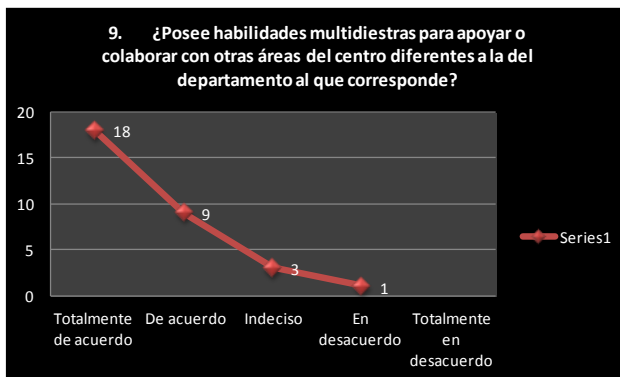


El 77% de los encuestados afirma conocer las normas, políticas, misión y visión de la institución. Mientras que un 23% dice conocerlos pero no los recuerda.

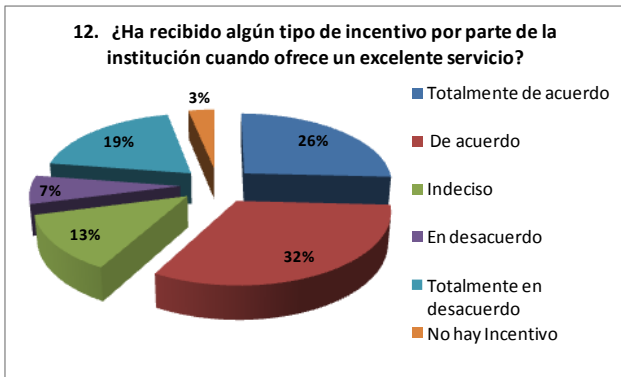
El 90% de los colaboradores encuestados afirman que poseen manuales de puestos los cuales consultan constantemente y son los que definen sus tareas y responsabilidades.



El 87% de los colaboradores están preparados para poder apoyar en todas las áreas, asegurado estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que poseen habilidades multidiestras. Mientras que el 13% no está de acuerdo con esa afirmación, asegurando que su movilidad entre puestos es limitada.



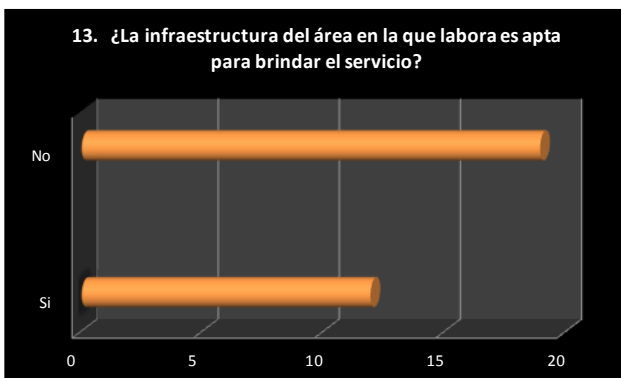
El 97% de los colaboradores dijo estar, al menos, de acuerdo en que está dispuesto a implementar nuevos métodos de trabajo, si se asegura que con eso mejorará su desempeño. EL 3% se encuentra indeciso a la hora de responder.



Sólo el 58% de los encuestados dice haber recibido algún tipo de incentivo por parte de la institución cuando se ha reconocido un excelente trabajo.

Un 13% se muestra indeciso ante la pregunta y un 29% está en desacuerdo, incluso un 3% del total de respuestas afirma

que no existen incentivos por excelentes servicios brindados.



El 61% de los encuestados aseveran no contar con una infraestructura apta en su centro de trabajo, generando esto malestar o volviendo poco eficiente sus actividades.

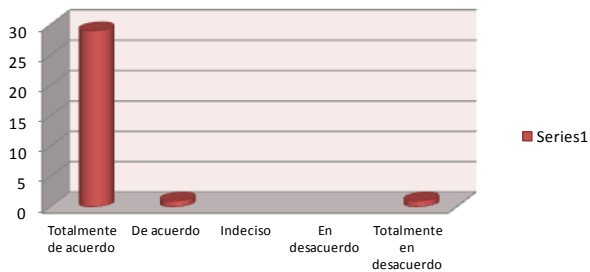
El 39% restante asegura contar con la infraestructura apta para el desempeño de sus labores.

A continuación se presentan los aspectos más relevantes mencionados con respecto a la mejora de infraestructura:

Aspectos Mencionados	Ptos	%
Ampliación de Instalaciones	8	30%
Mejora de la Ventilación	7	26%
Remodelación (Apariencia Ambiental)	6	22%
Remodelación (Separación de Areas)	3	11%
Arreglos Generales a la Infraestructura	2	7%
Tener un área grande techada, tipo cancha de BKB	1	4%
Total de Aspectos Mencionados	27	

Se puede observar un alto grado de necesidades de ampliación de las instalaciones así como mejorar la ventilación y ambientación de las áreas. Esto se pudo constatar in situ, se observó una gran oportunidad en materia de ventilación y ambientación, en especial por ser una zona caracterizada por la alta temperatura ambiente.

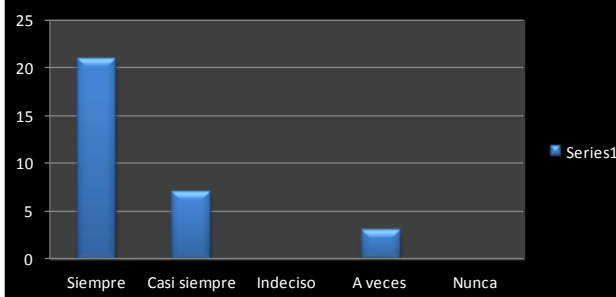
15. ¿Lleva a cabo un registro de las atenciones que brinda, para llevar un control interno?



El 95% de las encuestas arrojan que se llevan registros de las atenciones que se brindan. El control se lleva en cuadros de papel dentro del archivo por paciente, la secretaria se encarga de subir a su sistema informático el registro de cada atención brindada.

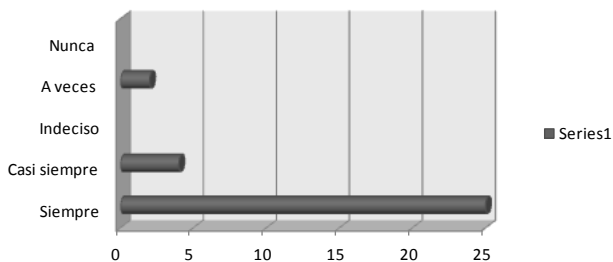
El 90% afirma colaborar con sus compañeros para que éstos realicen bien su trabajo, generalmente es apoyo cuando se saturan con atenciones. El 10% restante solo ocasionalmente colabora con otros.

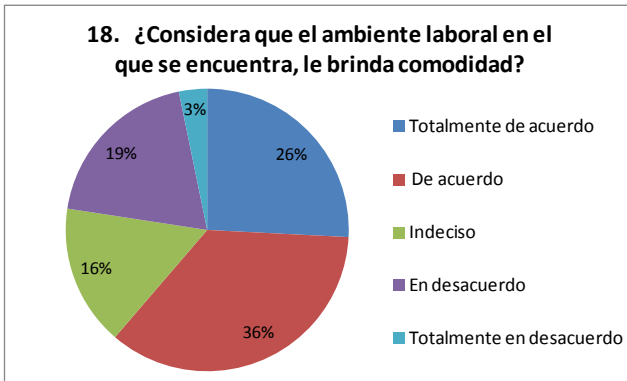
16. ¿Colabora con sus compañeros para que realicen bien su trabajo?



El 94% de los encuestados afirma participar voluntariamente en otras actividades que no le corresponden pero que van en pro de mejorar el bienestar y satisfacción del usuario, mientras que el 6% se muestra apático a estas actividades u ocasionalmente participa de ellas.

17. ¿Coopera voluntariamente con actividades que no le corresponden, pero que ayudan al bienestar y satisfacción del usuario?





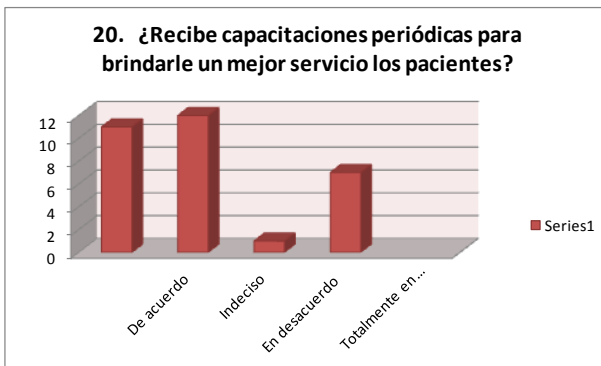
Para un 52% el ambiente laboral en el que se encuentran les brinda comodidad. Más sin embargo el 16% se encuentra indeciso con esta pregunta y el 22% está en desacuerdo. Esto es relevante, dado que en la pregunta anterior el 94% afirmaba que participa voluntariamente en las actividades. Se puede observar entonces

que si existe cierta apatía ante al ambiente laboral.



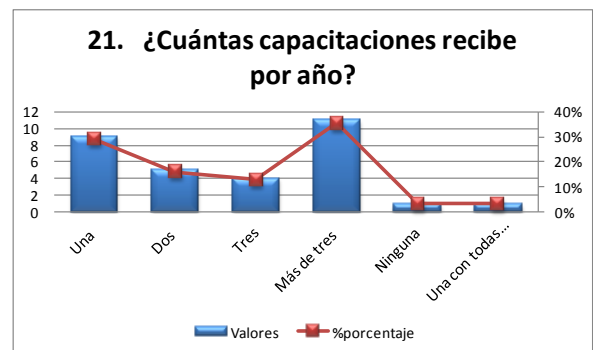
El 97% de las respuestas indican que el personal de cada área está calificado para atender las tareas de su puesto.

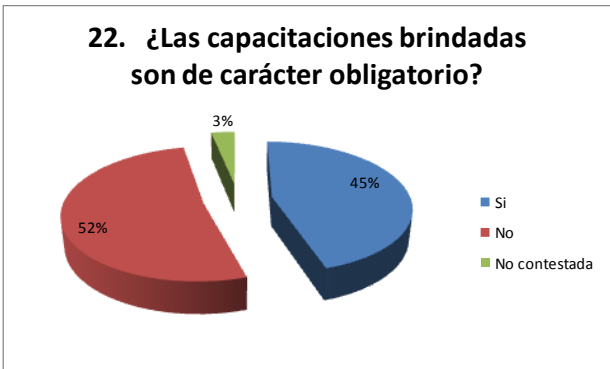
Sólo un 3% se encuentra indeciso en esta respuesta, no está de acuerdo pero tampoco se muestra en desacuerdo.



El 74% de los colaboradores abordados indican estar de acuerdo con que se reciben capacitaciones periódicas para brindar un mejor servicio a los pacientes mientras que el 26% se encuentra indeciso o en desacuerdo con esta pregunta.

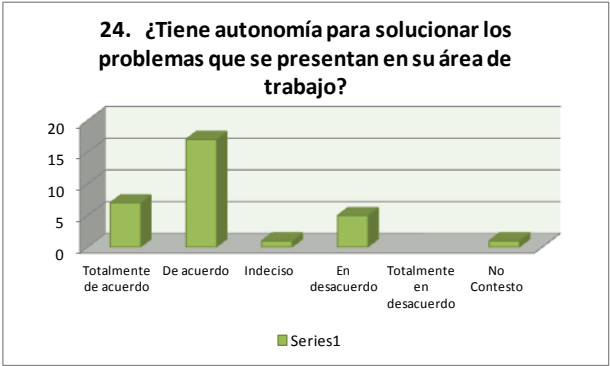
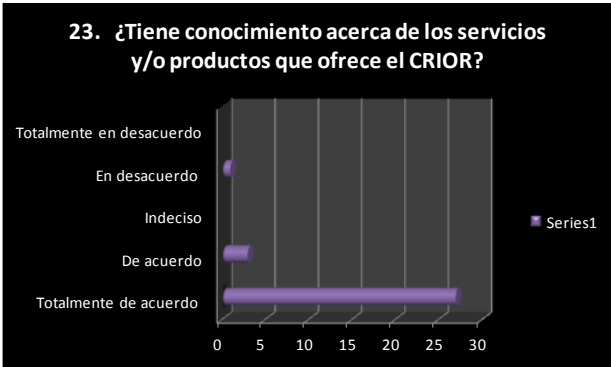
El 29% de los encuestados mencionaron recibir 1 capacitación al año. Mientras que el 16% dice recibir 2, y el 48% asegura recibir 3 o más de 3 al año. Un 3% dice tener una sola capacitación al año pero junto a todas las áreas y nada específico de su área. Sólo el 4% dice no recibir ninguna en el año.





El 97% de los encuestados está de acuerdo que tiene conocimiento sobre los servicios y productos que ofrece el CRIOR. Sólo un 3% está en desacuerdo, es decir que desconoce todos o algunos de los servicios que brinda el CRIOR. Es relevante ya que siendo colaborador de este instituto debe conocer que se hace ahí adentro. Se reconoce la apatía.

Según el 45% de los encuestados las capacitaciones a las que los convocan son de carácter obligatorio. Un 52% dice que no son de carácter obligatorio y sólo un 3% se queda sin responder a esta interrogante.

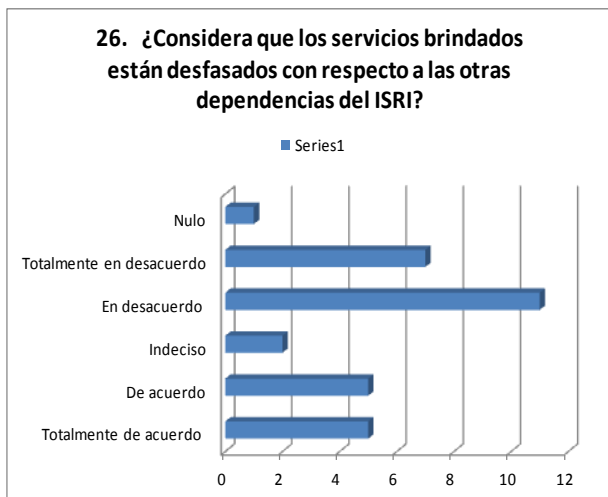


El 77% de los que participaron en la encuesta están de acuerdo que tienen autonomía para tomar decisiones y solucionar problemas que se presentan en su área de trabajo. Un 23% mencionan que no disponen de esa facultad y que deben de solicitar el apoyo a sus jefaturas para poder actuar.



El 81% de los encuestados dicen tener excelentes relaciones interpersonales en su área laboral. Del 19% restante el 6% está indeciso al respecto y un 13% está totalmente en desacuerdo, por lo cual indica que manejan relaciones gastadas o con poca tolerancia lo que ha de incidir en su

desempeño laboral.

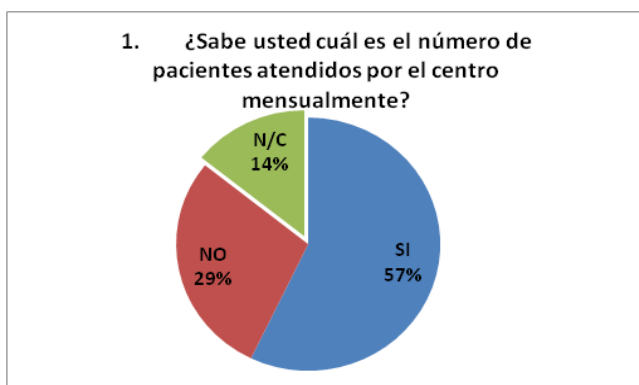


El 58% de los colaboradores se muestran en desacuerdo con la pregunta, afirmando que los servicios prestados por el CRIOR son del nivel de las otras dependencias del ISRI, que cuentan con las mismas capacitaciones y equipos para poder realizar las terapias.

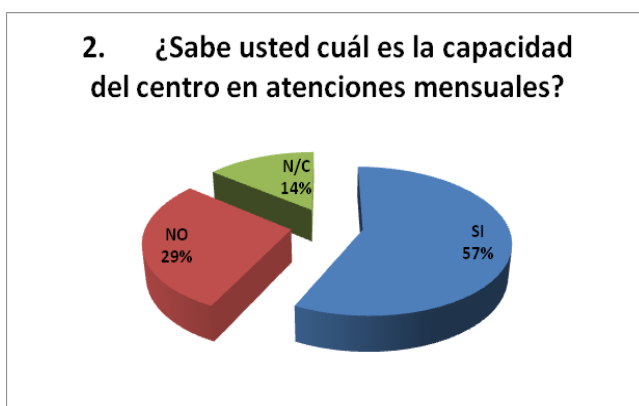
El resto, un 42% dice estar indeciso o totalmente de acuerdo, indicando que no tienen capacitaciones y la cercanía o acceso de la población al CRIOR dificulta el nivel de

atención que se le brinda a los usuarios.

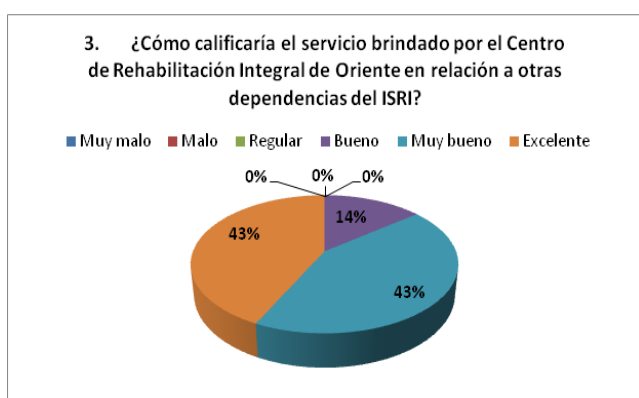
Análisis de las encuestas a jefaturas²⁹:



De los encuestados, 4 afirmaron conocer el número de pacientes atendidos, 2 dijeron que no y 1 no contestó. El número de pacientes que los encuestados dieron son: 5000 a 6000, 529 en consulta externa, 400 aproximadamente, 500 aproximadamente.



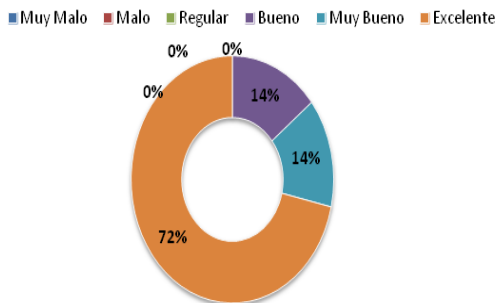
El 57% sabe cuál es la capacidad del centro en cuanto a atenciones mensuales, los datos de las cantidades que mencionaron varían, y son los siguientes: 6000 atenciones en todo el CRIOR, 786 pacientes, 500 aproximadamente, 600 atenciones, no sabe.



Podemos observar que las calificaciones “Bueno” y “Muy Bueno”, son las de mayor incidencia y se encuentran con igual distribución, los adjetivos “Muy malo”, “Malo” y “Regular”, no figuraron como posibles respuestas por parte de las jefaturas encuestadas.

²⁹ Resultados obtenidos de encuestas a jefaturas

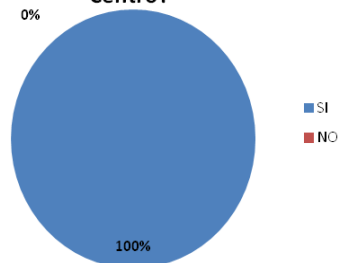
4. Según su criterio ¿cómo califican los usuarios del centro el servicio brindado por éste?



La percepción que tienen las jefaturas en cuanto al calificativo que le dan los usuarios al servicio que se les brinda, claramente es de “Excelente”, sin embargo, podemos ver que existe con claridad la percepción de un servicio que no excelente. Este dato nos da la pauta para constatar que el servicio debe ser

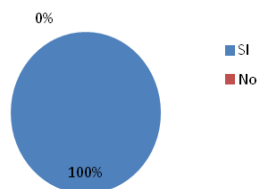
mejorado ya que no todos tienen el mismo concepto del servicio que se brinda actualmente.

5. ¿Tiene conocimiento de cuál es el tiempo estándar que debe esperar un nuevo usuario para poder recibir la atención de rehabilitación en el Centro?



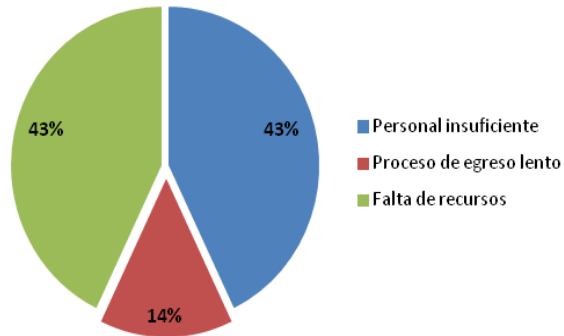
El 100% de los encuestados manifestó tener conocimiento del tiempo estándar que debe esperar un nuevo usuario, sin embargo los datos varían de la siguiente manera: 3 a 5 días, 1 a 4 meses, 3 a 4 semanas en terapia física y hasta 4 meses en otras áreas, más de 2 horas, más de 3 horas, más de 4 horas.

6. ¿Existe algún registro de las personas que se encuentran en lista de espera?



Al igual que en la pregunta anterior, el 100% de los encuestados manifestó que existe un registro de las personas en lista de espera, y al preguntárseles de cuantas personas pertenecen a dicho registro, esto fue lo que contestaron: 50 a 60 y unos 100 el TL, TE y TF niños; 100, no lo sabe, muchos (en promedio 100).

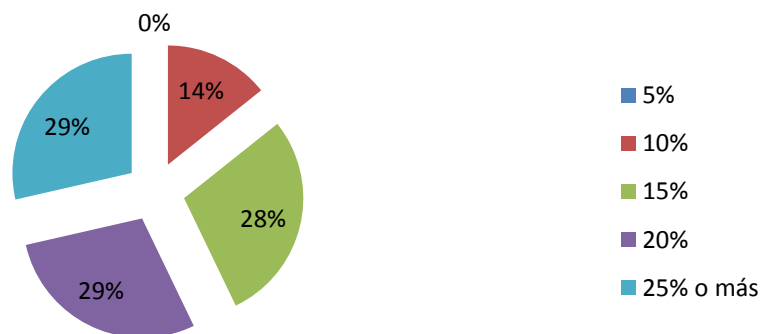
Principal razón del porque se tienen estos usuarios es lista de espera.



En la misma pregunta se indagaba la razón del porque se encontraban dichas personas en lista de espera y estas son las causas que acusan las jefaturas: Personal insuficiente, proceso de egreso lento y falta de recursos (insumos y mobiliario).

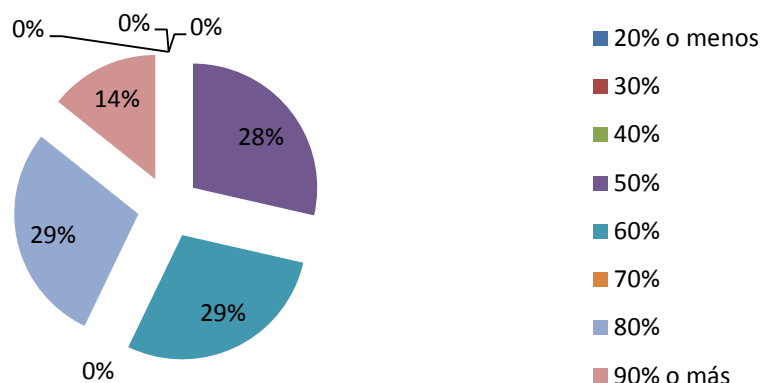
En cuanto a las principales areas que se consideran como criticas para la calidad y eficiencia se identifican las siguientes: Fisioterapia, laboratorio de protesis, archivo, consulta psicologica, consulta externa y las terapias en todas las areas. Las dependencias no se repiten, sin embargo se aprecia que casi la totalidad de las dependencias del CRIOR estan inmersas en dicho listado.

9. ¿En qué grado considera que el CRIOR podría incrementar la cantidad de sus servicios brindados a través de implementar algunas acciones encaminadas al orden y seguimiento de procesos estandarizados?



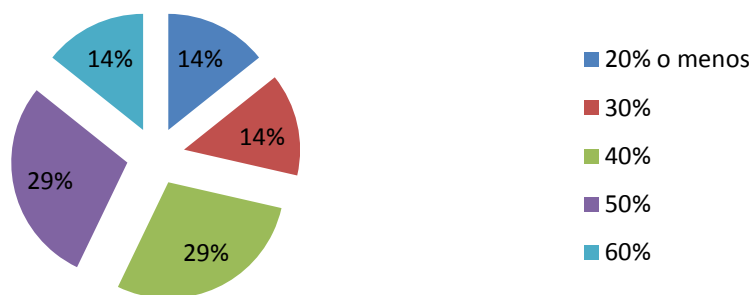
La mayoría considera que acciones encaminadas al orden y seguimiento de procesos estandarizados aumentaría la cantidad de servicios brindados.

10. Según sus registros ¿Qué porcentaje de los que entran en rehabilitación terminan satisfactoriamente el proceso?

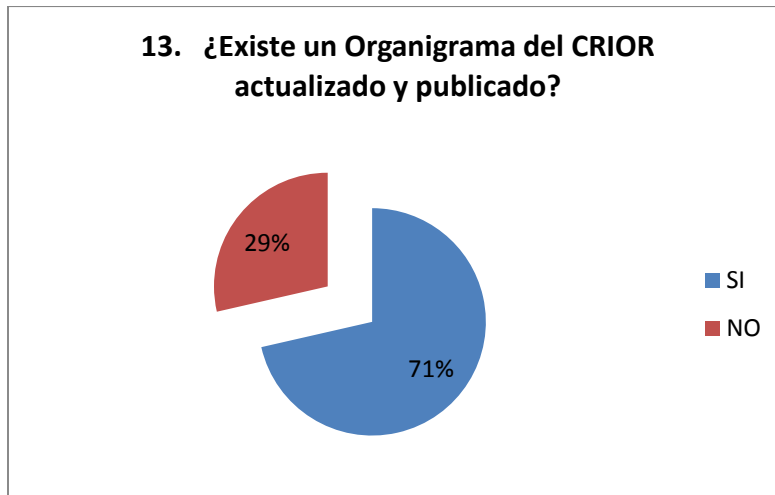


10. Hay jefes que consideran que la mitad de los que entran terminan satisfactoriamente el proceso de rehabilitación, este dato es el que nos indica que también existe la percepción de que en algunas áreas aproximadamente la mitad tampoco termina satisfactoriamente el proceso de rehabilitación.

11. Según sus registros ¿Qué porcentaje de los que entran en rehabilitación abandonan el proceso por falta de recursos para trasladarse y recibir la rehabilitación?

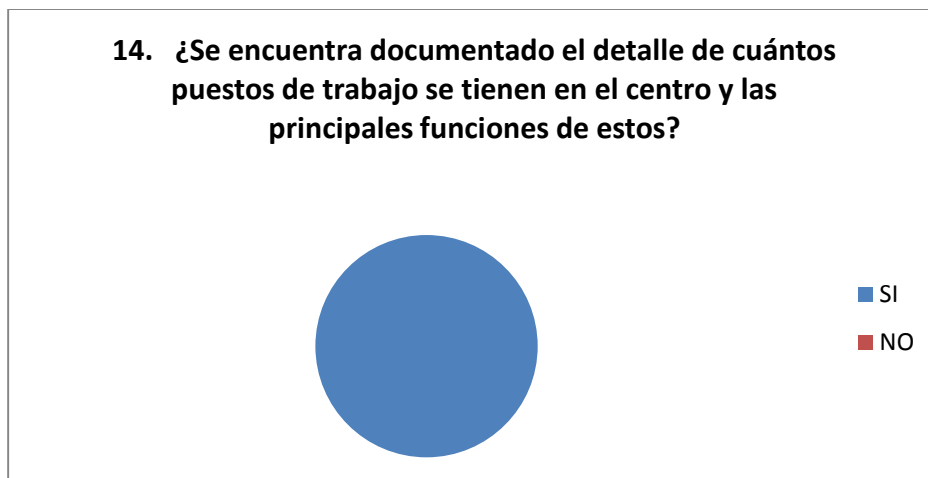


11. Será importante considerar como factor de peso la distancia del CRIOR, ya que según los datos anteriores es uno de las principales causas que impiden terminar la rehabilitación con éxito.

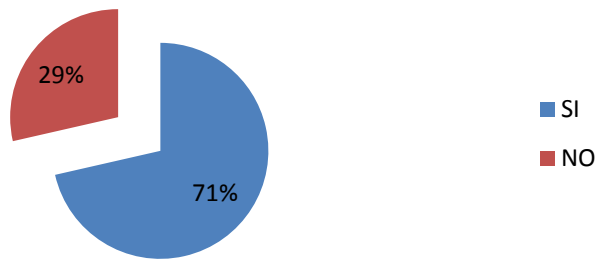


13. Podemos observar en los resultados que el 71% de los encuestados asegura que existe un organigrama actualizado y publicado en las instalaciones del CRIOR.

14. El 100% de los encuestados respondió que se encuentran documentados y detallados los puestos de trabajo que se tienen en el centro y las funciones que les corresponden



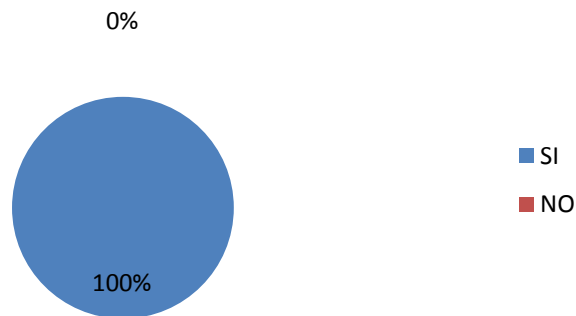
16. ¿Se encuentran identificados y documentados los procesos clave del Centro?



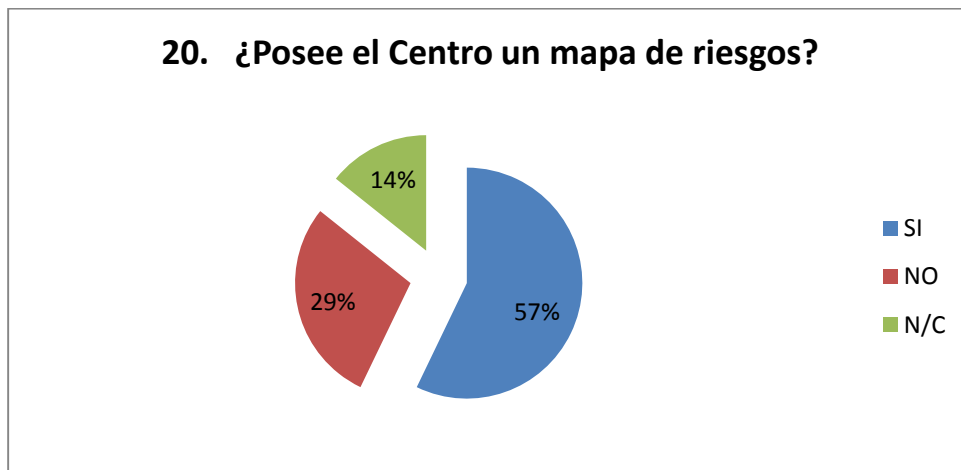
16. Pese a la negativa por parte de algunas encuestas, se constata que de manera empírica pero si se poseen documentación de los procesos, no de manera formal, pero ya se cuenta con una base para trabajar sobre esta misma.

17. El 100% de los encuestados aseguran que mantienen documentados los registros de cada uno de los servicios que le brindan a los usuarios.

17. ¿Poseen registros de cada uno de los servicios brindados a los usuarios?



El 57% de los encuestados asegura que cuentan con un mapa de riesgos del Centro de Rehabilitación, el 29% de los encuestados asegura que no poseen los manuales, el porcentaje restante no sabe si poseen.



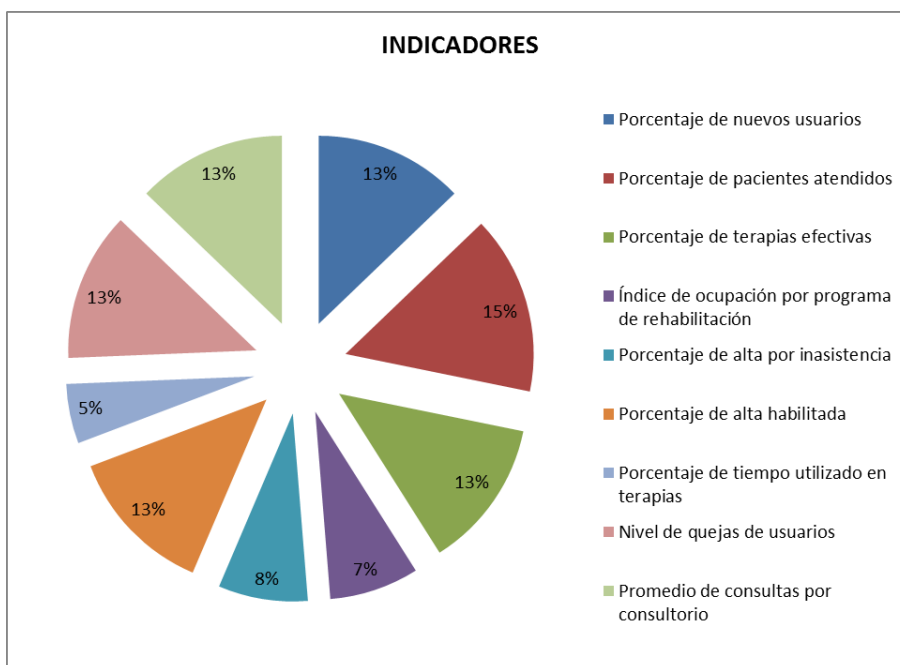
El 100% de los usuarios asegura que poseen un plan de limpieza y desinfección del Centro.



El 71% de los encuestados aseguran que existen registros de los elementos que se utilizan para la higiene y desinfección del centro

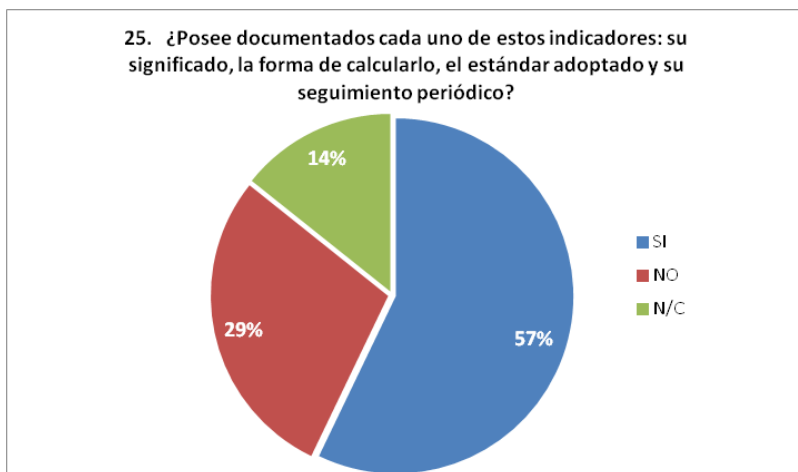


24. Si utiliza indicadores para controlar los resultados de su trabajo, marque con una X en el siguiente listado aquellos que utilice, si no se encuentran los indicadores que utiliza escríbalos en el siguiente espacio.



Entre los indicadores que se utilizan con mayor frecuencia en las jefaturas están el porcentaje de pacientes atendidos, el porcentaje de alta rehabilitada, el promedio de consultas por consultorio, y el porcentaje de alta rehabilitada.

25. El 57% de los encuestados asegura que posee documentados los indicadores que utiliza para evaluar el funcionamiento del centro, el 29% de los usuarios no mantiene documentados los indicadores y el porcentaje restante no contesto a la interrogante.





ANEXO 3

Instrumento para la evaluación propuesta en la guía de evaluación y percepción de la satisfacción del usuario

CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE ORIENTE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CROR

OBJETIVOS:

Identificar el nivel de satisfacción que los usuarios del CROR, perciben en las diferentes áreas del CROR 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 CROR, 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:

1. ¿Es usted usuario activo del centro?

Si No

Si su respuesta es no, fin de la encuesta.

2. ¿Cuanto tiempo tiene de recibir atención en el centro?

INGRESO

3. ¿El personal de enfermería lo ha atendido con respeto y amabilidad?

Si No

4. ¿Se le brindo información adecuada acerca de los lugares a los que necesitaba asistir?

Si No

EVALUACION MÉDICA

5. ¿Ha recibido atención con algún médico Especialista?

Si No ¿Porque no? _____

6. ¿Qué médico le brinda atención actualmente?

Ortopeda Fisiatra pediatría Neurólogo pediatra

7. Le ha explicado el medico:

Diagnostico Si No
Plan de tratamiento Si No
Pronostico Si No

8. ¿Le parece importante la consulta médica para su rehabilitación integral?

Si No

9. ¿El médico que le ha atendido lo ha hecho con amabilidad y profesionalismo?

Si No

10. ¿Alguna vez se presentó a su cita y no se le brindo la atención?

Si No

11. ¿Considera que los horarios de la consulta especialista son adecuados a sus necesidades?

Si No

12. ¿Al momento de programar su cita médica, la persona que lo atendió lo hizo de manera amable y respetuosa?

Si No

13. ¿Alguna vez ha faltado a su consulta médica especialista?

Si No

14. ¿Cuántas veces ha faltado a su cita con el especialista?

15. ¿Cuál fue la causa de su inasistencia?

16. Para cuanto tiempo le dejaron la cita con el especialista

17. ¿Considera ese periodo de tiempo aceptable?

Si No

EVALUACION EN TERAPIA

18.

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 en algún tipo de terapia pasar a la pregunta N°30

19. ¿Está Usted recibiendo Terapia Actualmente?

Si No

Si su respuesta es no, pasar a la pregunta N°30

20.

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			

21. Le ha explicado el Terapeuta:

	Si	No
<i>Diagnostico</i>		
<i>Proceso de alta</i>		
<i>Su evolución</i>		
<i>Plan de tratamiento</i>		
<i>Pronostico</i>		
<i>Los ejercicios para hacer en casa</i>		
<i>Si es si, los practica en casa</i>		

22. ¿Ha notado avances o mejoría en la rehabilitación?

Si No

23. ¿Los horarios de las terapias se adaptan a sus necesidades?
Si No
24. ¿Considera usted que el/la terapeuta es amable y cordial en su trato?
Si No
25. ¿Ha sido usted alguna vez víctima de maltrato o discriminación por parte del personal del centro?
Si No
26. ¿Se le ha indicado que hacer en caso de insatisfacción en el servicio?
Si No
27. ¿Le han pasado alguna encuesta o instrumento de satisfacción?
Si No
28. ¿Al momento de programar su cita de terapia, la persona que lo atendió lo hizo de manera amable y respetuosa?
Si No
29. 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
30. Mencione algunos aspectos que se deberían mejorar para brindarle un mejor servicio

31. 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 CRIOR?

ANEXO 4

Evaluación de la CICGP

ANEXO 4.

ASPECTOS ANALISADOS DURANTE LA EVALUACIÓN.

ANALISIS PRINCIPIOS INSPIRADORES

ASPECTO	PREGUNTA	ACTUAL	CALIF.	MEJORA	CALIF.
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?	Se realiza una planificación por cada una de las áreas para el desarrollo de actividades, se elabora un presupuesto y se fomenta el trabajo en equipo	8	La estandarización de los procesos, la implementación de mecanismos de seguimiento control y el sistema de indicadores de gestión permitirán planificar las acciones necesarias para que los procesos alcancen su máxima eficacia y eficiencia.	10
	¿Cómo mide los resultados de sus actividades? ¿De qué manera utiliza dichos resultados para la mejora continua de los mismos?	Se cuenta con un sistema de control e indicadores que miden los resultados y procedimientos que permiten el análisis y generación de soluciones.	8	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.	10
Legitimidad Democrática	¿Está la gestión de la organización inspirada en valores democráticos? ¿Cómo promueve la participación y el control de la ciudadanía sobre	Nuestra institución tiene definido valores como la transparencia, equidad, que promueven la gestión	8	Implementación de un sistema de indicadores que permitan saber la percepción del cliente con respecto a los servicios brindados, e	10

	los asuntos públicos?	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).		implementación de mecanismos como el buzón de sugerencia que lograra complementar este criterio.	
	¿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?	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	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 CRIOR, 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	10
Transparencia y Participación	¿Cómo asegura la organización una gestión transparente? ¿Con qué	Se cuenta con información sistematizada y con acceso al	7	El modelo de Gestión por procesos promoverá el fortalecimiento de las	10

Ciudadana	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?	público en general, se cuenta con una política de puertas abiertas, se promueve a través de grupos de interés con usuarios y encargados.		acciones para la consideración de las sugerencias, críticas y propuestas de los usuarios.	
Coordinación y Cooperación	¿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?	A través de seguimientos de políticas institucionales, cumplimiento del marco regulatorio y seguimiento de planificaciones	8	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.	10
Ética Pública	¿Ha definido la organización sus valores? ¿Cómo aseguran estos la probidad, honradez, buena fe, confianza mutua, solidaridad, corresponsabilidad social, transparencia, dedicación al	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	8	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	9

	trabajo, respeto a las personas, escrupulosidad en manejo de recursos públicos y preeminencia del interés público sobre el privado?	cual se fortalecen valores, clima organizacional.		aseguramiento de la práctica de valores y la dedicación en el trabajo.	
Acceso Universal	¿Cómo la Organización logra avances en la universalización y el fácil acceso espacial y temporal de los ciudadanos a los servicios públicos que brinda?	Ubicado geográficamente accesible a los departamento del oriente del país, Acceso a transporte 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	6	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.	10
Imparcialidad	¿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	Fortaleciendo los valores instituciones y la supervisión del cumplimiento en cuanto a la discriminación positiva se asegura con conocimiento, capacitación y supervisión de	8	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	10

	social o localización geográfica? En caso de una discriminación positiva ¿cómo se asegura que cumpla con sus objetivos?	convenios y leyes establecidas.		necesarias para que los usuarios denuncien cualquier inconformidad.	
Eficacia	¿Cómo la organización evalúa el cumplimiento de sus objetivos, metas y estándares orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas del ciudadano?	A través de la aplicación de los indicadores, realizando los ajustes y/o implementando estrategias	8	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.	9
Eficiencia	¿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?	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	8	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	10

		tratamiento que incluyan las expectativas del usuario y que permitan ser evaluadas para conocer la eficacia de los objetivos institucionales		Institución y la satisfacción del usuario al invertir menos tiempo para lograr su atención.	
Evaluación permanente y mejora continua	¿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?	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	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.	9

TABLA: Análisis de aspectos: Principios inspiradores.

ANALISIS DEBERES Y DERECHOS DE LOS CIUDADANOS

ASPECTO	PREGUNTA	ACTUAL	CALIF.	AÑO 5	CALIF
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?	A través de promoción en unidad de RBC, brindando charlas a los usuarios y encargados además de dar atención inmediata a través del contacto inicial. También dándoles a conocer los derechos y deberes en reuniones en las diferentes partes del proceso	8	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.	8
	¿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	Mediante la definición de la estructura organizacional y diseño de misión y visión propias del centro.	7	La creación del mapa de procesos del CRIOR y el desarrollo de todos sus procesos y procedimientos dan una vista esquemática del funcionamiento general de la institución.	9

	administrativos para acceder a aquellos? ¿Cuáles son dichos mecanismos?				
	¿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?	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.	7	A través del usuario se identificarán situaciones de insatisfacción que servirán para el planteamiento de medidas correctivas y preventivas sobre las situaciones encontradas.	9
	¿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?	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	7	Mecanismos para evaluar la satisfacción de los usuarios servirán para la evaluación y seguimiento de todos los requerimientos de los usuarios.	9
	¿De qué manera desarrolla	A través de los procesos de	5	Con la aplicación de los procesos de	8

<p>procesos que permitan a los ciudadanos participar en el ciclo de diseño y mejora del servicio a través de la presentación de propuestas de transformación e innovación? ¿Cómo mejora estos procesos a partir de los resultados que obtiene de su aplicación?</p>	<p>medición de la satisfacción de los usuarios actuales y medición de expectativas de usuarios potenciales, así como también investigación de necesidades de los empleadores.</p>		<p>investigación de expectativas y necesidades de los usuarios actualizados con la aplicación del proceso de Mejora continua del Modelo de Gestión.</p>	
<p>¿De qué manera evita solicitar a los ciudadanos documentación no exigida por las normas aplicables al trámite o procedimiento de que se trate? ¿Cómo se asegura de mantener actualizada la información que sirve de base para satisfacer este aspecto?</p>	<p>Respetando los lineamientos institucionales y aquellos establecidos por la ley gubernamental, supervisando y monitoreando el cumplimiento de las normas institucionales.</p>	8	<p>Los formularios diseñados en el manual de procedimientos serán sometidos a análisis periódicos durante el desarrollo del proceso de Mejora continua del Modelo de gestión.</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</p>	<p>Fortaleciendo al personal sobre aspectos de valores institucionales, reglamento institucional, ética y servicio al cliente. Se facilita el ejercicio de</p>	7	<p>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</p>	9

	derechos y deberes de los ciudadanos? ¿Cómo se evalúa la efectividad de tales facilidades?	los derechos y deberes a través de la información de contacto inicial, charlas educativas, Se evalúa en la encuesta de satisfacción del usuario.		y preventivas sobre las situaciones encontradas.	
	¿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?	A través de la formación y participación de los grupos de interés	2	El ciudadano no tiene participación directa, participa indirectamente a través de mecanismos como encuestas las cuales son analizadas por medio del grupo de calidad.	8

TABLA: Análisis de aspectos: Deberes y derechos de los ciudadanos.

ANÁLISIS SECCIÓN I ORIENTACIONES PARA FORMULAR POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA.

ASPECTO	PREGUNTA	ACTUAL	CALIF.	MEJORA	CALIF.
Gestión Pública al Servicio de la Ciudadanía	¿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	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	6	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	9

	continuamente a los requerimientos sociales?	se adecuó a las realidades de los Centros regionales		tienen los consumidores.	
	¿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?	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.	6	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.	9
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	A través del seguimiento de indicadores establecidos institucionalmente, por medio de supervisión directa e indirecta al personal	7	A través del sistema de control e indicadores que miden el desempeño a nivel operativo, medio y directivo y la medición del valor agregado generado por los procesos mediante el análisis de Mejora continua, así como también la actualización de metas.	10

	adecuada toma de decisiones y para adoptar medidas correctivas?				
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?	Mediante el plan operativo de la unidad RBC, estableciendo alianzas micro redes de salud.	6	Mediante el plan operativo de la unidad RBC, estableciendo alianzas micro redes de salud.	6
Responsabilidad Directiva, Liderazgo y Constancia de Objetivos	¿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,	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,	7	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.	10

	facultan y reconocen al personal que de ellos depende?	concientización, aplicación en planes operativos, trabajo en equipo, programa educativo del usuario interno.			
	¿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?	A través de la normativa general de la institución.	7	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.	
Gestión por Procesos	¿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.	De acuerdo a la misión visión y valores institucionales. Dándole seguimiento y monitoreo a los diferentes programas de atención.	8	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.	9

	¿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?	Se han definido los procesos esenciales y se reconoce que el usuario es parte esencial de los procesos. Se realizan planes de mejora para el beneficio del usuario.	7	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	9
Desarrollo de Capacidades de los Funcionarios Públicos	¿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?	Con la participación en los comités para elaboración, revisión y actualización de las normas éticas relacionadas en las diferentes normativas. Selección de acuerdo a las habilidades destrezas actitudes y aptitudes.	6	El modelo fomenta que personal participa en comités, reuniones continuas de la Dirección del Centro con el personal para evaluar la calidad del servicio.	9
Participación de los Empleados Públicos	¿Cómo la organización promueve y facilita la participación de sus empleados y de los representantes de los mismos para la mejora de la gestión?	Estimulando a través de trabajo en equipo disponibilidad de tiempo para la ejecución de actividades de mejora a través del equipo de calidad.	7	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	9

				cuenta para toma de decisiones.	
Aprendizaje, Innovación y Mejora de la Calidad	¿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?	A través del diseño y ejecución de programas de capacitación encaminados al cumplimiento de objetivos institucionales y desarrollados profesionalmente.	7	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.	10
Colaboración y Cooperación	¿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	A través del establecimiento de micro alianzas de redes de salud que buscan aumentar los beneficios brindados a los usuarios.	6	A través del establecimiento de micro alianzas de redes de salud que buscan aumentar los beneficios brindados a los usuarios.	6

	compartir las mejores prácticas, generando aprendizaje y gestionando el conocimiento?				
--	---	--	--	--	--

TABLA: Análisis de aspectos: Orientaciones y estrategias I.

ANÁLISIS SECCIÓN II USO DE ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA LA CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA.

ASPECTO	PREGUNTA	ACTUAL	CALIF.	AÑO 5	CALIF.
Dirección Estratégica y el Ciclo de Mejora	¿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? ¿Sobre qué plazo se desarrolla la D.E. y se orienta al cumplimiento de la visión de la organización? ¿Cómo evalúa su capacidad para responder a los requerimientos de las partes interesadas? ¿Cómo su estructura se adecua para alcanzar dicha visión? ¿Cuáles son los procesos	En los resultados de los indicadores y los objetivos institucionales a través de las coordinaciones y el trabajo en equipo, se desarrollan análisis trimestrales y anuales y de acuerdo a los resultados se toman decisiones.	6	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	8

	críticos que permiten alcanzar los objetivos establecidos en la D.E.?				
	¿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?	A través del equipo de gerencia de calidad, con la aplicación de las herramientas, matriz de priorización se evalúa de manera mensual a través de coaching	7	Es a través de los indicadores del modelo que se mide el grado de cumplimiento de la dirección estratégica del centro.	9
Perspectiva 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	Se realizan estudios internos en base a necesidades emergentes. A través de las herramientas: FODA carta iberoamericana.	6	Mediante el proceso de mejora continua se hace una revisión del plan estratégico.	9

	mejores prácticas?				
	¿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?	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	7	La calidad se priorizara mediante la opinión de los usuarios en la encuesta de satisfacción o buzón de sugerencias	8
Participación Ciudadana para la Mejora de la Calidad	¿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	Con reuniones bimensuales de usuarios y padres de familia, rendición de cuentas políticas de puertas abiertas y otros.	5	Dentro de las funciones asignadas al director del centro en el Manual de puestos y funciones se indica que debe buscar acercamiento para trabajar de la mano con otras instituciones.	7

	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.				
Adopción de Modelos de Excelencia	¿Ha adoptado la organización modelos de excelencia, integrales u holísticos? ¿Cómo los utiliza para el análisis sistemático y riguroso para lograr una acción coherente?	Se posee un modelo de atención integral.	5	Si ha adoptado el modelo de gestión por procesos que es la base tanto para el modelo EFQM, como para las Normas ISO 9000.	8
Premios a la Calidad o Excelencia	¿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?	Se realizan acciones de mejora pero no de postulación.	1	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. .	7
Aplicación de la Gestión por Procesos	¿De qué manera la organización aplica una gestión de procesos? (Si no aplica una gestión por procesos	Se tienen definidos y se ejecutan los procesos esenciales ingreso, atención y egreso.	8	El modelo utiliza las diferentes herramientas como el mapa de procesos, fichas de procesos,	

	pasar a la pregunta 46)			manuales de procedimientos, sistema de indicadores, y la creación de un grupo de calidad que da el seguimiento del modelo.	
	¿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?	A través de información remitida por las diferentes áreas de servicios del centro	8	Mediante mecanismos que permitan recaudar o censar 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.	9
	¿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)?	De acuerdo a la priorización de las necesidades en beneficio al usuario.	7	Los procesos se identificaron y registraron mediante el MANUAL PROCEDIMIENTOS DEL CRIOR, el cual contiene la identificación de los procesos estratégicos, claves y de apoyo.	9
	¿Cómo se definen los objetivos y	De acuerdo a la función y a la	7	Mediante el manual de procesos,	9

	los beneficios que cada uno de los procesos aporta a los grupos de interés?	demanda de cada uno de los procesos de forma cualitativa y cuantitativa.		específicamente en la ficha de procesos.	
	¿Cómo se detallan y precisan las diferentes actividades que componen el proceso o procedimiento concreto, para el cumplimiento de los diferentes requerimientos?	A través del plan operativo y definición de cada una de las actividades.	8	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.	9
	¿De qué manera se definen las obligaciones de la organización y las que corresponden a autoridades y directivos encargados de los procesos y procedimientos?	De acuerdo a las funciones del puesto de trabajo y delegación de actividades	7	En cada proceso se identifica un responsable, el cual es el dueño del proceso.	9
	¿Cómo define los indicadores que permiten la medición y control del desarrollo de la marcha adecuada del proceso?	Son utilizados los indicadores definidos por la institución.	7	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.	9

	¿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?	Son utilizados los indicadores definidos por la institución.	7	Se diseñó un modelo de gestión por procesos, el cual es la base para la implementación de un sistema de gestión o de calidad.	10
Mecanismos de Difusión de Información Relevante para el Ciudadano	¿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? Detalle los mecanismos que utiliza (por ejemplo formularios, guías de servicios, publicaciones, folletos divulgativos, hojas de instrucciones, circulares, páginas en Internet, puntos automáticos de información y consulta, u otros medios)	A través de reuniones de manera personal y directa, además de la página de internet contacto inicial	8	A través de reuniones de manera personal y directa, además de la página de internet contacto inicial	8

La Mejora de la Normatividad	¿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?	Existe un marco normativo en la organización que ordena las acciones sin embargo falta el análisis y evaluación en algunos procesos, para que sea simplificadores de los trámites técnico administrativos.	8	Mediante el análisis del valor agregado de los procedimientos y el proceso de mejora continua del modelo de gestión.	9
Medición y Evaluación	¿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?	A través de los informes mensuales, trimestrales y anuales. Atendiendo observaciones encaminadas a la mejora de los servicios brindados a los usuarios.	7	Se dará seguimiento a los resultados mediante el manual de la mejora continua	9
	¿Cómo adopta estándares de calidad y compara sus indicadores de gestión con respecto a los estándares y objetivos estratégicos	Solamente se compara el estándar institucional con el indicador de rendimiento, se realiza y analiza mensualmente.	7	Se diseñó una guía de indicadores, la cual contendrá los diferentes estándares de gestión que medirán los procesos del Centro, para su análisis	9

	establecidos? ¿Cómo analiza el nivel de cumplimiento y la orientación a resultados? ¿De qué manera utiliza la información generada para la adopción de decisiones?	No tenemos estándares de calidad para medir los otros indicadores.		se propone un manual de mejora, la cual es una metodología básica para buscar romper con brechas de calidad	
	¿De qué manera instaure una cultura y hábito de medición y evaluación orientada a la obtención de información crítica para la mejora continua de la calidad?	Se realizan reuniones de apoyo a la gestión del centro con programación para evaluaciones EFQM, valoración de riesgos implementación de herramientas 5 "S".	8	Mediante el manual de mejora continua, y la conformación de equipos de trabajo de alto desempeño	9
	¿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?	A través de las reuniones programadas y la utilización de las diferentes herramientas. Con la ejecución de planes de los diferentes	7	Mediante el sistema de control e indicadores y el proceso de Mejora continua del modelo de gestión además de la medición de la calidad del servicio en las sedes oriental y occidental.	9
Sugerencias, Quejas y Reclamos de	¿De qué manera la organización obtiene información respecto a los servicios que presta? ¿Cómo	De forma escrita verbal, a través de la política de puertas abiertas.	6	Se utilizan procesos de medición de satisfacción de los usuarios actuales, investigación de expectativas del	9

los Ciudadanos	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.			usuario potencial e investigación de necesidades del empleador.	
La gestión del conocimiento	¿De qué manera la organización desarrolla procesos sistemáticos para captar, incorporar, generar, adaptar y difundir la información y el conocimiento adquirido?	Se cuenta con un comité de seguridad y salud ocupacional se hace uso de la ley de prevención de riesgos laborales en los lugares de trabajo, se cuenta con un equipo de calidad.	6	Mediante el flujo de información definido en el sistema de control e indicadores y los reportes generados con el sistema mecanizado de control.	9
	¿Cómo sistematiza, formaliza y normaliza procesos, donde se establecen protocolos para generar, validar y difundir el conocimiento?	No se cuenta con un proceso definido.	5	Definiendo la periodicidad con que deben ser calculados los indicadores y generación de reportes.	9

	¿De qué manera se encuentra institucionalizada la gestión del conocimiento como una rutina administrativa?				
--	--	--	--	--	--

TABLA: Análisis de aspectos: Orientaciones y estrategias II.

ANÁLISIS CAPITULO 5- CONSIDERACIONES FINALES

ASPECTO	PREGUNTA	AÑO 1	CALIF.	AÑO 5	CALIF.
Consideraciones finales	¿De qué manera la organización asegura que sigue un proceso estructurado a corto, mediano y largo plazo, orientado a lograr cambios sustanciales y sostenibles?	Con el monitoreo y supervisión de los planes operativos y de los procesos esenciales. Además del uso de herramientas de autoevaluación como el EFQM.	7	Con el establecimiento del modelo de gestión, se están formando los cimientos de una organización que vela por la calidad de sus servicios	9
	¿De qué manera las estrategias de calidad son anticipativas y adaptativas, están atentas a los cambios del entorno dinámico?	Son estrategias flexibles que se adaptan fácilmente a los cambios con el objeto de favorecer la demanda de los usuarios.	7	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	8

				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.	
	¿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?	A través de la gestión y cumplimiento de las normas. Además de la supervisión y monitoreo de los procesos esenciales.	8	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.	

TABLA: Análisis de aspectos: Consideraciones finales