



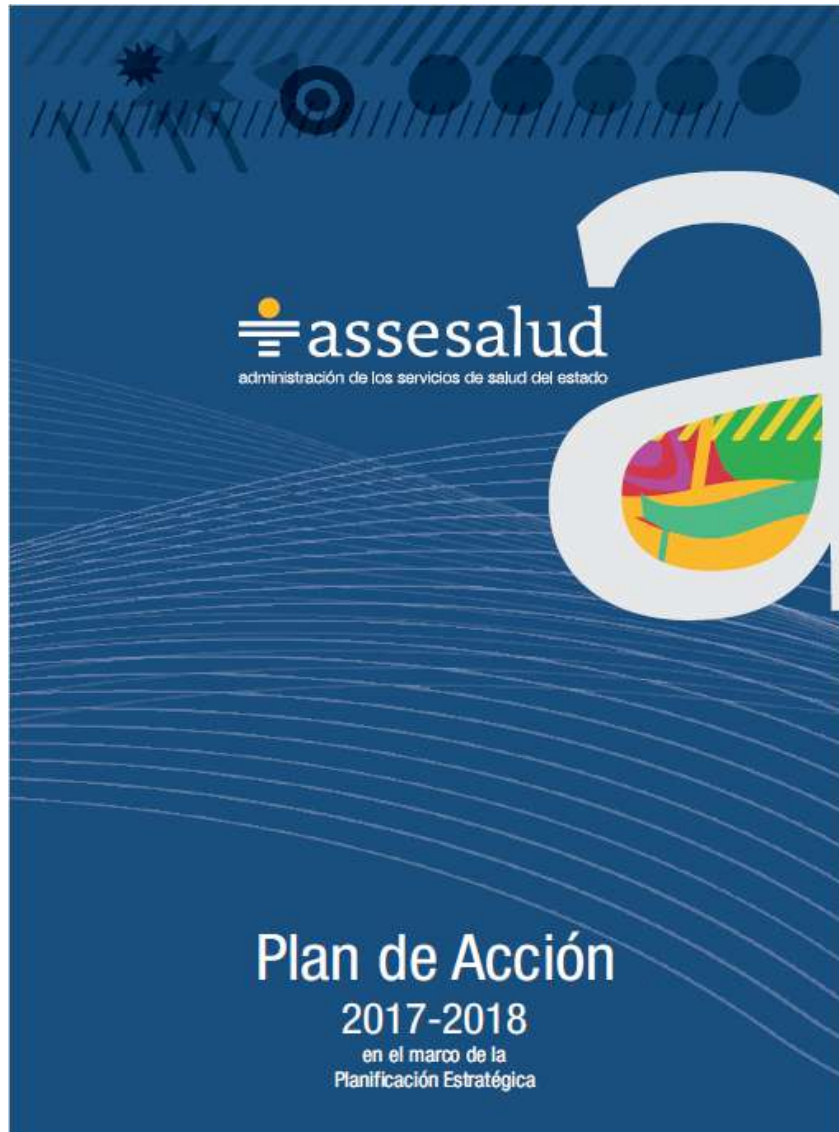
XXXIII Congreso Nacional - ADASS

" Implantación de Prácticas de Calidad y la Gestión por Procesos en la Administración de Servicios de Salud"

***Esp. Cal. Ma. Célica Borca
Gerencia en Gestión del Riesgo
Dirección de Gestión del Riesgo y Calidad***



Plan Estratégico de ASSE



DIMENSIÓN CULTURA ORGANIZACIONAL

Objetivo estratégico:

Consolidar a ASSE en una institución modelo de gestión y prácticas de Calidad sustentada en su cultura organizacional.

Componente: Cultura de prácticas de calidad

Objetivo:

Facilitar la implementación de la Política Institucional de Calidad e incorporar la perspectiva sistemática de Gestión del Riesgo y la Calidad en la toma de decisiones de los diferentes niveles gerenciales y asistenciales

Dirección de Gestión del Riesgo y Calidad

Objetivo General

Contribuir en el fortalecimiento organizacional y el cumplimiento de los lineamientos estratégicos definidos por el Directorio de ASSE, a través de la implementación y desarrollo de Sistemas de Gestión de Calidad Total y la Gestión del Riesgo, con especial énfasis en procesos clínico-asistenciales.



Dirección de Gestión del Riesgo y Calidad

Objetivos Específicos

- ✓ Motivar a las Unidades de ASSE a iniciar el camino de la Mejora Continua.
- ✓ Brindar herramientas y estrategias que faciliten a las Unidades de ASSE la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad y la mejora Continua.
- ✓ Conformar/fortalecer los comités de Calidad en las U.E.
- ✓ Promover la Participación en los Premios INACAL o procesos de certificación, acreditación o reconocimiento de buenas prácticas de calidad.
- ✓ Promover una cultura de Calidad Institucional y fomentar el trabajo en equipo.

Sistema de Gestión de Calidad

Un sistema de Gestión de Calidad es la forma en que una organización **dirige y controla las actividades** que están relacionadas directa o indirectamente a la consecución de los **resultados deseados**.

Esto se traduce en lograr mayor **eficacia y eficiencia** de los procesos asistenciales y reducción de los costos de la no calidad, mejorando la performance del sistema de salud en su conjunto.



Sistema de Gestión de Calidad

Gestionar la calidad implica adoptar instrumentos gerenciales para que de una manera organizada y planificada la organización alcance los resultados buscados.

Esto implica:

- La definición de una política explícita para la calidad (institucional);
- El reconocimiento del usuario/cliente como eje central de la calidad: procesos orientados en satisfacer sus necesidades y expectativas (marco normativo).
- El reconocimiento del factor humano: desarrollo personal y profesional;
- La innovación tecnológica: que acompañe la dinámica, evolución y el desarrollo constante.
- La cultura de la calidad: incorporación permanente de desafíos sustentada en la participación y en un ambiente laboral sano.



Sistema de Gestión de Calidad

El desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad en los servicios de salud requiere de un **marco teórico de referencia**, que permita el conocimiento y la aplicación estandarizada de conceptos de calidad en todos los niveles (macro-meso-micro) de la organización.



Modelo de Calidad

Es una herramienta que le permite a una organización planear, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo de la misión, a través de la prestación de servicios con altos estándares de calidad, los cuales pueden ser medidos y evaluados a través de indicadores de gestión.



Modelos de Calidad

De acuerdo con la experiencia verificable tanto a nivel nacional como internacional, es posible identificar al menos tres modelos aplicativos de la gestión de la calidad dentro de la gestión pública.

- El modelo normativo: las **normas ISO**, que surgen por la necesidad de normalizar productos y servicios.
- El segundo gran **modelo aplicado en sanidad es el más “sanitario” de todos**: el modelo de la **Joint Comission**. Este modelo establece los estándares o criterios de buena práctica clínica, asistencial y gestora que debe cumplir una institución sanitaria para ser reconocida como de calidad por una entidad acreditadora independiente.
- Modelo de **Mejora Continua - INACAL**. Este Modelo consta de una serie de requisitos y criterios de evaluación.

En ASSE....

Se identifica la necesidad de establecer un marco de referencia en materia de implantación de prácticas de calidad, conteniendo lineamientos y políticas institucionales.

Así como también, impulsar actividades que contribuyan en el desarrollo, fortalecimiento e integración de los Comité de Calidad Local.





MANUAL DE CALIDAD

*Directrices para la implantación de un
Sistema de Gestión de Calidad
en los Servicios de Salud de ASSE*



*Versión 02 – Marzo 2018
En Revisión*

Elaborado por: Esp. Cal. María Célida Borca
Colaboradores: Dr. Pablo Ferra
Revisión: Equipo Dirección Gestión del Riesgo y Calidad

Dirección de Gestión del Riesgo y Calidad

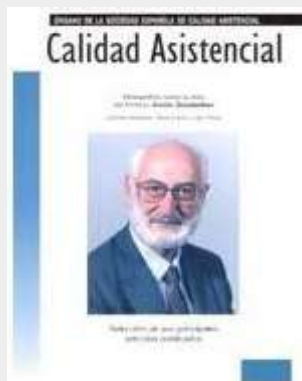
En este contexto, la DGRC ha elaborado un **Manual de Calidad, conteniendo directrices claras, sencillas y prácticas para la Implantación de un SGC** orientado a obtener mejores resultados en materia de calidad asistencial, adaptable al contexto y realidad de las Unidades que integran la red asistencial de ASSE.



Toma como referencia:



Compromiso con la
Gestión Pública



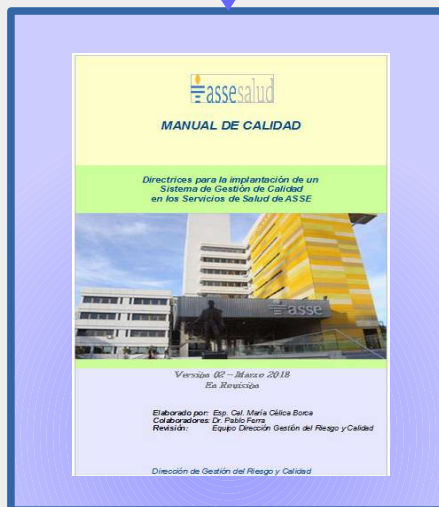
Principios de
Avedis Donabedian



Familia Normas ISO



Norma 31.000



ESTRUCTURA del Manual

1. Liderazgo

2. Desarrollo de las Personas

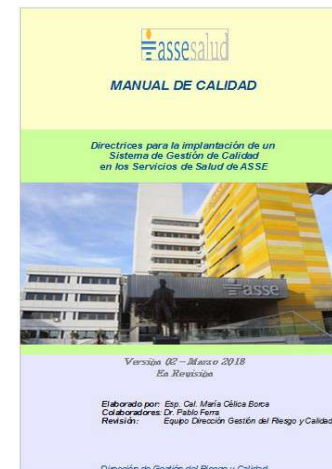
3. Gestión por Procesos

4. Enfoque en el Usuario

5. Comunicación

6. Gestión Documental

7. Herramientas de Calidad



Construyendo un Sistema de Gestión de Calidad Institucional



PROCESO DE IMPLANTACIÓN



PROCESO DE IMPLANTACIÓN



Toda organización **ya tiene una estructura de gestión**. Esa estructura debe ser la base sobre la cual se establezca el sistema de gestión a implantar.

La implantación debe realizarse con la **flexibilidad que requieren las particularidades de cada Unidad Ejecutora** o servicio, de forma integrada con la **cultura y valores que lo caracterizan**.



PROCESO DE IMPLANTACIÓN

No hay un solo método para trabajar en este nuevo camino, sino varios.

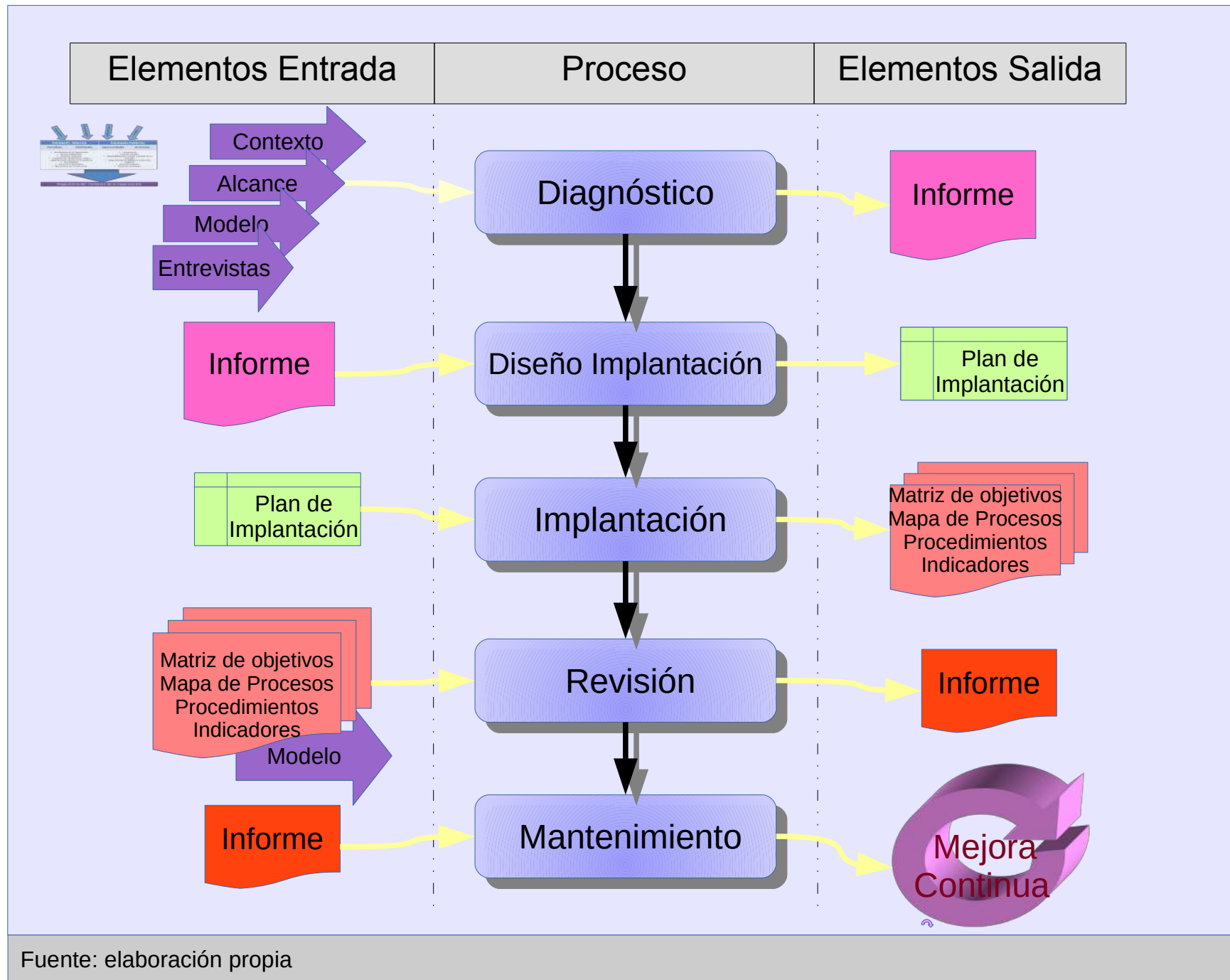
Tanto el sistema en su conjunto (determinado por la organización), los procesos (metodologías de trabajo), los servicios prestados (especificaciones pre-establecidas), son campos de acción en los cuales avanzar.

La idea es ver dónde están los puntos oscuros de la organización que hacen difícil el crecimiento y desarrollo de nuestra organización.

Será un arte de cada U.E. establecer cual será el mejor camino por recorrer.

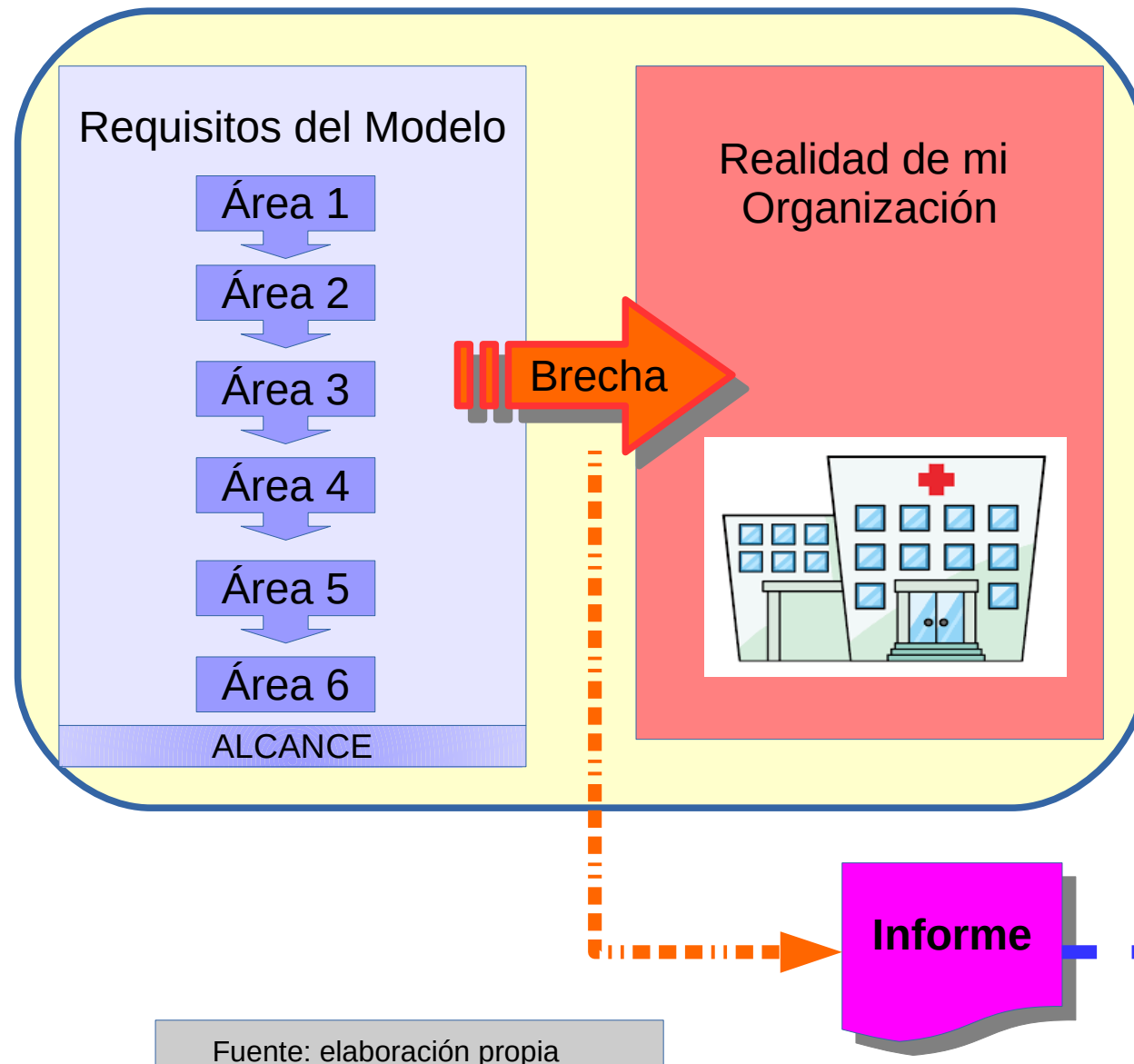


Proceso de Implantación de un SGC



Planificar el proceso de Implantación

Marco de referencia: el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Modelo seleccionado.



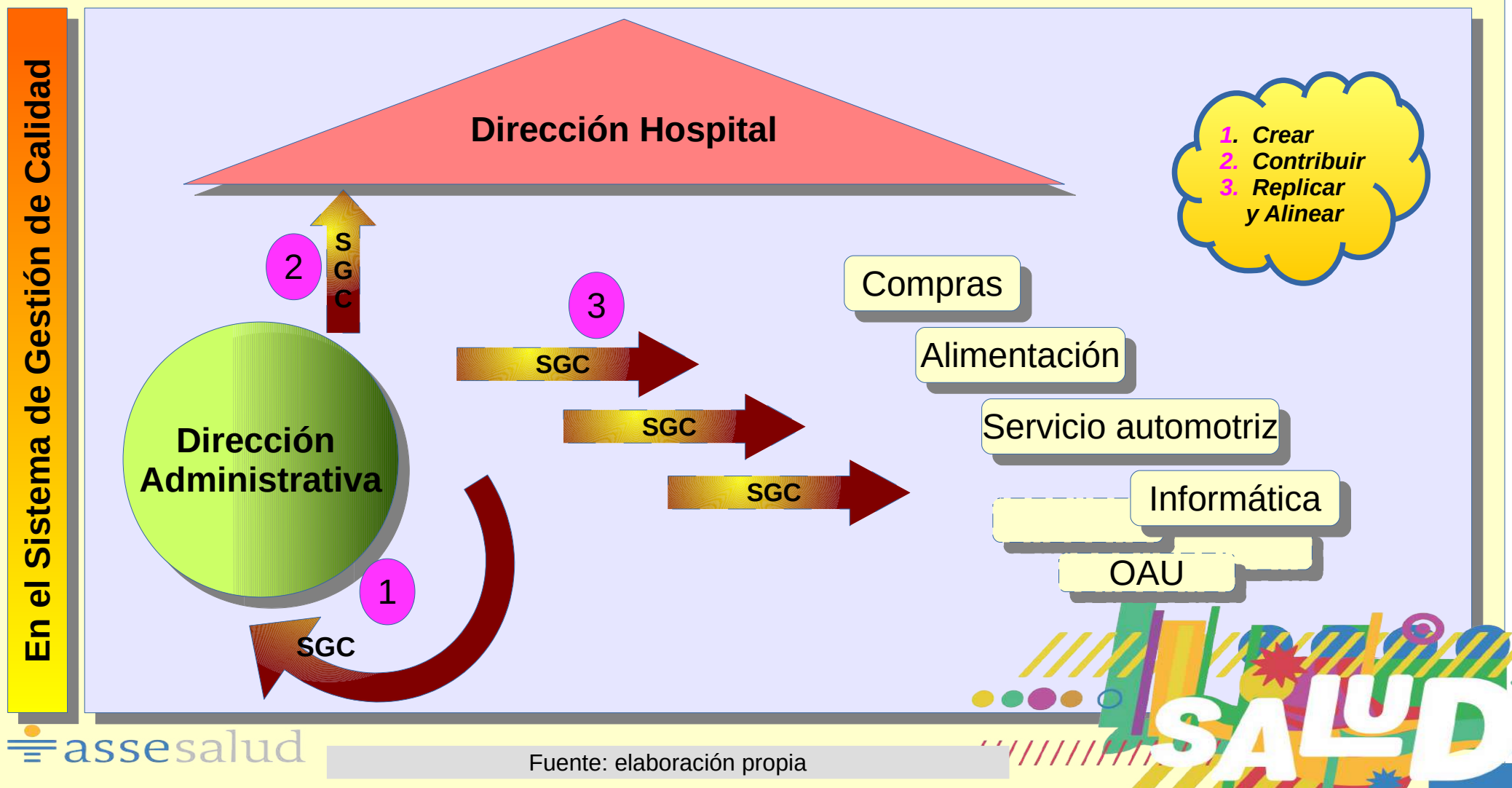
Plan de Implantación

IMPLEMENTACION				
Primera Etapa- a corto plazo	Organización del Servicio			
Segunda Etapa- mediano plazo	Sistematización			
Tercer Etapa- a largo plazo	Participación en los Premios			

Área del Modelo	Criterio	Actividad a desarrollar	Responsable	Normativa, Bibliografía o documentos de referencia	Realización
1. Liderazgo	1.3.	Elaboración de la Misión y Visión de la Unidad (alineada con la de ASSE).	Dirección Asesor ASSE Comité de Calidad	Misión y Visión Institucional de ASSE	
		Elaboración de la Misión y Visión del Servicio (alineada con la de la unidad)	Jefe de Servicio Funcionarios	Misión y Visión de la Unidad	
		Crear instancias de difusión a todo el equipo de trabajo (evidencias: actas de reunión y en talleres internos)	Asesor ASSE Comité de Calidad		
	1.4.	Elaboración de la planificación estratégica de la unidad. Elabore la Matriz de objetivos anual. Contenido: objetivos generales, objetivos específicos, acciones que se van a implementar para su cumplimiento, punto de partida, meta a alcanzar, responsable, frecuencia de medición	Dirección. Asesor ASSE	Marco de referencia: Misión de ASSE. Objetivos establecidos por ASSE para el año o quinquenio	

ROL DEL ADMINISTRADOR

Ejercer la Dirección de todos los servicios administrativos a su cargo de la U.E. y colaborar con la Dirección en la definición de los objetivos estratégicos, políticas y en la determinación de planes y programas.



1. Liderazgo



Se requiere de un verdadero cambio cultural en el comportamiento de las personas, que nace de sus líderes promoviendo la participación de todos los integrantes de la organización.

La Dirección, a través de su liderazgo y sus acciones, debe crear un ambiente en el que el personal se encuentre completamente motivado e involucrado y en el cual pueda operar eficazmente un Sistema de Gestión de Calidad.



TRABAJO EN EQUIPO

Dirección
Equipo de
Gestión

Representante
de Dirección
"Coordinador"

Referentes de
Calidad de los
Servicios

Asesoramiento Dirección
Gestión del Riesgo y Calidad

COMITÉ DE CALIDAD

Comité de Infecciones

COSEPA

Comité de Farmacia
y Terapéutica

Comisión de Usuarios



Conformación del Comité de Calidad



El Comité de Calidad es el **órgano gestor de la Calidad.**

Tiene como principal cometido **establecer, implementar y mantener un sistema de gestión de Calidad alineado**, que se ajuste al contexto y necesidades de la organización y que persiga como cometido final el logro de los objetivos planteadas.

Es recomendable que se encuentre **conformado por un integrante de la Dirección de la unidad, un coordinador general de calidad y referentes de calidad de los servicios, entre ellos el ADMINISTRADOR.**

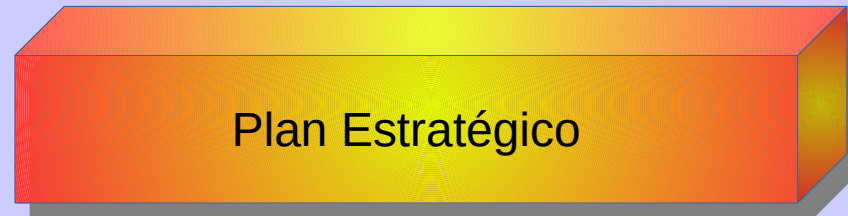
Puede ser **dinámico, de acuerdo al proceso de implantación llevado a cabo.**

Aborda los siguientes conceptos

Liderazgo



Planificación Estratégica



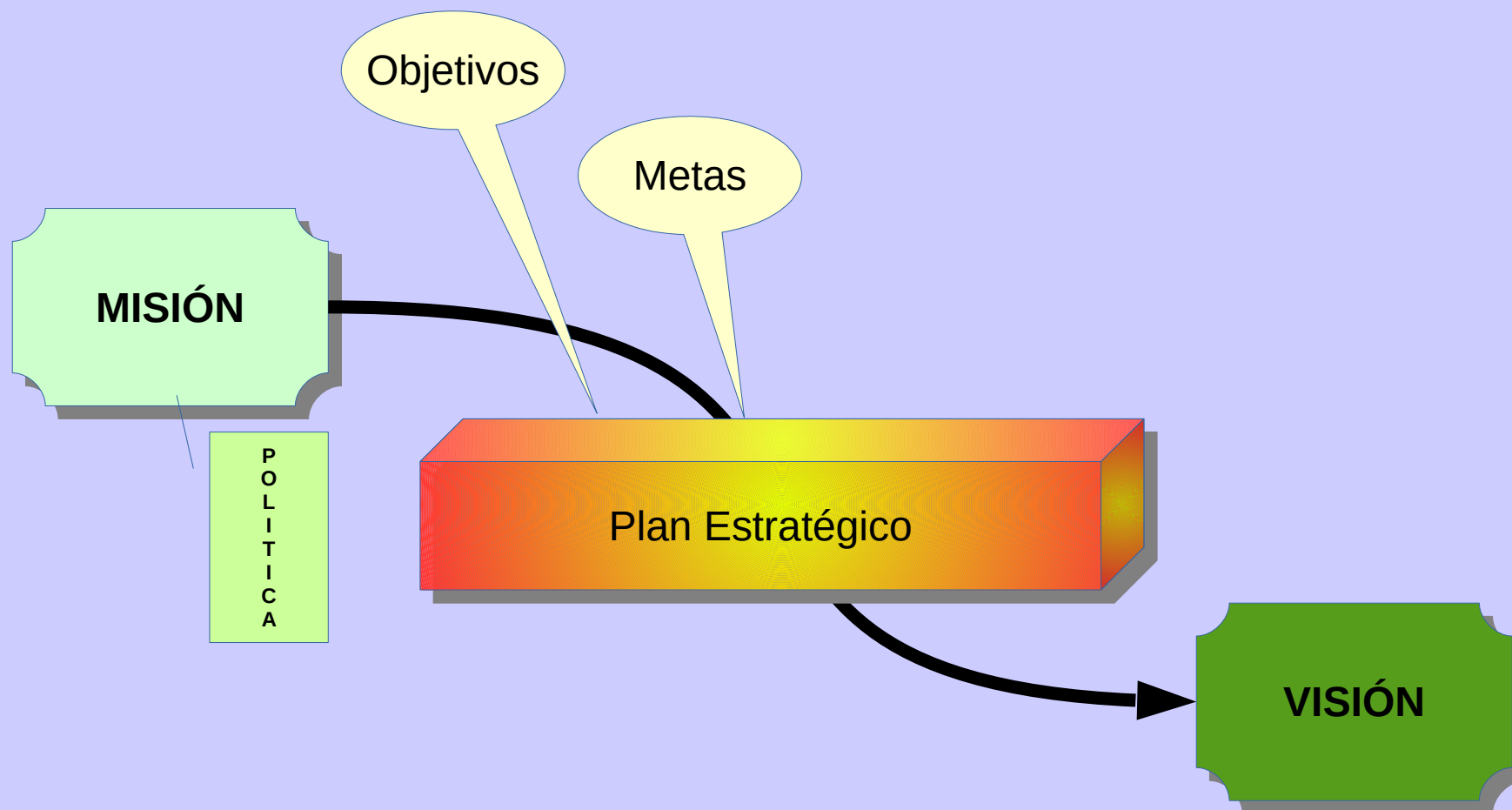
DEFINICIÓN:

La **PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA** es un proceso sistemático de elaboración, desarrollo y puesta en marcha de distintos planes operativos enfocados en alcanzar los **OBJETIVOS Y METAS** planteadas.

Debe ser para las organizaciones de vital importancia, ya que en sus propósitos, objetivos, mecanismos resume el **RUMBO, LA DIRECTRIZ** que toda la organización debe seguir, teniendo como objetivo final, el alcanzar las metas fijadas.

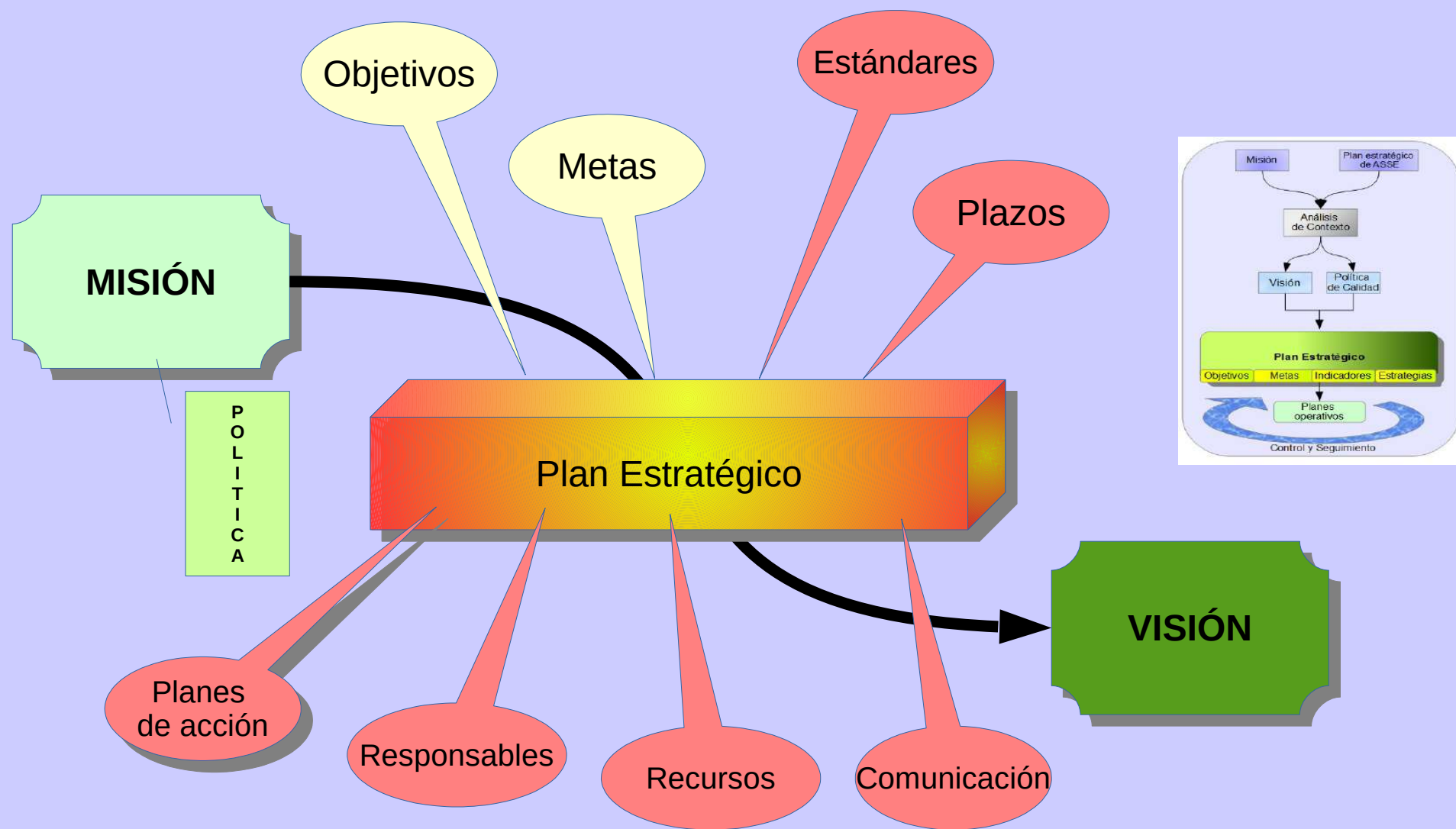


Misión, Visión y Planificación Estratégica



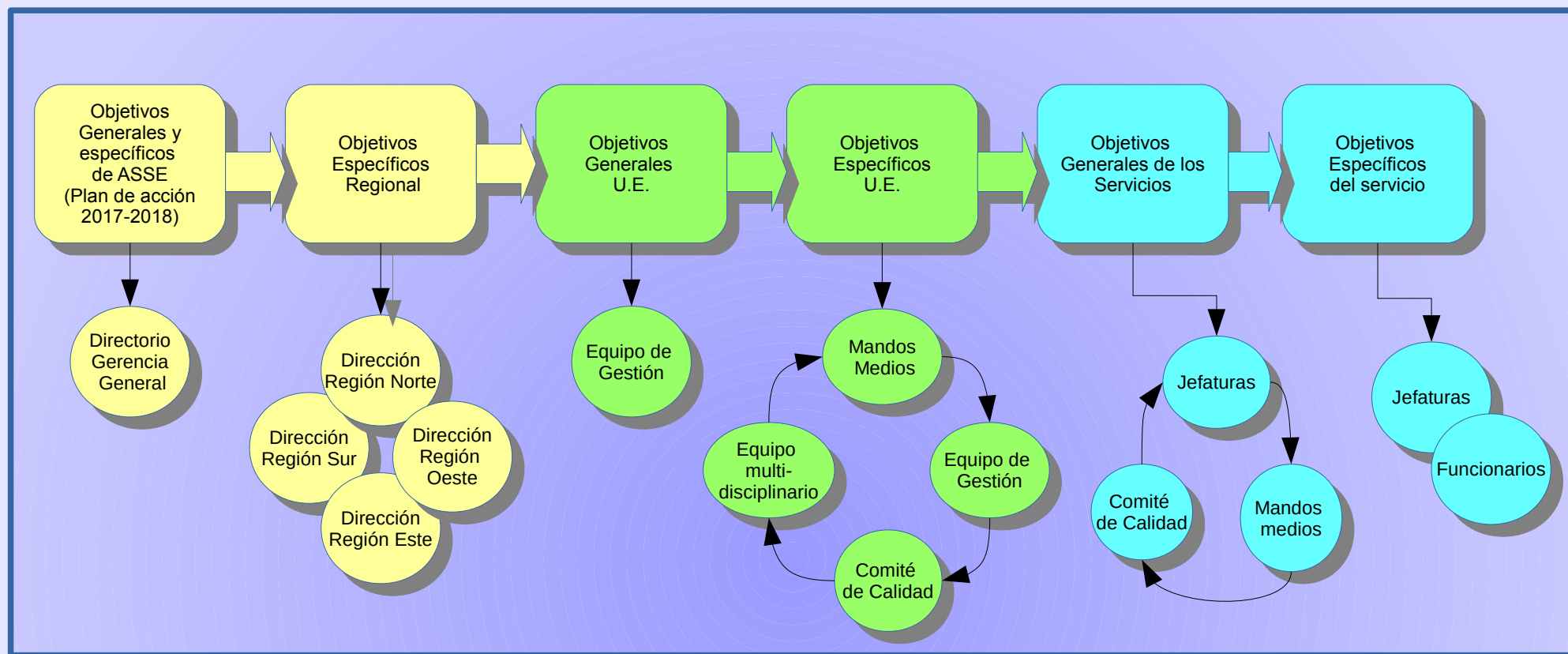
La **Misión y Visión** de la Organización o Servicio, son el principal marco de referencia para la elaboración de la Planificación Estratégica.

Misión, Visión y Planificación Estratégica



DEFINICIÓN: “PLANES OPERATIVOS”

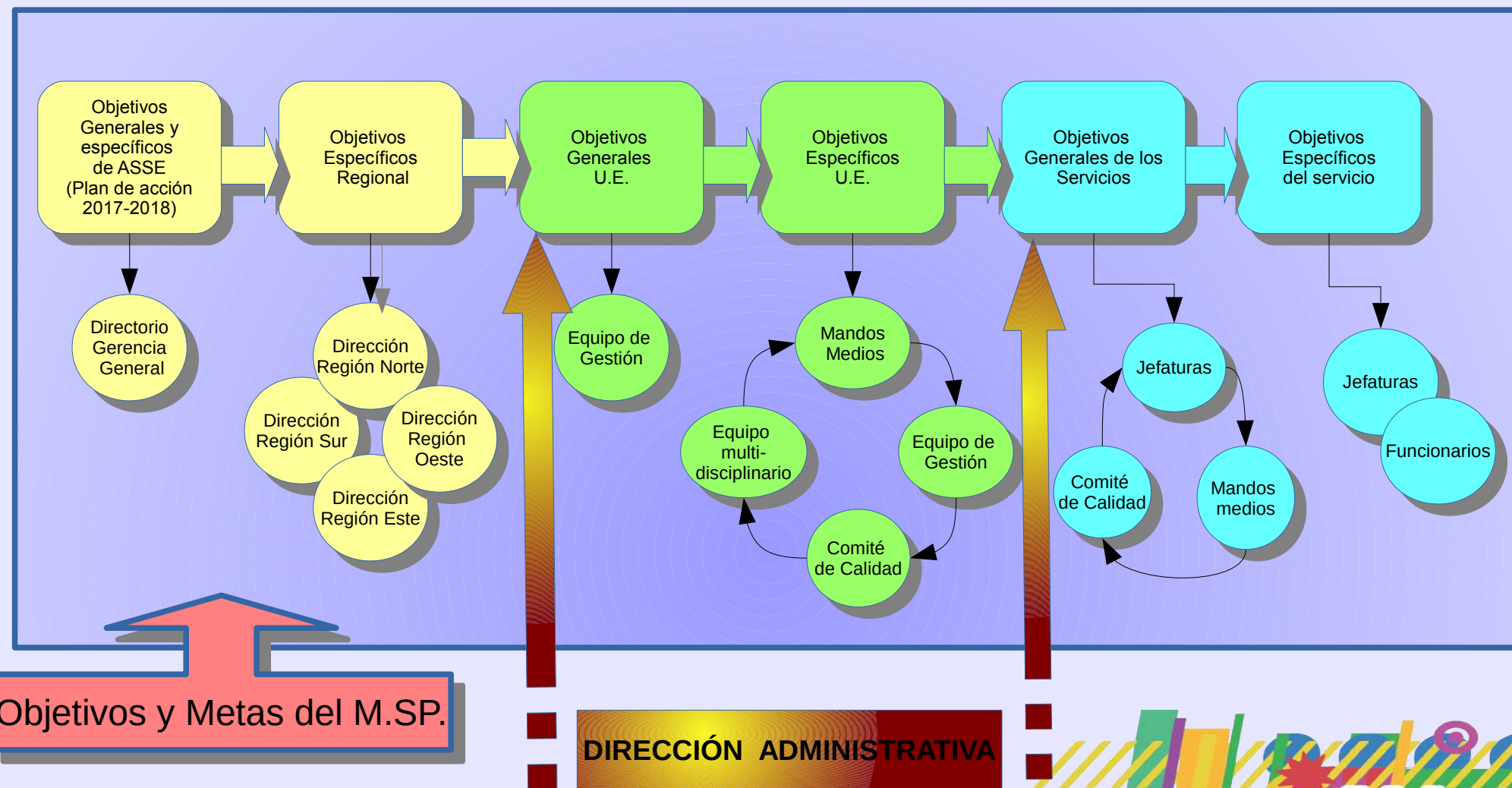
Objetivos: Marco de referencia



Objetivos y Metas del M.SP.


Los objetivos y metas planteados, deberán ser concordantes y estar alineados a los objetivos establecidos por la alta Gerencia de ASSE.

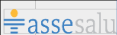
Objetivos: Marco de referencia



Planificación Estratégica



				Planificación Dirección			FODGRC-1.0-01		
							Versión 01		
							Página 1 de 1		
SERVICIO/UNIDAD				DGRC		AÑO 2018			
Objetivo General	Objetivo Específico/ Operativo	Actividad a desarrollar	Responsable	Recursos necesarios	Fecha Prevista	Indicador		Seguimiento	
Construir una cultura institucional de Calidad	Desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad	* Elaboración del Manual de Calidad de ASSE	DGRC	* Fuentes bibliográficas. * Manuales y Vision de ASSE * Plan de acción 2017-2018 ASSE * Manuales asistenciales MSP	Marzo 2011		Manual Elaborado	Resultado del Análisis/ Evidencia	
		* Difusión del Manual en U.E.					Manual Difundido		
		Desarrollar e implementar una estructura Documental institucional	DGRC	* Manual de Calidad * M.M.C	Marzo 2011		Indice Documental		
		Conformación de Comité de Calidad Hospitalarios	DGRC U.E	* RR.HH		5 comité por región			
		Implementar M.M.C	DGRC						
Ser evaluados por organismos externos	Participación INACAL	Capacitaciones DGRC		* Análisis de Brecha					
		Procesos de Certificación	U.E. DGRC	* M.M.C * Normas		2 U.E./R			
		Nombre		Cargo		Fecha		Firma	
Elaborado por:		M.a. Cécilia Borca		Asesora en Gestión y Evaluación de la Calidad					
Revisado por:		DGRC		Equipo Asesor					
Aprobado por:		Dr. Pablo Ferra		Director					



asse

salud

Dirección Administrativa

FODGRC-1.0-01

Versión 01

Página 1 de 1

SERVICIO/UNIDAD

DGRC

AÑO 2018

Objetivo General	Objetivo Específico/ Operativo	Actividad a desarrollar	Responsable	Recursos necesarios	Fecha Prevista	Indicador	Seguimiento
Construir una cultura institucional de Calidad	Desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad	* Elaboración del Manual de Calidad de ASSE	DGRC	* Fuentes bibliográficas. * Manuales y Vision de ASSE * Plan de acción 2017-2018 ASSE * Manuales asistenciales MSP	Marzo 2018		Manual Elaborado
		* Difusión del Manual en U.E.					Manual Difundido
		Desarrollar e implementar una estructura Documental institucional	DGRC	* Manual de Calidad * M.M.C	Marzo 2018		Indice Documental
		Conformación de Comité de Calidad Hospitalarios	DGRC U.E.	* RR.HH		5 Comité por región	
		Implementar M.M.C	DGRC				
Ser evaluados por organismos externos	Participación INACAL Procesos de Certificación	Capacitaciones DGRC		* Análisis de Brecha			
			U.E. DGRC	* M.M.C * Normas		2 U.E./R	
Elaborado por:		Nombre	Cargo	Fecha	Firma		
Revisado por:		Ma. Cécilia Borca	Asesora en Gestión y Evaluación de la Calidad				
Aprobado por:		DGRC	Equipo Asesor				
		Dr. Pablo Ferra	Director				

asse salud												
Servicio												
FODGRC-1.0-01												
Versión 01												
Página 1 de 1												
SERVICIO/UNIDAD												
DGRC												
AÑO 2018												
Objetivo General	Objetivo Específico/ Operativo	Actividad a desarrollar	Responsable	Recursos necesarios	Fecha Prevista	Indicador	Seguimiento					
Construir una cultura institucional de Calidad	Desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad	* Elaboración del Manual de Calidad de ASSE	DGRC	* Fuentes bibliográficas. * Manuales y Vision de ASSE * Plan de acción 2017-2018 ASSE * Manuales asistenciales MSP	Marzo 2018		Manual Elaborado					
		* Difusión del Manual en U.E.					Manual Difundido					
		Desarrollar e implementar una estructura Documental institucional	DGRC	* Manual de Calidad * M.M.C	Marzo 2018		Indice Documental					
		Conformación de Comité de Calidad Hospitalarios	DGRC	* RR.HH		5 Comité por región						
		Implementar M.M.C	DGRC									
Ser evaluados por organismos externos	Participación INACAL	Capacitaciones DGRC		* Análisis de Brecha								
		Procesos de Certificación	U.E. DGRC	* M.M.C		2 U.E./R						
			U.E. DGRC	* Normas								
Elaborado por:			Nombre	Cargo	Fecha	Firma						
Revisado por:			Ma. Cécilia Borca	Asesora en Gestión y Evaluación de la Calidad								
Aprobado por:			DGRC	Equipo Asesor								
			Dr. Pablo Ferra	Director								

MATRIZ DE OBJETIVOS *Planificación Estratégica*

FODGRC-1.0-01

Versión 01

Página 1 de 1

SERVICIO/UNIDAD

DGRC

AÑO

2018

Objetivo General	Objetivo Específico/ Operativo	Actividad a desarrollar	Responsable	Recursos necesarios	Fecha Prevista	Indicador		Seguimiento	
						Valor Partida	Valor Meta	Fecha Ejecución	Resultado Alcanzado/ Evidencia
Construir una cultura institucional de Calidad	Desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad	* Elaboración del Manual de Calidad de ASSE	DGRC	* Fuentes bibliográficas.	Marzo 2018				Manual Elaborado
		* Difusión del Manual en U.E.		* Misión y Visión de ASSE					Manual Difundido
				* Plan de acción 2017-2018 ASSE					
				* Metas asistenciales MSP					
		Desarrollar e implementar una estructura Documental institucional	DGRC	* Manual de Calidad	Marzo 2018				Índice Documental
		Conformación de Comité de Calidad Hospitalarios	DGRC U.E.	* RRHH		5 comité	3 Comité por región		
		Implantar MMC	DGRC						
	Ser evaluados por organismos externos	Capacitar en Gestión de Calidad	Capacitaciones DGRC	* Análisis de Brecha					
		Participación INACAL	U.E./DGRC	* MMC			2 U.E./R		
		Procesos de Certificación	U.E./DGRC	* Normas					

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Ma. Célida Borca	Asesora en Gestión y Evaluación de la Calidad		
Revisado por:	DGRC	Equipo Asesor		
Aprobado por:	Dr. Pablo Ferra	Director		

MATRIZ DE OBJETIVOS *Planificación Estratégica*

FODGRC-1.0-01

Versión 01

Página 1 de 1

SERVICIO/UNIDAD

DGRC

AÑO

2018

Objetivo General	Objetivo Específico/ Operativo	Actividad a desarrollar	Responsable	Recursos necesarios	Fecha Prevista	Indicador		Seguimiento	
						Valor Partida	Valor Meta	Fecha Ejecución	Resultado Alcanzado/ Evidencia

Una buena estrategia debe:

- ✓ Ser capaz de alcanzar el objetivo deseado.
- ✓ Realizar una buena conexión entre el entorno y los recursos de una organización ; debe ser factible y apropiada a mi realidad.
- ✓ Dinámica, flexible y capaz de adaptarse a las situaciones cambiantes.
- ✓ Debe ser medible en términos de su efectividad

2. Desarrollo de las Personas



El desarrollo de las personas que integran una organización influye de forma directa en el cumplimiento de los objetivos planteados y en la calidad de los servicios prestados.

Una persona formada y motivada logra ser productiva, exitosa y comprometida con lo que hace en su trabajo.

Crear y promover políticas orientadas en potenciar el desarrollo personal y profesional de las personas que integran los equipos de salud debe ser un desafío continuo de quienes lideran procesos y servicios de una organización.

Aborda los siguientes conceptos

Desarrollo
de las
Personas

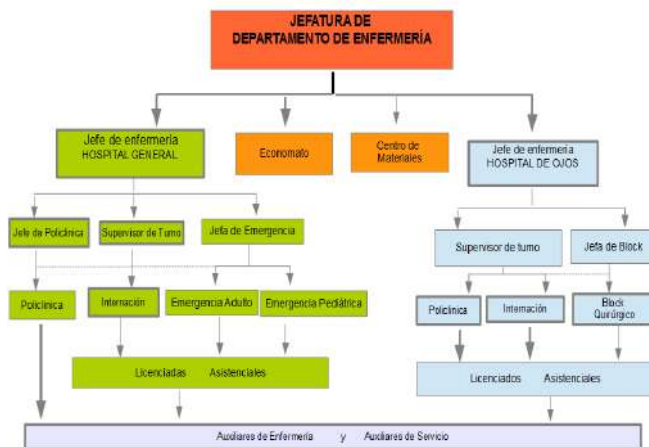
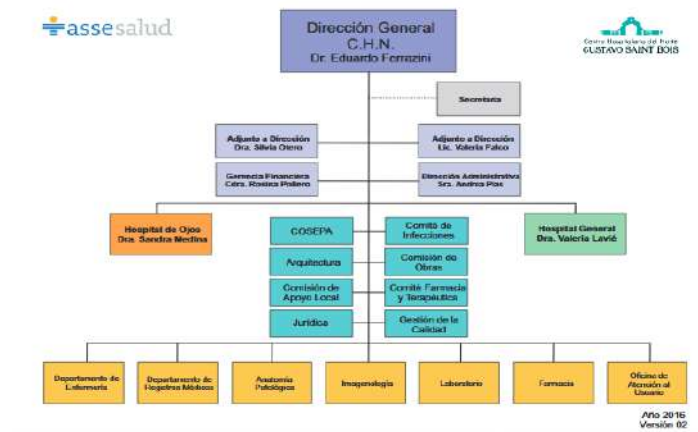
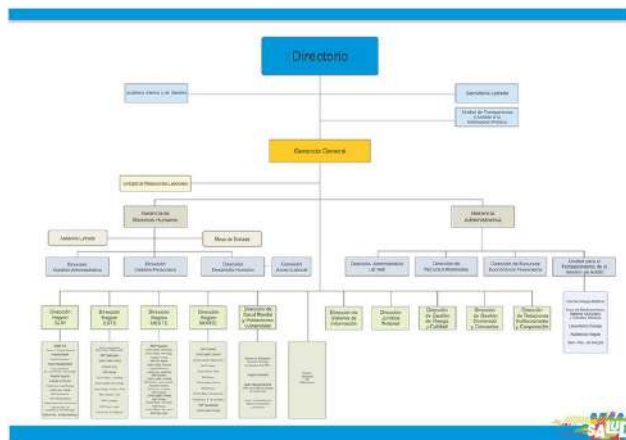


Definición de Organigrama

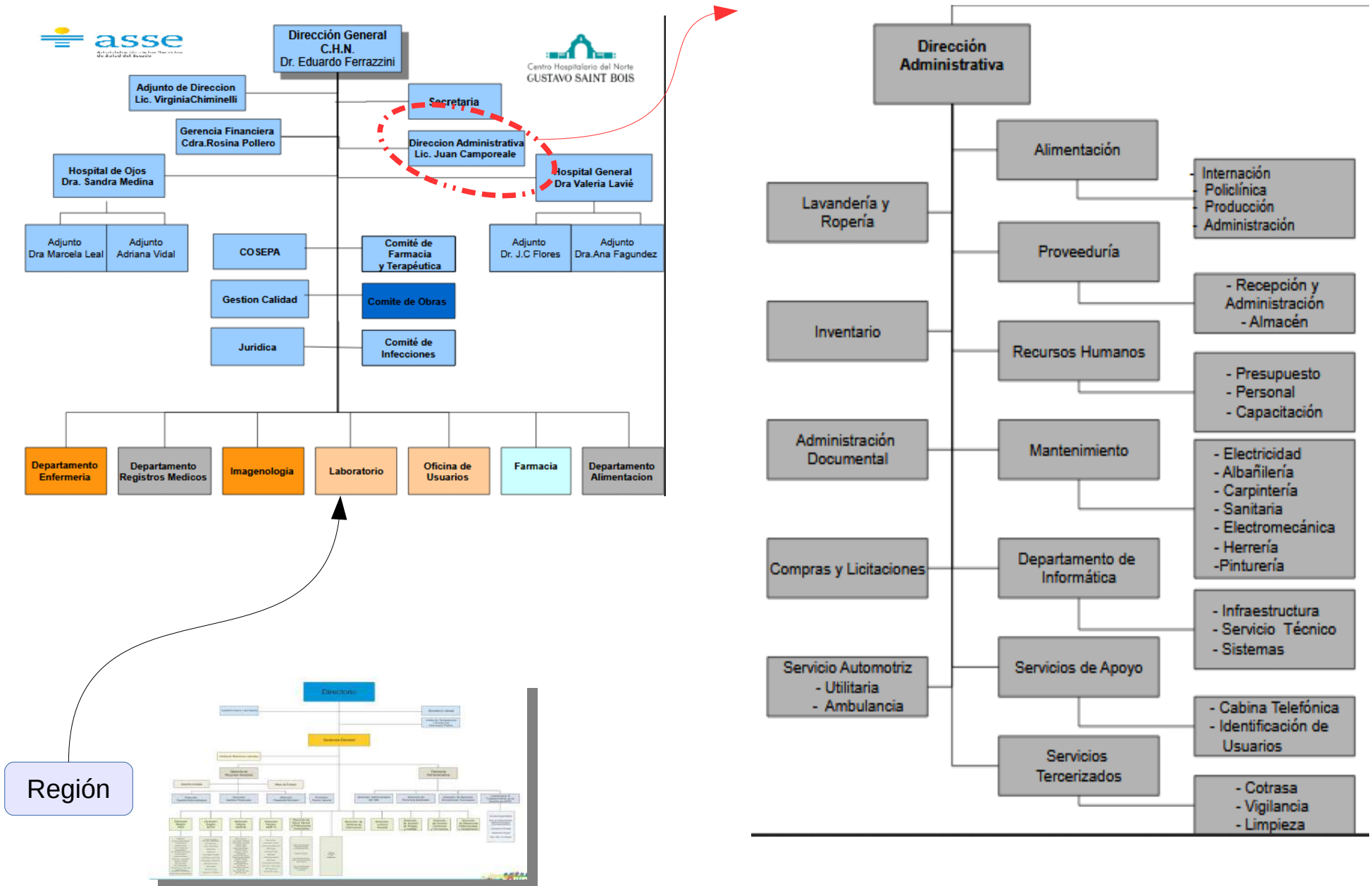
El Organigrama, es la representación gráfica de todas las áreas que integran la organización, los cargos que lo comprenden, sus diferentes niveles de jerarquía y la relación que ellos mantienen.

Al planificar la comunicación interna y el flujo de trabajo, estructurar un organigrama es fundamental para agilizar los procesos.

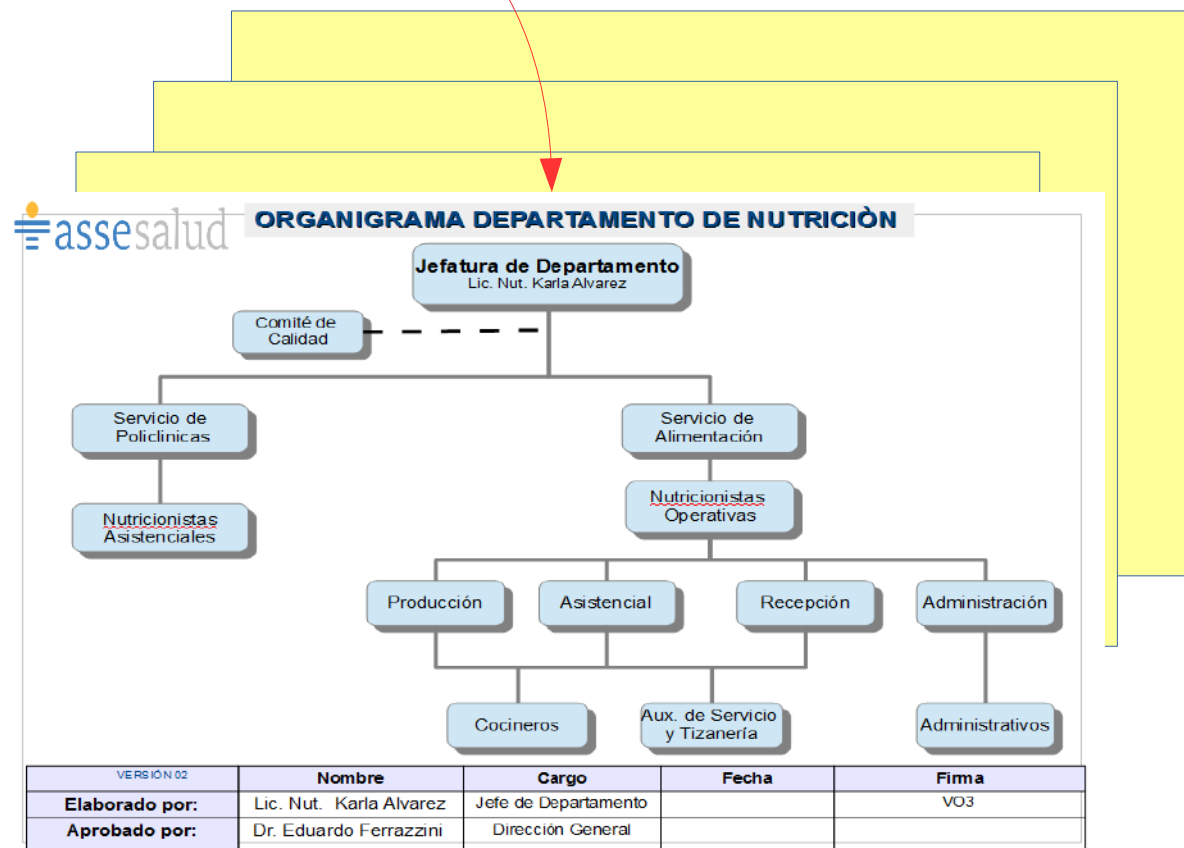
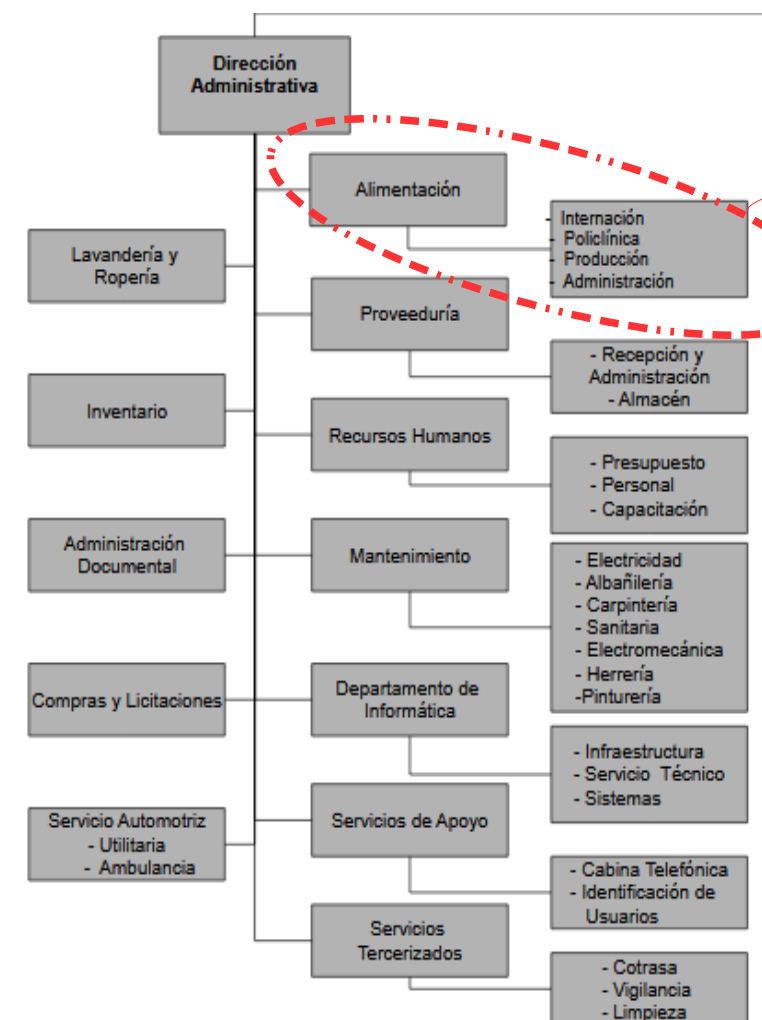
- Organigrama de todo el Hospital o Unidad
- Organigrama de cada Servicio



Organigrama



Definición de Organigrama



Definición de Perfiles de Cargo

Confeccionar un perfil nos permite llegar a conclusiones sobre lo que necesitamos en nuestra organización y por lo tanto nos ayuda a orientar procesos de selección y capacitación, entre otros, facilitando el desarrollo de las personas y consecuentemente, contribuyendo al logro y consecución de los objetivos organizacionales.

Componentes (mínimos) de un perfil de cargo :

- *Nombre del Cargo*

Necesario para conocer la ubicación del cargo en la estructura organizacional.

- *Interrelación Jerarquía*

El nombre del cargo que supervisa su desempeño y nombre del cargo/s a ser supervisado.

- *Objetivo General del Cargo*

Da cuenta del ámbito de responsabilidad del mismo.

- *Descripción de Tareas*

Establece el tipo de funciones y acciones concretas que se deben desarrollar para dar cumplimiento al propósito

- *Requisitos (formación, experiencia y habilidades)*

Refiere a la formación, las experiencia y habilidades requerida para cubrir el cargo.

"NOMBRE DEL SERVICIO"

Nombre del Cargo:

Relaciones de Dependencia:

Depende de: _____

A su cargo: _____

Objetivo general del cargo:

•

Responsabilidades y tareas relevantes:

•

•

Requisitos para el cargo

> Formación:

> Aptitudes y Habilidades:

> Experiencia:

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Ma. Cécila Borca	Asesora en Gestión y Evaluación de la Calidad		
Revisado por:	DGRC	Equipo Asesor		
Aprobado por:	Dr. Pablo Ferra	Director		



"NOMBRE DEL SERVICIO"

Nombre del Cargo:

Relaciones de Dependencia:

Depende de: _____

A su cargo: _____

Objetivo general del cargo:

•

Responsabilidades y tareas relevantes:

•

•

Requisitos para el cargo

> Formación:

> Aptitudes y Habilidades:

> Experiencia:

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Ma. Célca Borca	Asesora en Gestión y Evaluación de la Calidad		
Revisado por:	DGRC	Equipo Asesor		
Aprobado por:	Dr. Pablo Ferra	Director		

Los documentos de calidad deben especificar el cargo y nombre de las personas responsables de su elaboración, revisión, aprobación y fecha correspondiente. Esta información podrá ser incorporada en el pie de pagina del documento.

Descripción y Perfil de Cargo Dirección Administrativa

Revisión 02 | Página 11 de 11

Descripción del cargo

Nombre del Cargo: Dirección Administrativa

Relaciones de Dependencia:

Depende de: Dirección General del CHN

A su cargo: Administración Documental, Oficina de Personal Presupuesto, Afiliaciones, Oficina de Compras, Servicio de Alimentación, Centro de Informática, Proveeduría, Inventario, Servicio Automotriz, Servicio de Mantenimiento, Lavadero y Ropería, Empresas Tercerizadas (limpieza, vigilancia, 222 emergencia Cabina Telefónica.

Objetivo general del cargo:

- Ejercer la Dirección de todos los servicios administrativos a su cargo de la Unidad ejecutora y colaborar con Dirección General coordinar y supervisar el correcto funcionamiento de la Unidad Ejecutora, en vista de cumplir con los objetivos y misión de la misma.
- Colaborar con Dirección General en la fijación de las Políticas de la Unidad Ejecutora y en la determinación de los planes y programas anuales de actividades.

Responsabilidades y tareas relevantes:

- Integrar el Equipo de Gestión de la Unidad Ejecutora procurando y propiciando el trabajo en equipo.
- Coordinar su gestión con Gerencia Financiera
- Ejercer la Dirección de todos los servicios administrativos y de apoyo, supervisando y controlando las jefaturas de las unidades funcionales bajo su dependencia

Documento del Sistema de Gestión

Descripción y Perfil de Cargo Departamento de Nutrición

Descripción del Cargo

Nombre del Cargo: Jefe Departamento de Nutrición

Relaciones de Dependencia:

Depende de: Dirección Administrativa del CHN

Asu cargo: Nutrición, Producción, Administración, Asesoría, Coordinación

Objetivo general:

- > Administrar, coordinar, dirigir de Nutrición necesidades
- > Contribuir con

Responsabilidad:

- > Establecer la implementación
- > Definir la estrategia de acuerdo a las
- > Participar en la selección de la Comisión Int
- > Mantener el funcionamiento
- > Elaborar las el Departam

Documento del Sistema de Gestión

Descripción y Perfil de Cargo Departamento de Nutrición

Descripción del Cargo

Nombre del Cargo: Jefe Departamento de Nutrición

Relaciones de Dependencia:

Depende de: Dirección Administrativa del CHN

Asu cargo: Nutrición, Producción, Administración, Asesoría, Coordinación

Objetivo general:

- > Administrar, coordinar, dirigir de Nutrición necesidades
- > Contribuir con

Responsabilidad:

- > Establecer la implementación
- > Definir la estrategia de acuerdo a las
- > Participar en la selección de la Comisión Int
- > Mantener el funcionamiento
- > Elaborar las el Departam

Documento del Sistema de Gestión

Descripción y Perfil de Cargo Departamento de Nutrición

Descripción del Cargo

Nombre del Cargo: Jefe Departamento de Nutrición

Relaciones de Dependencia:

Depende de: Dirección Administrativa del CHN

Asu cargo: Nutrición, Producción, Administración, Asesoría, Coordinación

Objetivo general:

- > Administrar, coordinar, dirigir de Nutrición necesidades
- > Contribuir con

Responsabilidad:

- > Establecer la implementación
- > Definir la estrategia de acuerdo a las
- > Participar en la selección de la Comisión Int
- > Mantener el funcionamiento
- > Elaborar las el Departam

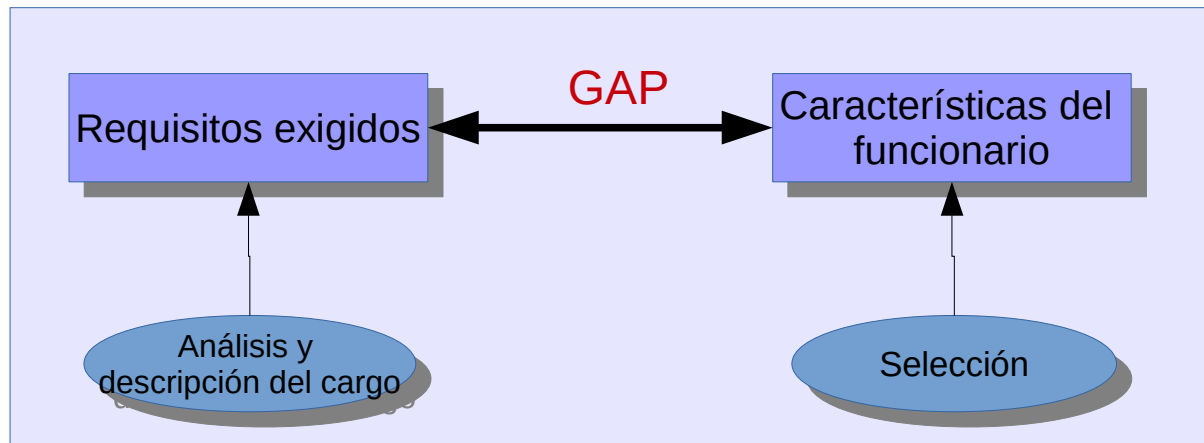
Manual de Perfiles de Cargo

Análisis de Brecha

Se realiza un **diagnóstico** de las competencias actuales que poseen los funcionarios y se comparan con las competencias requeridas por el cargo según se han definido en su correspondiente Perfil de cargo.

Este análisis de brecha es realizado **en cada funcionario** que integra el servicio, incluyendo suplentes, jefaturas y mandos medios.

Nos permite conocer de primera mano la brecha existente entre lo esperado y lo real. **Principal insumo para la elaboración de los Planes de Capacitación.**





**Análisis de la brecha existente entre formación y competencias
requeridas y las actuales de la unidad**

FO.DGRC-2.2-02

VERSIÓN 01

Página 1 de 1

SERVICIO

FECHA

/ /

CARGO:

Formación y competencias requeridas para el cargo:	Nombre del funcionario					Gap de formación y competencias
	Juan	María	Carlos	Pedro	Susana	
.						
.						
.						
.						
.						

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Ma. Célida Borca	Asesora en Gestión y Evaluación de la Calidad		
Revisado por:	DGRC	Equipo Asesor		
Aprobado por:	Dr. Pablo Ferra	Director		

CARGO: ADMINISTRATIVOS			Fecha:	09 de octubre de 2013
Requisitos de formación y competencias:	Nombre del funcionario			Gap de formación y competencias
	Stephanie Rodao	Daiana García	Leticia Perez	
• Título de administración habilitado por la UTU o MEC	√	√	√	No hay gap
• Conocimientos en normativas y reglamentos definidos por ASSE.	X	X	X	Capacitación en reglamentación de ASSE
• Manejo de programas informáticos a nivel "Operador PC"	√	√	√	No hay gap
• Ágil y dinámico	√	√	√	No hay gap
• Capacitación en calidad	X	X	X	Curso o taller en calidad

Planes de Formación

Mediante las capacitaciones se busca minimizar la brecha entre el perfil de la persona y lo requerido para el puesto de ocupa , fortalecer y actualizar la formación y habilidades necesarias para asegurar el desempeño y desarrollo de los funcionarios.

El proceso de capacitación se encuentre principalmente conformado por:

- Detección de las necesidades de capacitación: Análisis GAP
-
- Diseño de estrategias de Capacitación: Plan de capacitación
-
- Implantación de las capacitaciones: Puesta en marcha
-
- Evaluación de la Eficacia: Logro de los obejtivos



PLAN DE CAPACITACIÓN

FO.DGRC-2.2-03

Versión 01

Página 1 de 1

SERVICIO:

Período de Capacitación:

Cargo/Nombre	Objetivo de la capacitación	Nombre del Curso	Fecha previsto	Carga Horaria	Recursos necesarios	Expositor Int/Ext	Seguimiento				
							Participantes		Fechas		
							Previst	Reales	Fecha realizado	Fecha de Evaluación	Resultado Indicador
Enfermería	Mejorar la Calidad de Atención al usuario en piso de internación en materia de Seguridad del Paciente	Seguridad del Paciente	Junio	8 hs	Convenios Becas Horas com. R.E. U.E. ASSE	DeCaSePa	10				
Jefatura y Mandos Medios	Implementar un SGC en el servicio	Modelo de Mejora Continua	Mayo	25 hs	Convenios Becas Horas com. R. Ec. U.E. ASSE	INACAL	3				
Auxiliares de Servicio	Disminuir el índice de infecciones IH	Lavado de Manos	Agosto	3 hs	Salón Proyector	Comité de Infecciones	20				

Elaborado por:

Última Actualización:

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Ma. Cécica Borca	Asesora en Gestión y Evaluación de la Calidad		
Revisado por:	DGRC	Equipo Asesor		
Aprobado por:	Dr. Pablo Ferra	Director		

PLAN DE CAPACITACIÓN

FO.DGRC-.2.2-03

Versión 01

Página 1 de 1

SERVICIO:

Periodo de Capacitación:

Cargo/Nombre	Objetivo de la capacitación	Nombre del Curso	Fecha previsto	Carga Horaria	Recursos necesarios	Expositor Int/Ext	Seguimiento				
							Participantes		Fechas		
							Previst	Reales	Fecha realizado	Fecha de Evaluación	Resultado Indicador

Elaborado por:

Ultima Actualización:

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Ma. Célica Borca	Asesora en Gestión y Evaluación de la Calidad		
Revisado por:	DGRC	Equipo Asesor		
Aprobado por:	Dr. Pablo Ferra	Director		

Procesos de Inducción

Es la instancia donde la persona podrá **conocer la organización en su conjunto y el funcionamiento del servicio en particular.**

El proceso de inducción deberá ser especialmente diseñado **para cada rol.**

Debe ser aplicado a todos los funcionarios que ingresan a la unidad, ya sea por primera vez o por movilidad dentro de la organización.


Podrá estar orientado **en el campo del trabajo práctico:** reconocimiento del lugar y pares, capacitación en la tarea, procedimientos operativos, estructura funcional, normativas del servicio;

Así como también en otros **aspectos mas generales** :cultura de la organización, visión y misión, política institucional, aspectos vinculados al recurso humano (normativas,etc).



Elaborar un plan de inducción que contemple los siguientes componentes, permitirá ordenar y sistematizar el desarrollo todo proceso de inducción:

- Nombre del cargo
- Responsable de la inducción
- Período de la inducción
- Áreas en las que será orientado
- Documentos a proporcionar

	Documento del Sistema de Gestión de Calidad	FO.DGRC-2.2-05
	PLAN DE INDUCCIÓN	Versión 01
		Página 1 de 1

"NOMBRE DEL SERVICIO"	
------------------------------	--

CARGO A DESEMPEÑAR:	
----------------------------	--

1. ALCANCE Y DESARROLLO DE LA INDUCCIÓN:

1.1. En el servicio:

La inducción consistirá en rotaciones por las diferentes actividades que se desarrollan en el servicio (se citan a modo de ejemplo):

Rotación 1: Tareas administrativas (descripción)

Rotación 2: Ventanilla (descripción)

Rotación 3: Actividades externas (descripción)

Rotación 4: Sistema de Gestión de Calidad (descripción)

Período de Inducción:	
Responsable:	

1.2. En toda la Unidad:

Actividades:

-
-

Período de Inducción:	
Responsable:	

2. DOCUMENTOS A PROPORCIONAR:

2.1. Propios del servicio

2.2. Del Centro Hospitalario

2.3. Acuerdo de Comportamiento

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Ma. Cética Borca	Asesora en Gestión y Evaluación de la Calidad		
Revisado por:	DGRC	Equipo Asesor		
Aprobado por:	Dr. Pablo Ferrá	Director		

REGISTRO DE INDUCCIÓN

Versión 01

Página 1 de 1

SERVICIO:

Nombre del nuevo funcionario	Cargo	Fecha de Ingreso	Período de Inducción		Responsable de la Inducción	Efectividad de la Inducción		Firma Funcionario instruido
			Fecha de Inicio	Fecha de Finalización		Aceptable	No aceptable	



Evidencia.....

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Ma. Célica Borca	Asesora en Gestión y Evaluación de la Calidad		
Revisado por:	DGRC	Equipo Asesor		
Aprobado por:	Dr. Pablo Ferra	Director		

4. Gestión por Procesos

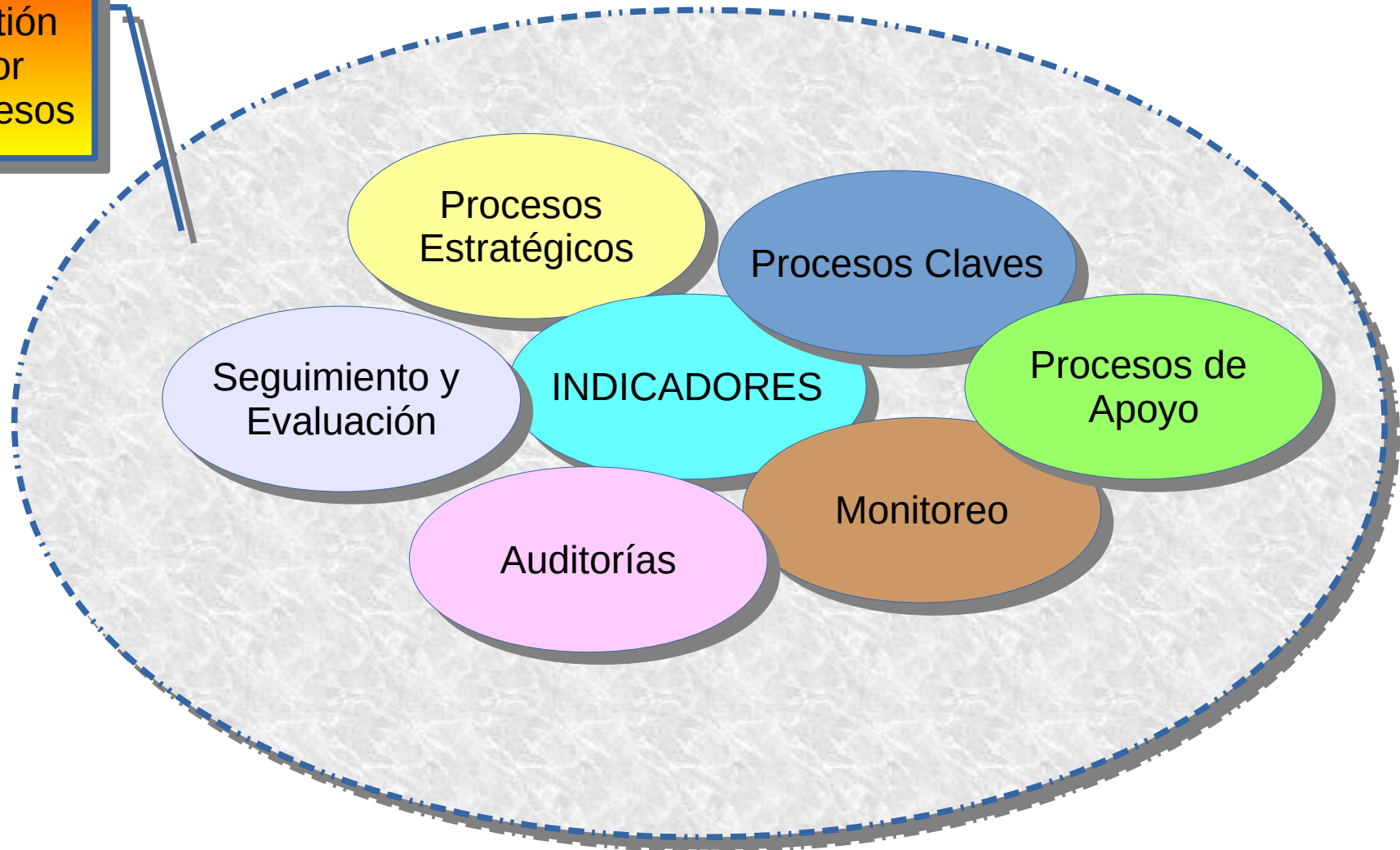


La Gestión por Procesos es una disciplina de gestión compuesta de metodologías, cuyo **objetivo es mejorar el desempeño (eficiencia y eficacia) y la optimización de los procesos de una organización.**

La **identificación y mejora de los procesos**, es esencial para la mejora de la calidad de los servicios prestados. La revisión de los procesos se debe realizar de forma continua para **mejorarlos y/o eliminar aquellos que no aporten valor.**

Aborda los siguientes conceptos

Gestión
por
procesos



PROCESO

Un proceso es cualquier actividad, o conjunto de actividades ligadas entre sí que utiliza recursos y controles para transformar **elementos de entrada** (especificaciones, recursos, información, servicios) **en resultados** (otras informaciones, servicios).

Los resultados de un proceso han de tener un **valor añadido** respecto a las entradas y pueden constituir directamente elementos de entrada del siguiente proceso.



Componentes de un Proceso

Objetivo: Define cual es la finalidad de dicho proceso

Alcance: Determine el inicio y el fin en el que proceso se encuentra inmerso

Elementos de entrada y salida:

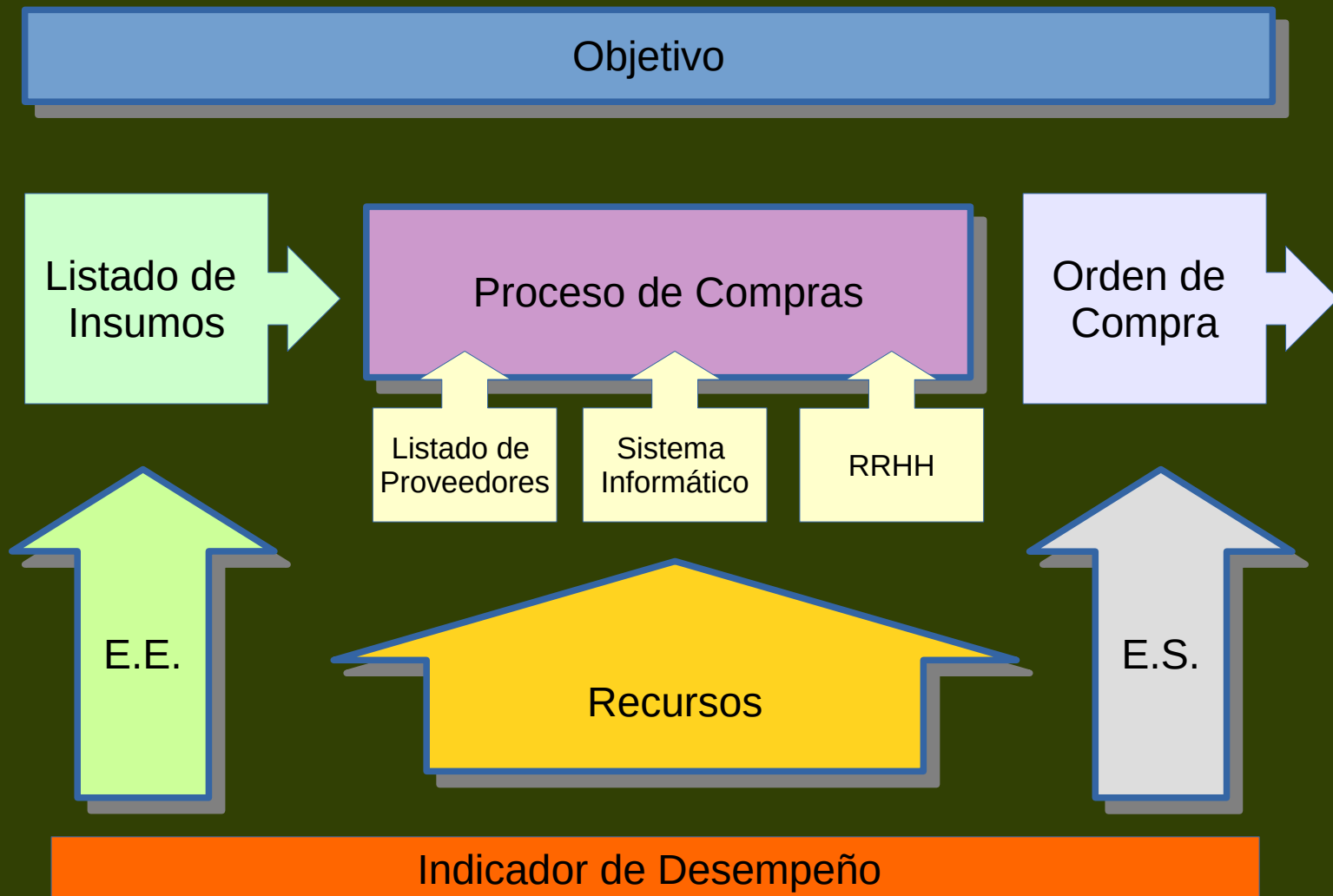
- Elementos de entrada; componente que será procesado mediante una serie de actividades y recursos para ser transformado en el elemento de salida.
- Elementos de Salida; producto o servicio obtenido como resultado del proceso desarrollado, que cumple con con los requisitos establecidos por el sistema y/o el usuario

Recursos: Hace referencia a todo aquello de lo que requiere el proceso para su correcto funcionamiento ya sean recurso Materiales o Humanos.

Diagrama de Flujo (opcional): Es una representación gráfica que contiene a cada una de las actividades del proceso enlazadas entre si distinguiéndose los elementos de entrada y salida.

Indicador de desempeño: es un instrumento de medición de las principales variables asociadas al cumplimiento de los objetivos y que a su vez constituyen una expresión cuantitativa y/o cualitativa de lo que se pretende alcanzar con un objetivo específico establecido.

Ejemplo: Proceso de Compras



Gestión por Procesos

La Gestión por Procesos es una herramienta fundamental para el desarrollo de todo sistema de Gestión de Calidad.

Involucra las siguientes acciones:

- ✓ *Identificación de los Procesos*
- ✓ *Descripción de los Procesos*
- ✓ *Existencia de Registros*
- ✓ *Difusión y Disponibilidad de los documentos*
- ✓ *Definición de Indicadores que midan el desempeño de los procesos*
- ✓ *Instancias de revisión y re diseños de los procesos (auditorias internas)*

Gestión por Procesos

- ✓ *Identificación de los Procesos* ←
- ✓ *Descripción de los Procesos*
- ✓ *Existencia de Registros*
- ✓ *Difusión y Disponibilidad de los documentos*
- ✓ *Definición de Indicadores que midan el desempeño de los procesos*
- ✓ *Instancias de revisión y re diseños de los procesos (auditorías internas)*

Los procesos pueden clasificarse en :

- 1. procesos estratégicos*
- 2. procesos claves/operativos*
- 3. procesos de apoyo*

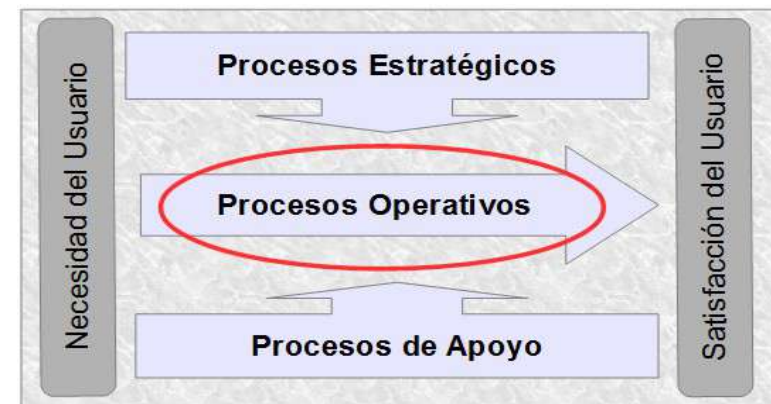


Procesos Claves

Los procesos claves están en relación directa con la misión de la organización.

Son procesos operativos necesarios para la realización del producto o servicio brindado, a partir de los cuales el usuario percibir y valorar la calidad.

Son también denominado procesos de prestación de servicios.



Procesos Claves

Servicio	Proceso
Oficina de Compras	Compras : licitación, directa, convenio Marco, otros
	Gestión de Reclamos a proveedores
	Evaluación a Proveedores
	Facturación
	Ordenes de Compra por UCA
	Contratación de servicios
Recursos Humanos	Llamados concurso
	Altas y bajas de vacantes
	Gestión de Licencias
	Inducción del Personal
Departamento de Alimentación	Elaboración del Plan alimenticio
	Recepción y almacenamiento de insumos
	Control de temperatura de alimentos
	Distribución de alimentos en piso de internación
	Atención en Policlínica
	Acondicionamiento de carro de alimentos
Oficina de Atención al Usuario	Información y orientación al usuario
	Recepción, tratamiento y seguimiento de sugerencias, quejas y agradecimientos.
	Encuestas de Satisfacción

Procesos Estratégicos

Los procesos estratégicos están vinculados a la toma de decisiones, destinados a definir y controlar las metas de la organización, sus políticas y estrategias.

Soportan la toma de decisiones sobre planificación, estrategias, mejoras en la organización y proporcionan directrices para el resto de los procesos.

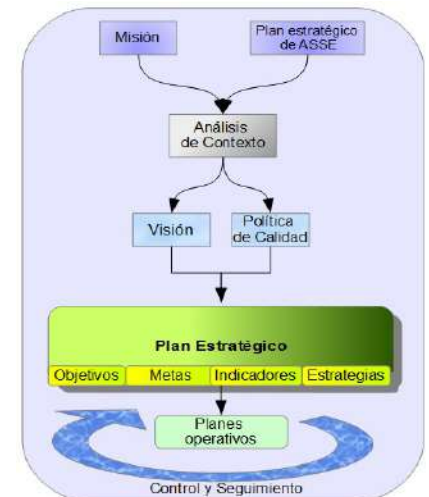
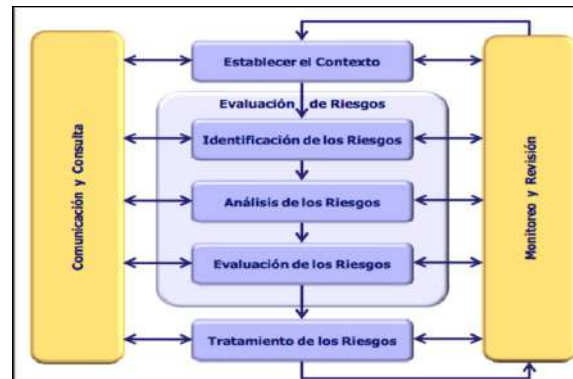
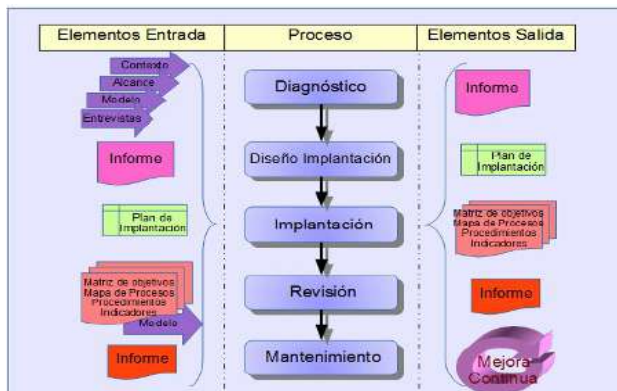
La Misión, Visión y Política de la Organización, son el principal marco de referencia para el diseño de los procesos estratégicos.



Procesos Estratégicos

Ejemplo de procesos estratégicos :

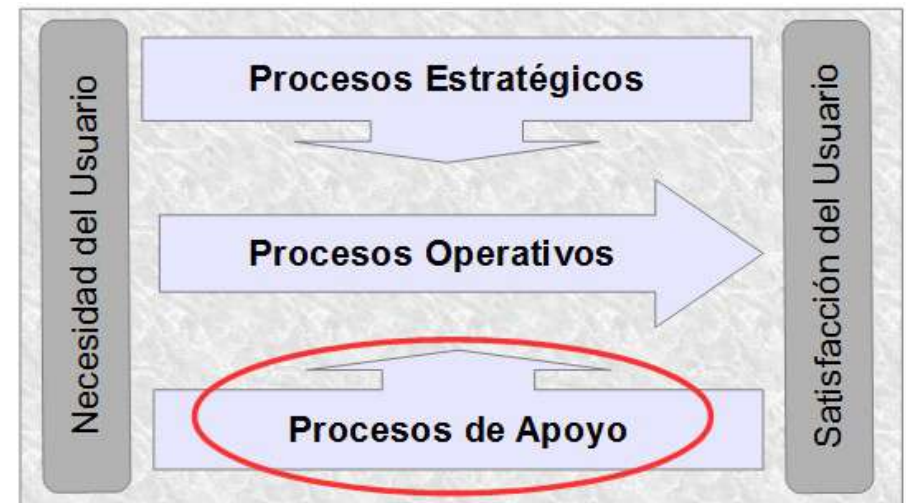
- Proceso de Implantación del S.G.C.
- Diseño del Plan Estratégico.
- Medición, evaluación y seguimiento del SGC- Indicadores.
- Implantación de Gestión del Riesgo.
- Proceso de Mejora Continua.



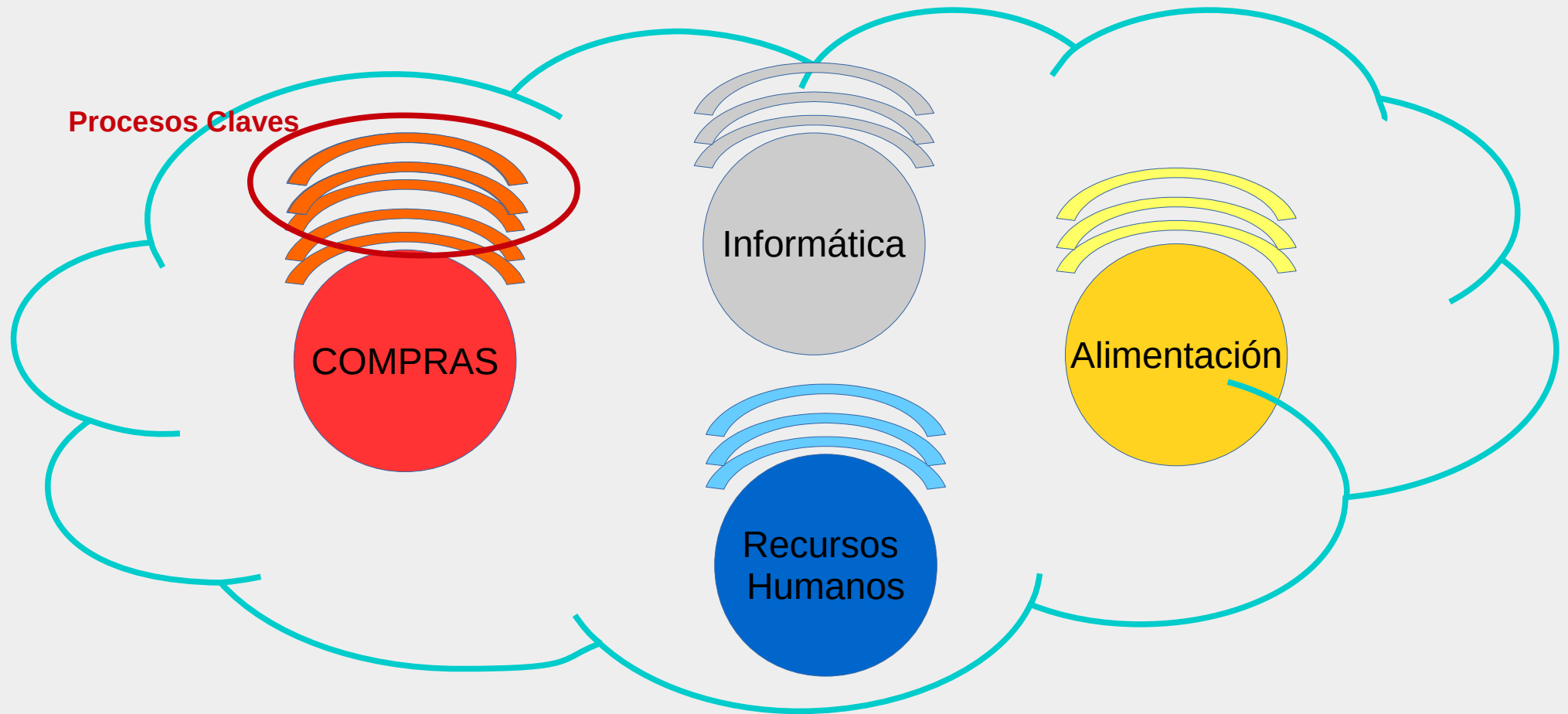
Procesos de Apoyo

Los procesos de apoyo son los procesos responsables de proveer a la organización y/o servicios los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos y los procesos claves (recursos humanos, recursos materiales, sistemas de información).

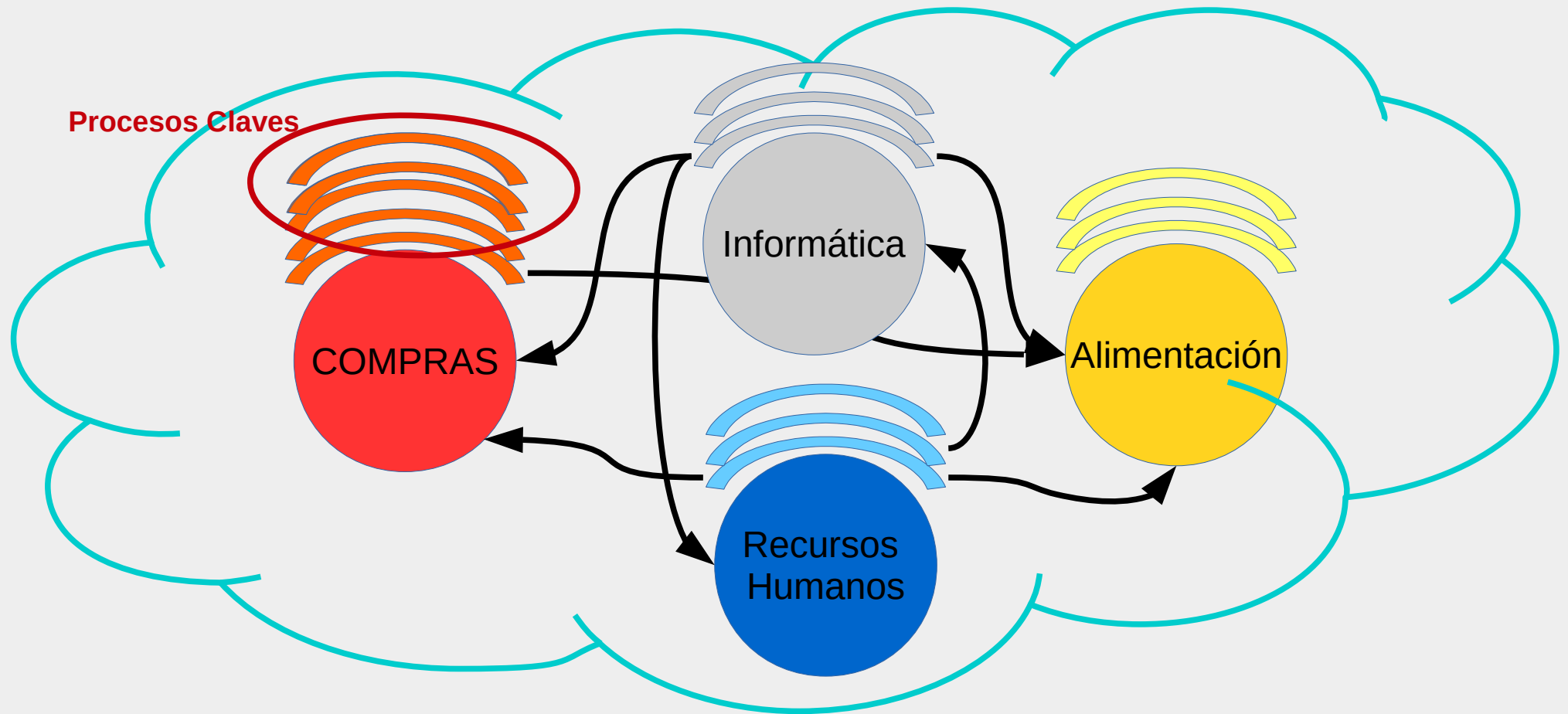
La organización debe identificar los recursos de los que no dispone internamente e identificar los servicios responsables de proveer mencionados recursos, para asegurar su disponibilidad en tiempo y forma.



Procesos de Apoyo

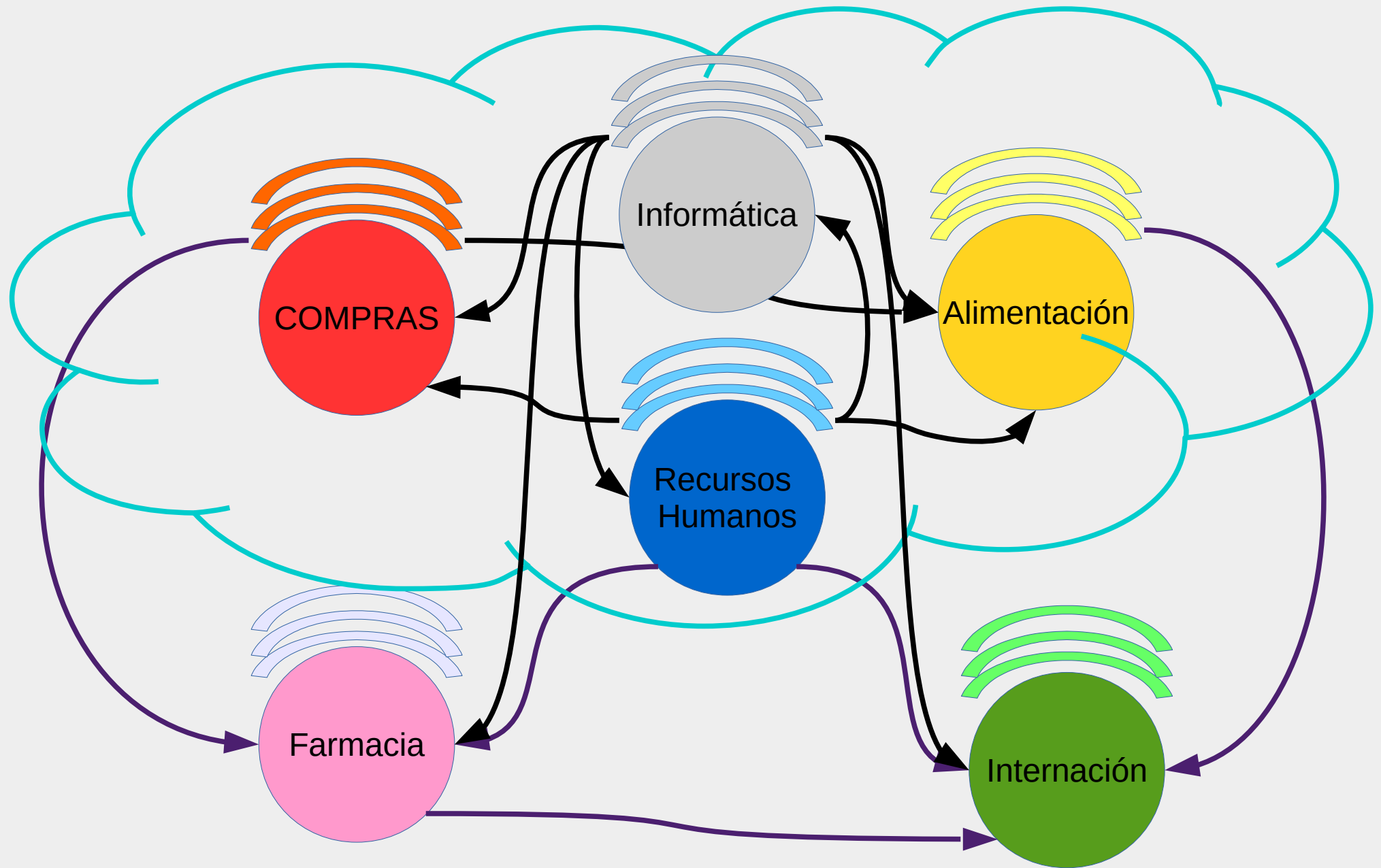


Procesos de Apoyo



Los procesos Claves se transforman en procesos de Apoyo

Procesos de Apoyo




Gestión por Procesos

- ✓ *Identificación de los Procesos*
- ✓ *Descripción de los Procesos* ←
- ✓ *Existencia de Registros*
- ✓ *Difusión y Disponibilidad de los documentos*
- ✓ *Definición de Indicadores que midan el desempeño de los procesos*
- ✓ *Instancias de revisión y re diseños de los procesos (auditorías internas)*

Un **PROCEDIMIENTO** es la descripción de forma específica de llevar a cabo un proceso o una parte del mismo.

Estos documentos deben estar perfectamente definidos y documentados, señalando las responsabilidades de cada persona que interviene en el proceso descrito.

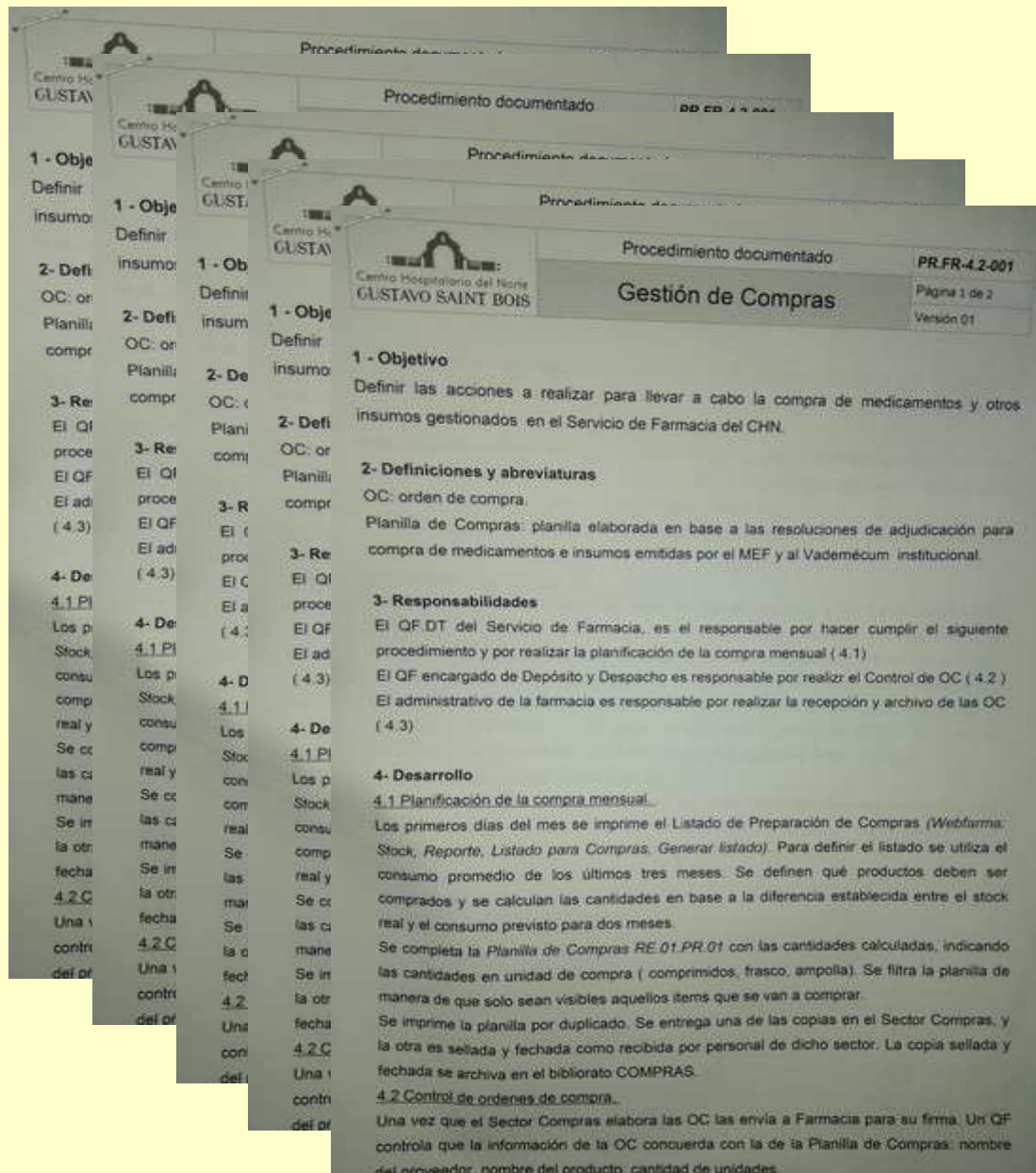
	Procedimiento Documentado	PR.DGRC.4.1-01
	"Nombre del Procedimiento"	Página <u> </u> de <u> </u>
		Versión <u> </u>

1. **Objetivo**
-
2. **Alcance**
3. **Referencias**
4. **Definiciones y abreviaturas**
5. **Responsabilidades**
6. **Desarrollo**
 - 6.1.
 - 6.2.
 - 6.3.
7. **Registros generados**
8. **Histórico de modificaciones**

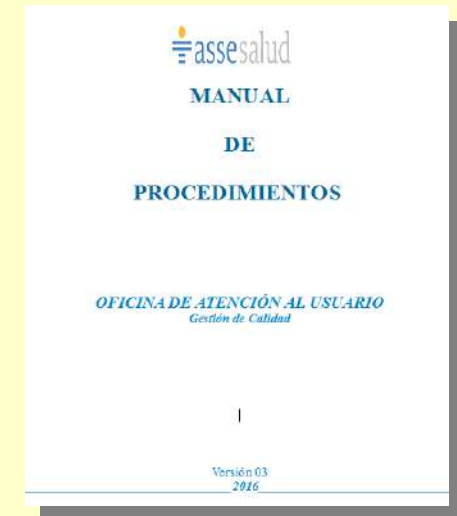
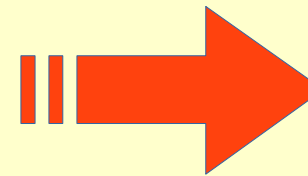
Versión	Fecha	Modificaciones
00		Primera emisión

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Ma. Célica Borca	Asesora en Gestión y Evaluación de la Calidad		
Revisado por:	DGRC	Equipo Asesor		
Aprobado por:	Dr. Pablo Ferra	Director		

Gestión por Procesos



- ✓ Identificación de los Procesos
- ✓ Descripción de los Procesos ←
- ✓ Existencia de Registros
- ✓ Difusión y Disponibilidad de los documentos
- ✓ Definición de Indicadores que midan el desempeño de los procesos
- ✓ Instancias de revisión y re diseños de los procesos (auditorías internas)



Procesos

En ocasiones y dependiendo de la complejidad del servicio (estructura funcional y cantidad de actividades que realiza), **describir todos los procesos** que se llevan a cabo, podría llegar a ser una tarea muy engorrosa y demandar muchas horas de trabajo y esfuerzo.

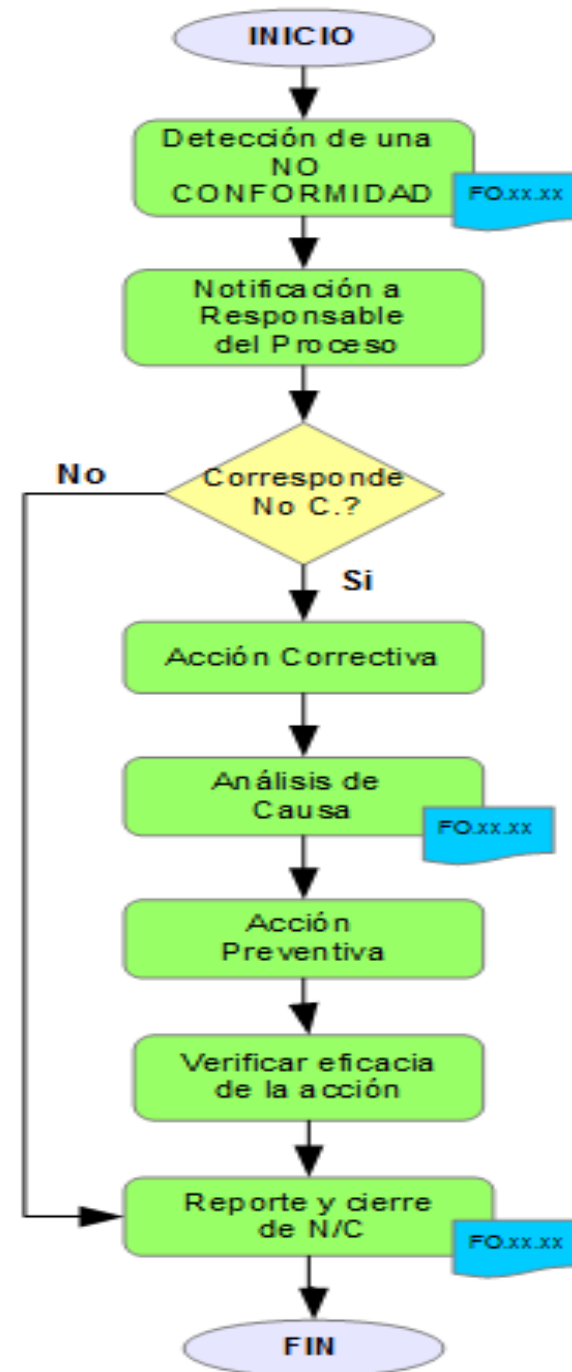
En estos casos, se recomienda **identificar y profundizar en el desarrollo de los procesos prioritarios**, que incidan directamente sobre el cumplimiento de los objetivos planteados y la satisfacción del usuario.



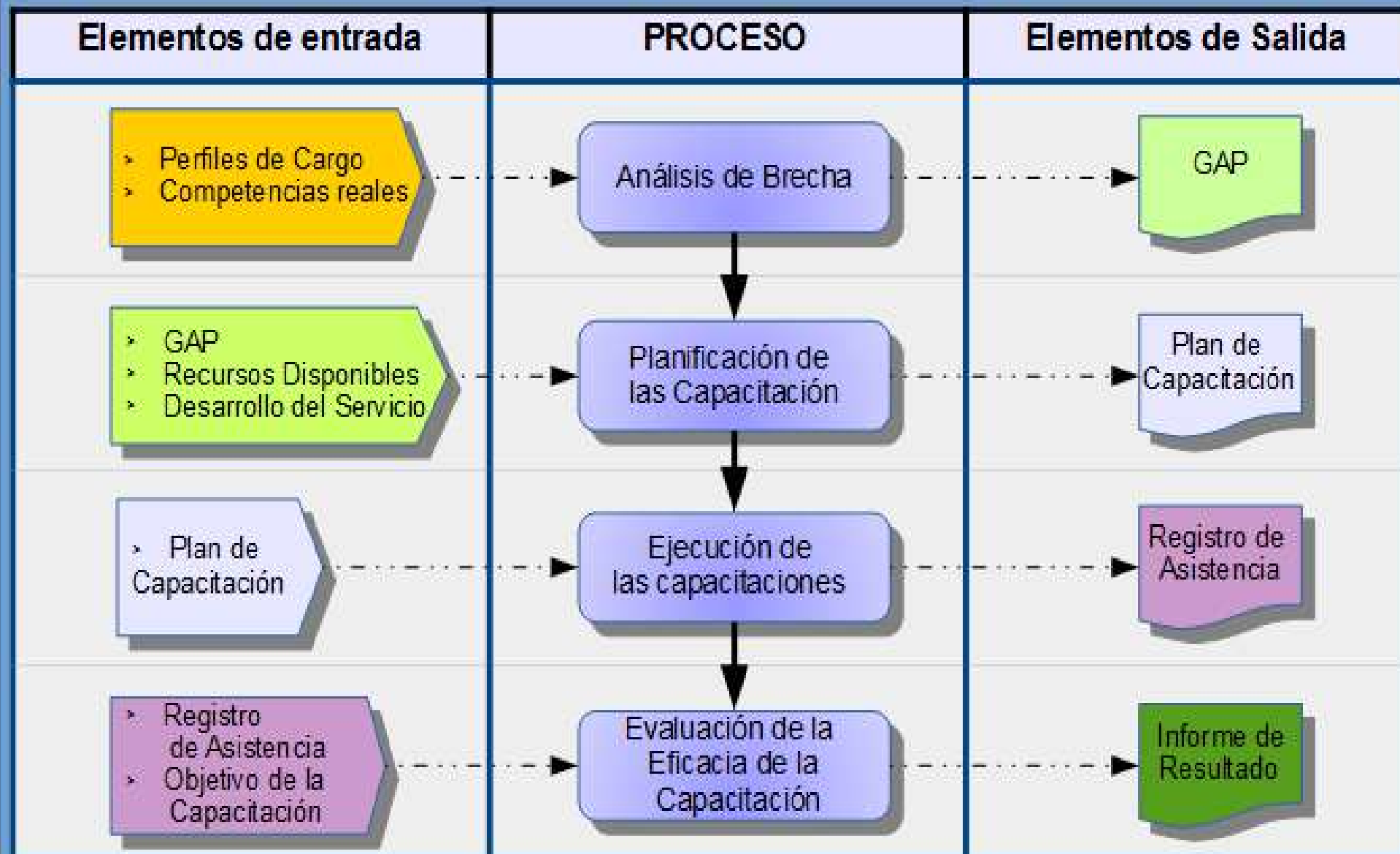
Diagrama de Flujo

Tratamiento de las No Conformidades

Símbolo	Acción
	Inicio / Final
	Proceso / Etapa
	Decisión
	Línea de Flujo
	Registro que se genera



Componentes del Proceso de Capacitación



Mapa de Procesos


Una organización puede describirse como un conjunto de procesos interconectados, que pueden plasmarse por escrito en un diagrama denominado Mapa de Procesos.

Generalmente la salida de un proceso, son los elementos de entrada para el proceso siguiente, y así sucesivamente, de modo que se constituye una red de procesos.

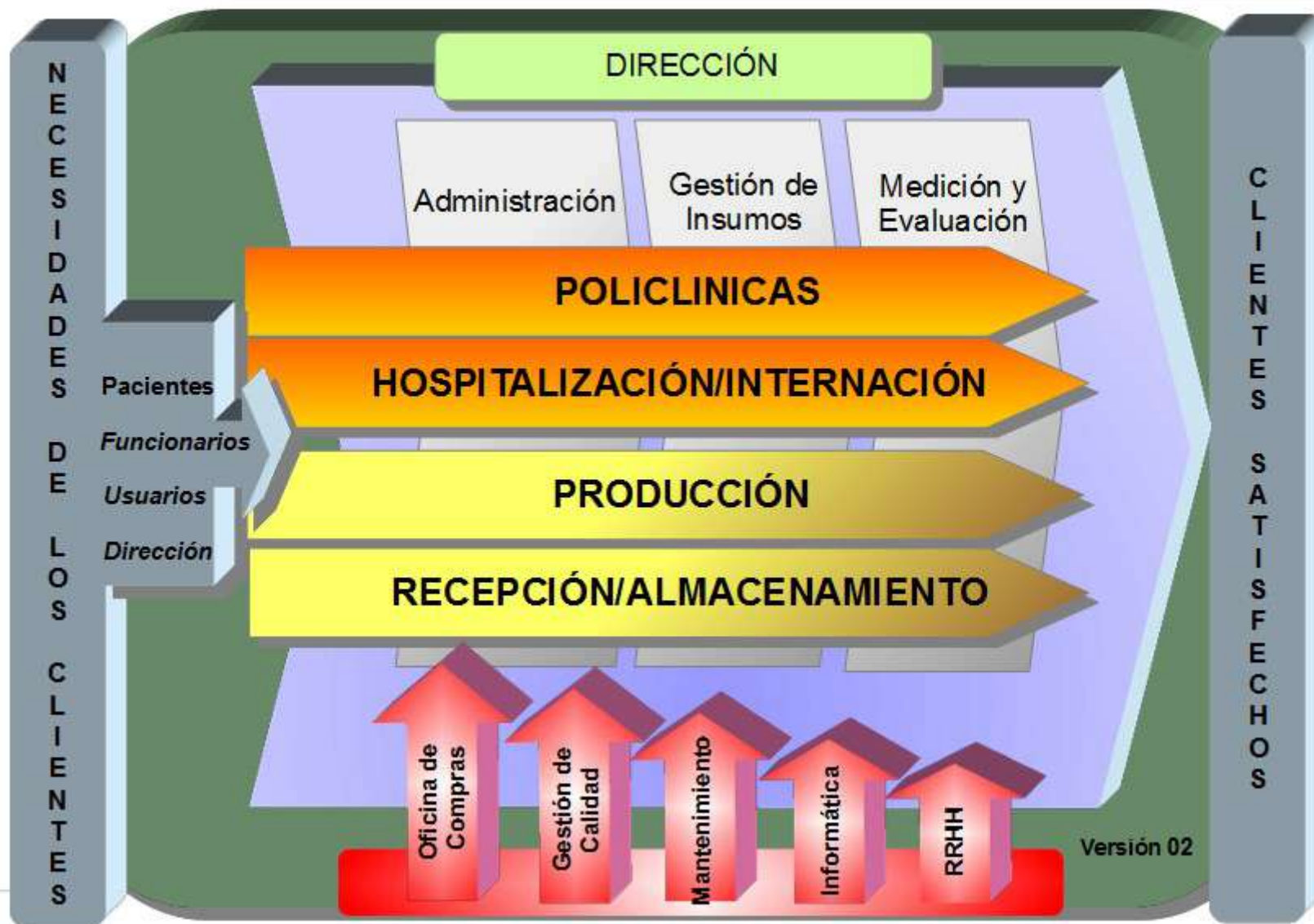
El Mapa de Procesos sirve para tener una visión clara de las actividades que aportan valor al servicio recibido finalmente por el usuario.



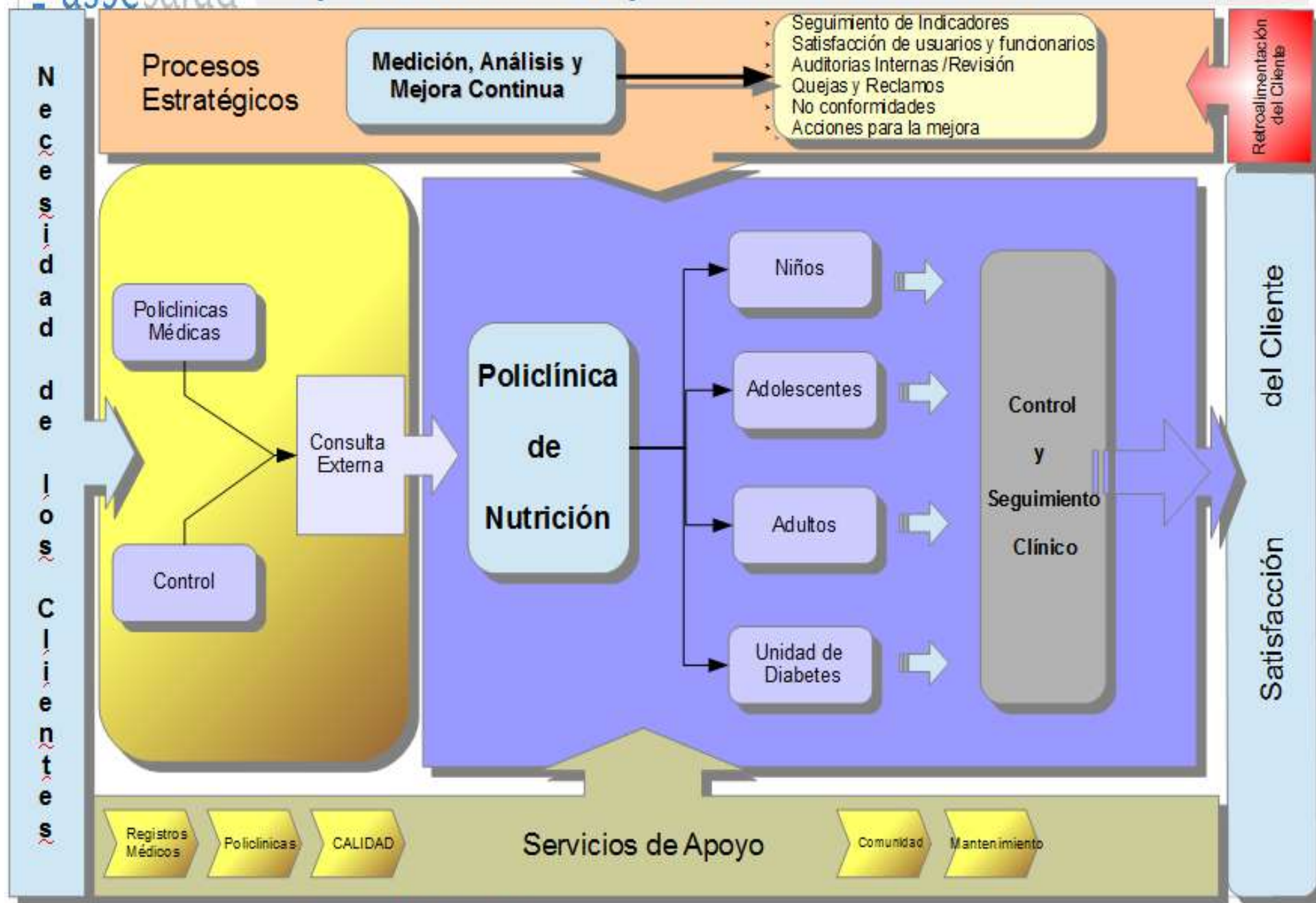
Mapa de Procesos

						
<p>Documento del Sistema de Gestión de Calidad</p> <p>Descripción de Procesos de Oficina de Personal</p> <p>Página de Versión 00</p>						
Nombre del Proceso	Descripción	CLIENTE	Elemento de Entrada	Elemento de Salida	Documentación referida (proce,apoyos,requisitos)	Responsable del Proceso
VENTANILLA	Información general (saludos de licencias, etc)	Funcionarios Jefe de Servicio	Consultas varias de funcionarios	Información	N/A	
	Notificaciones varias (resoluciones, calificaciones, etc)	Funcionarios Jefes de Servicios	Registro de la Notificación	Notificación comunicada, firma de funcionario		
	Recepción de solicitud de licencias, certificaciones, actuaciones funcionales, constancias de actividad, recepción de bajas, renuncias.	Funcionarios	Solicitudes de funcionarios	Formularios de licencias, certificaciones, etc		
	Inscripción de llamados Públicos e información del proceso.	Postulantes	Requisitos de inscripción y documentación probatoria	-Constancia y registro de inscripción -Carpeta del llamado correspondiente		

INGRESOS Y EGRESOS	Altas y bajas de vacantes por Comisión de apoyo 068	Dirección	-Baja de la vacante -Solicitud de Dirección de cubrir la vacante	-Baja del cargo -Alta del cargo (vacante cubierta) -Legajo del cargo	PR.RH-4.2-02	
	Altas y bajas de vacantes por Art. 256	Dirección	-Baja de la vacante (renuncia, fallecimiento, despido) -Solicitud de Dirección de cubrir la vacante -Lista de Ranking homologada	-Baja del cargo -Alta del cargo (vacante cubierta) -Contrato y legajo del nuevo funcionario	PR.RH-4.2-01 Flujograma	
	Llamados a concursos	Dirección	-Solicitud formal de efectuar el llamado -Renovación de llamado -Especificaciones del llamado	Publicación oficial del llamado	PR.RH-4.2-03 FO.RH-42-08 FO.RH-42-04	
TRÁMITE INTERNO	Tratamiento de Licencias	-Funcionario -Dirección -Jefe de servicio	Solicitud de licencia de funcionario	Licencia autorizada e ingresada en el legajo		
	Relevamiento de Horas de empresas tercerizadas	-Oficina de compras -Gerencia Financiera	FsAcceso	Informe de horas efectuadas por el personal		
	Notas varias	Todos	Solicitud o necesidad de	Nota		



Mapa de Procesos Departamento de Nutrición



Mapa de Procesos Departamento de Nutrición



INTERRELACIÓN DE LOS PROCESOS

Dirección

Comité de Calidad

G.F.

*PR.GF.4.2-05
*PR.GF.4.2-04
*PR.GF.4.2-03

PR.AU-4.2-01

PR.CHN-2.3-01

PR.AU-4.2-04

FO.AU-4.2-10

*PR.CHN-4.2-10
*PR.CHN-1.5-01
*PR.CHN-2.4-01
*PR.CHN-4.2-01
*PR.CHN-4.2-02
*PR.CHN-4.2-06

Atención al Público

FO.AU-4.2-05

PR.CHN-5.2-02

PR.CHN-1.4-01

Listado
Pacientes
Internados

Guía
de
Referencia

Cartilla
de Derechos
y Obligaciones

FO.AU-4.2-04

OAU

**Medición,
análisis y mejora**

PR.AU-4.2-06

PR.AU-4.2-02

PR.AU-4.2-03

Administración

PR.AU-4.2-07

PR.CHN-5.4-01

PR.CHN-4.2-04

PR.CHN-5.1-01

PR.CHN-5.2-01

PR.AU-4.2-05

PR.AU-4.2-04

Registros
Médicos

PR.AG-4.2-06
PR.AG-4.2-06

CO.SE.PA

PR.CSP-4.2-01

RR.HH.

*PR.RH-4.2-01
*PR.RH-4.2-02
*PR.RH-4.2-03
*PR.RH-4.2-05
*PR.RH-4.2-07
*PR.RH-4.2-08

Fuente: Hospital Saint Bois

SALUD

Procesos
Estratégicos

Medición, Análisis y
Mejora Continua

- Seguimiento del Indicador XI y XII
- Satisfacción de usuarios y funcionarios
- Auditorías Internas /Revisión
- Acciones para la mejora
- Matriz de Comunicación

Retratamiento
del Cliente

N
e
c
e
s
i
d
a
d

d
e
l

U
s
u
a
r
i
o

OFICINA DE USUARIOS



REGISTROS
MÉDICOS

Hospital
General

Hospital
de Ojos

Fotocopiado
de HC

Envío de
Fotocopia de
HC a OAU

Computos

Comité
Calidad

Mantenimiento

Servicios de Apoyo

Proveeduría

Compras

Satisfacción del Usuario

Indicadores de Calidad

- ✓ *Identificación de los Procesos*
- ✓ *Descripción de los Procesos*
- ✓ *Existencia de Registros*
- ✓ *Difusión y Disponibilidad de los documentos*
- ✓ *Definición de Indicadores que midan el desempeño de los procesos*
- ✓ *Instancias de revisión y re diseños de los procesos (auditorías internas)*

Todo proceso debe poder ser medido y evaluado.

Para poder **controlar** cada uno de los procesos y los servicios que se brindan, es necesario definir **indicadores** de desempeño, que sean medidos a lo largo del tiempo.

Dichos indicadores se vincularán a los objetivos de cada Unidad o servicio.



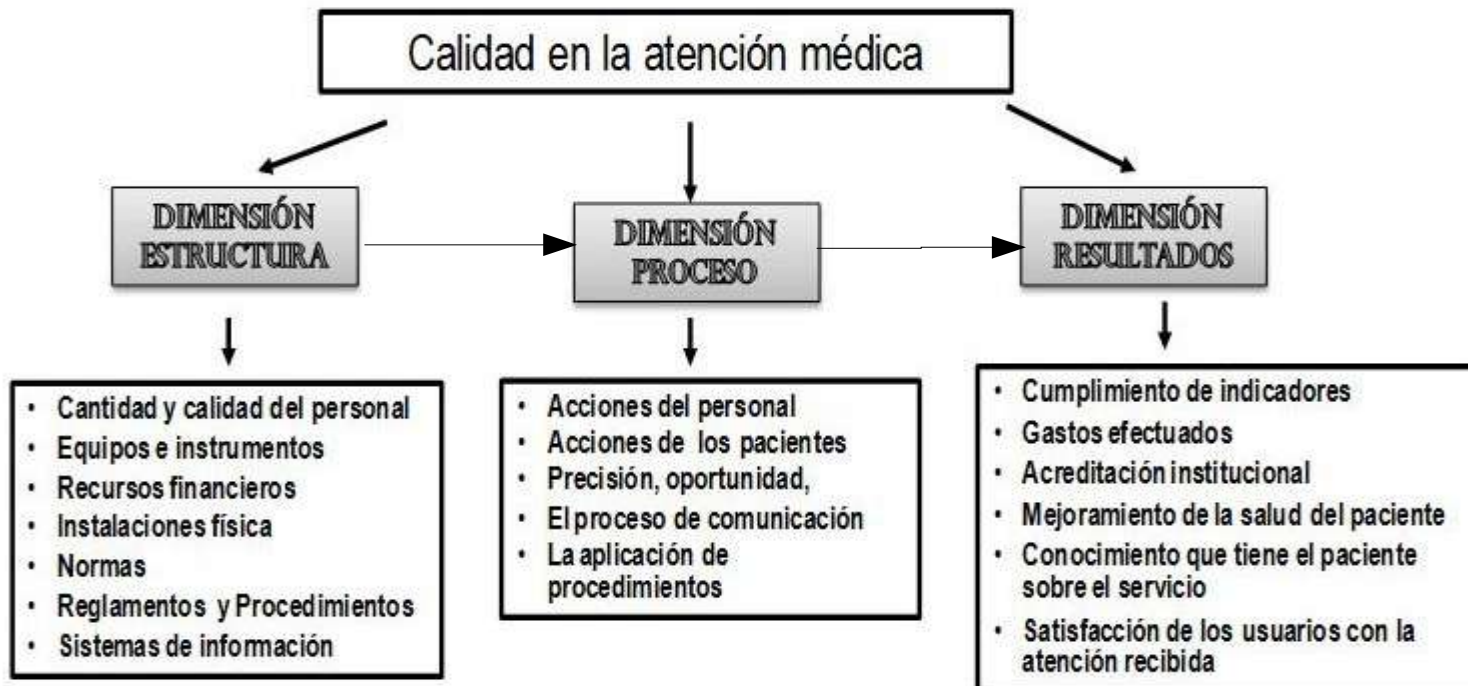
Indicadores de Calidad

- Sin monitorizar es imposible decir cómo funciona un proceso ni qué desviaciones de la calidad presenta a lo largo del tiempo.
- Se identifican los procesos principales de cada servicio y se establecen los Indicadores de calidad vinculados a su desempeño.
Se define el responsable de su seguimiento, formula matemática, periodo de evaluación y meta a alcanzar.
- El Indicador debe ser: **realista, medible y fácil de calcular**
- **Recomendación:** No muchos indicadores, es mejor tener poca información, pero de alto valor, que un exceso de información que resulte imposible de analizar.



Indicadores de Calidad

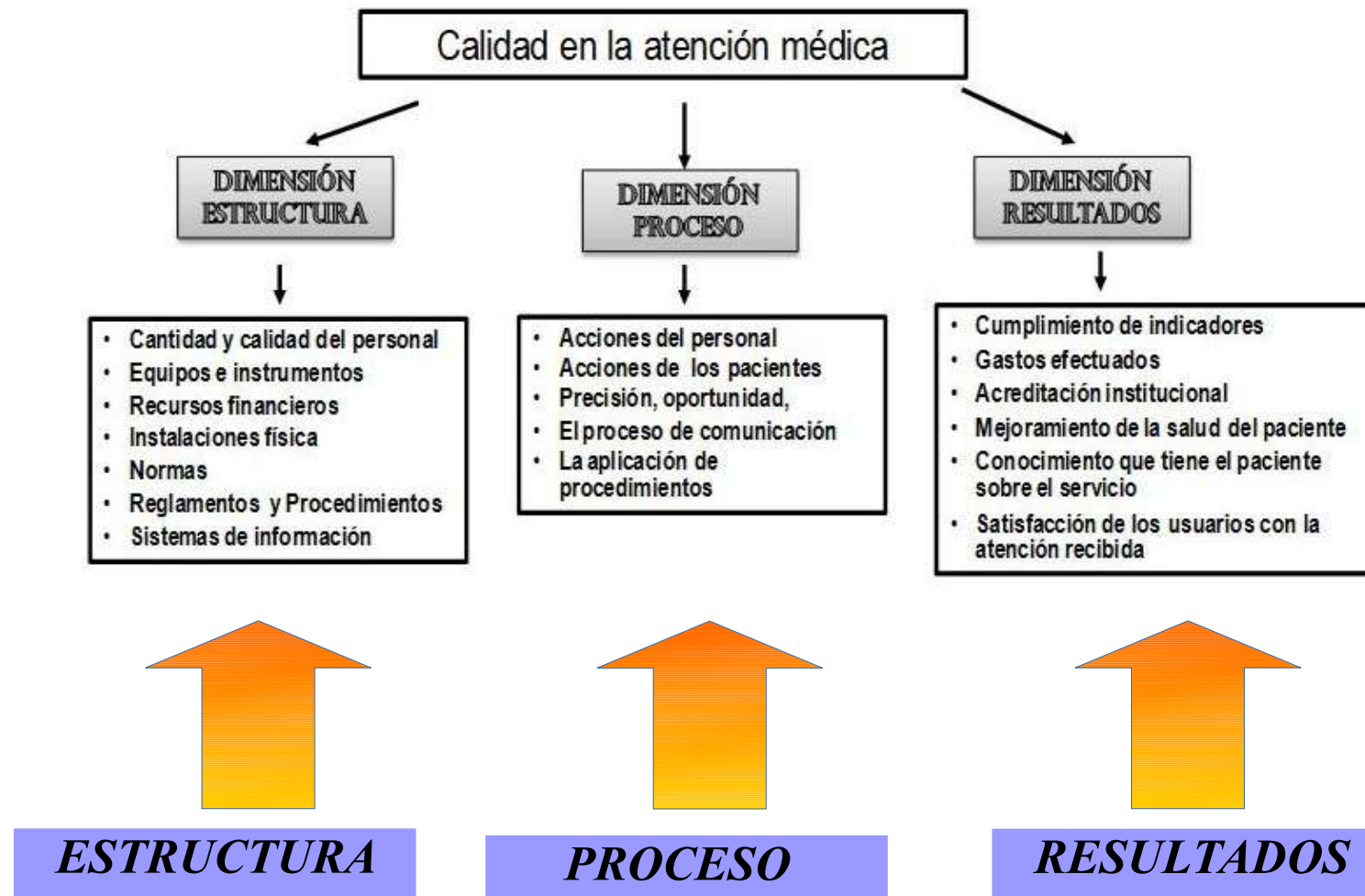
Avedis Donabedian: Propone al proceso asistencial integrado por las siguientes dimensiones:



Fuente.
Torres 2011,
a partir de
Donabedian
1966

Indicadores de Calidad

Para cada componente se definen indicadores específicos.



Fuente.
Torres 2011,
a partir de
Donabedian
1966

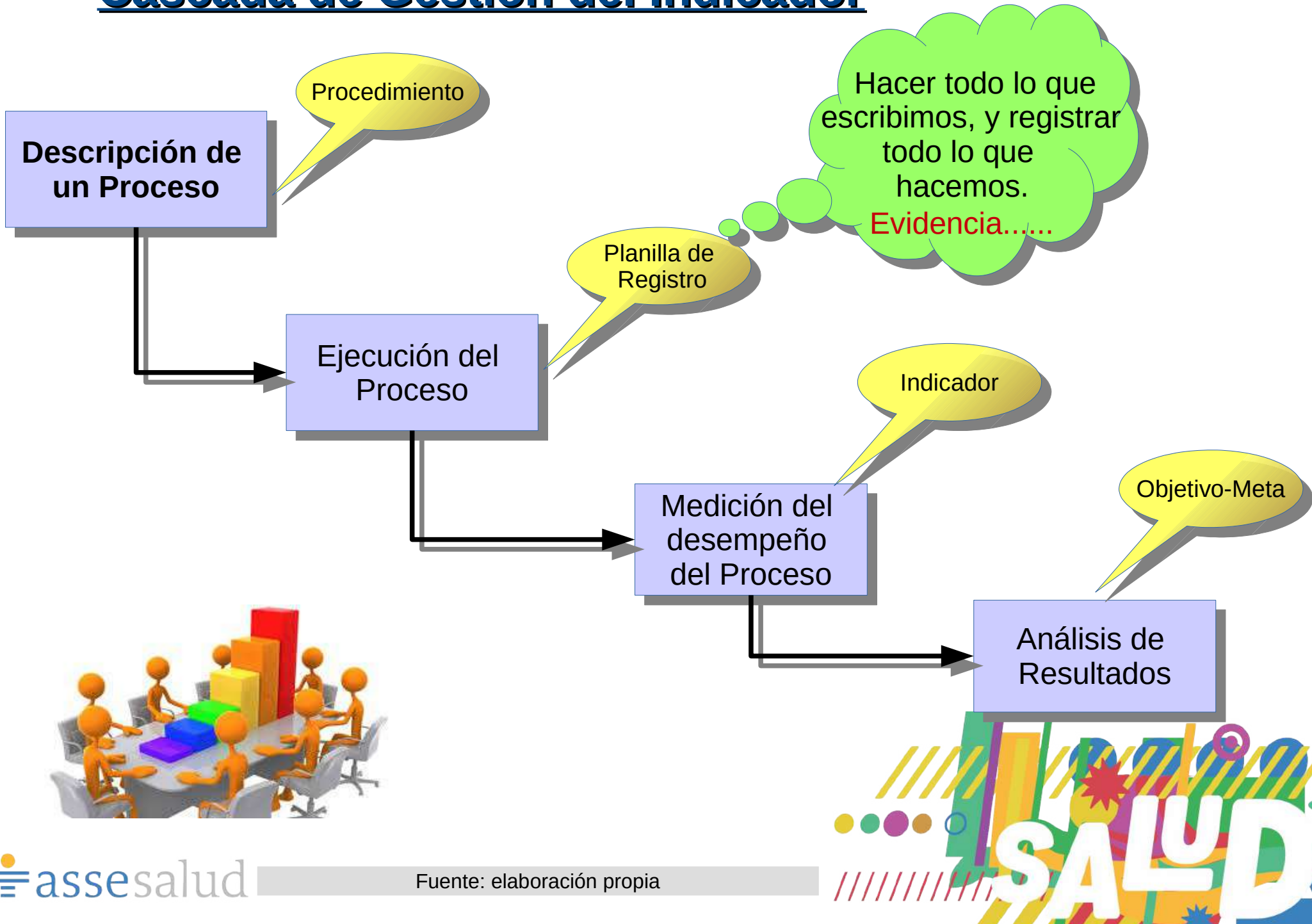
Tipo de Indicador	Proceso/ Actividad	Formula Matemática	Frecuencia de Medición	Meta	Responsable
Estructura	Recursos Humanos	Número de Médicos Imagenólogos	Semestral	5	Jefe de Servicio de Imagenología
	Accesibilidad consulta ambulatoria	Tiempo de espera para acceder a consulta ambulatoria en Medicina General (por ejemplo)	Mensual	< 24 hs.	Consulta Externa
Proceso	Procesamiento de muestras biológicas según protocolos	$(N^{\circ} \text{ de muestras procesadas según protocolo } / N^{\circ} \text{ total de muestras a procesar}) \times 100$	Mensual	> 90 %	D.T de Laboratorio.
	Estudios de laboratorio de urgencias que cumplen el tiempo de respuesta establecido	$(N^{\circ} \text{ estudios de lab. de urgencias que cumplen tiempo de respuesta establecido } / N^{\circ} \text{ total de estudios}) \times 100$	Mensual	> 95 %	D.T de Laboratorio.
Resultado	Índice de infecciones intra hospitalaria de bloc	$(N^{\circ} \text{ de infecciones IH } / N^{\circ} \text{ total de intervenciones}) \times 100$	Mensual	< 1 %	Comité de Infecciones
	Satisfacción del Usuario	$(N^{\circ} \text{ de usuarios satisfechos } / N^{\circ} \text{ total de usuarios encuestados}) \times 100$	Semestral	> 85 %	Oficina de Atención al Usuario.

Fuente: Elaboración Propia

Existe otro tipo de clasificación de indicadores mas sencilla, que depende del aspecto de la calidad que se quiere medir. Responde al Programa Ibérico de Abordaje de la Calidad y abarca las siguientes dimensiones:

Tipo de Indicador	Proceso/Actividad	Formula Matemática	Frecuencia de Medición	Meta	Responsable
Accesibilidad	Citación de usuarios para Intervención Quirúrgica	$(\text{N}^\circ \text{ de usuarios citados en el tiempo establecido} / \text{N}^\circ \text{ Total de usuarios a ser citados}) \times 100$	Mensual	>95 %	Sector de Coordinación
Competencia profesional	Capacitación	$(\text{personal capacitado acorde a su perfil de cargo} / \text{personal total}) \times 100$	Anual	100 %	RRHH
Satisfacción	Satisfacción del Usuario	$(\text{N}^\circ \text{ de usuarios satisfechos} / \text{N}^\circ \text{ total de usuarios encuestados}) \times 100$	Semestral	> 85 %	Oficina de Atención al Usuario.

Cascada de Gestión del Indicador



SEGUIMIENTO DE INDICADORES

Departamento de Nutrición

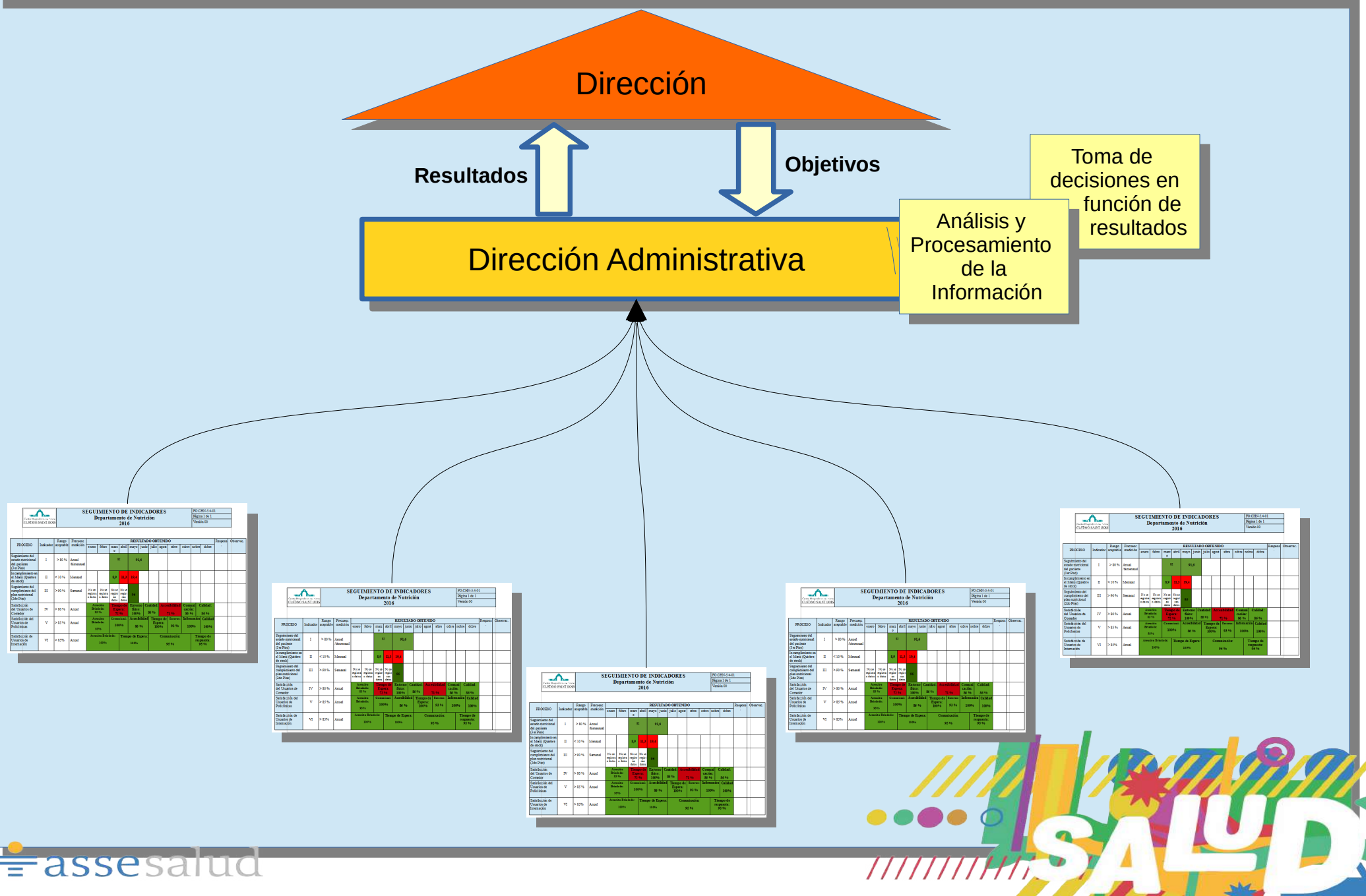
2016

FO.CHN-5.4-01

Página 1 de 1

Versión 00

PROCESO	Indicador	Rango aceptable	Frecuencia medición	RESULTADO OBTENIDO												Respons	Observac.
				enero	febre	marzo	abril	mayo	junio	julio	agost	setbre	octbre	nobre	dcbre		
Seguimiento del estado nutricional del paciente (3er Piso)	I	> 80 %	Anual /bimensual			82		91,6									
Incumplimiento en el Menú (Quiebre de stock)	II	< 10 %	Mensual			8,9	11,3	19,4									
Seguimiento del cumplimiento del plan nutricional (2do Piso)	III	> 90 %	Semanal	No se registran datos	No se registran datos	No se registran datos	No se registran datos	95									
Satisfacción del Usuarios de Comedor	IV	> 80 %	Anual	Atención Brindada: 83 %		Tiempo de Espera: 72 %		Entorno físico: 100%	Cantidad: 86 %	Accesibilidad: 71 %		Comunicación: 86 %		Calidad: 86 %			
Satisfacción del Usuarios de Policlínicas	V	> 85 %	Anual	Atención Brindada: 93%		Comunicación: 100%		Accesibilidad: 86 %	Tiempo de Espera: 100%	Entorno: 93 %		Información: 100%		Calidad: 100%			
Satisfacción de Usuarios de Internación	VI	> 85%	Anual	Atención Brindada: 100%		Tiempo de Espera: 100%		Comunicación: 95 %		Tiempo de respuesta: 95 %							
Satisfacción del Funcionario	VII	> 85%	Anual/semestral	Conformidad de funciones: 92 %		Definición de roles: 54 %		Comunicación: 54 %		Ambiente Laboral: 79 %							
Plan de Capacitación	VIII	> 80%	Semestral	67 %													
Evaluación de Capacitaciones	IX	> 80%	Anual	33 %													
Tratamiento de S.Q.R.	X	100%	Mensual	100 %													



Ciclo de Deming

- ✓ *Identificación de los Procesos*
- ✓ *Descripción de los Procesos*
- ✓ *Existencia de Registros*
- ✓ *Difusión y Disponibilidad de los documentos*
- ✓ *Definición de Indicadores que midan el desempeño de los procesos*
- ✓ *Instancias de revisión y re diseños de los procesos (auditorías internas)*

Se **actúa** mediante la implementación de un plan de acciones de mejora, orientado a mejorar la debilidad identificada en relación a la accesibilidad al servicio

ACTUAR

PLANIFICAR

REVISAR

HACER

Durante la **planificación** estratégica se establecieron objetivos vinculados a la satisfacción del usuarios.

Mediante encuestas de satisfacción al usuarios se **revisó** que lo que se hizo respondió al objetivo planteado. Resultado: insatisfacción del usuario.

Mediante la gestión por procesos se **diseñaron** procesos que respondan de forma eficaz y eficiente a la necesidades y expectativas de los usuarios.

Acciones de Mejora

Las **acciones de mejora** constituyen el núcleo de los programas de calidad.

Se aplican en función de las causas que se han detectado en los problemas que se evalúan.



Plan de Implementación de Acciones de Mejora

FO.CHN-5.4-02

VERSIÓN 00

Página 1 de 1

Fecha de detección	Debilidad	Acción de mejora a implementar	Recursos necesarios para su ejecución	Fecha prevista	Responsable	Seguimiento:		Observaciones
						Fecha aplicada	Evidencia	
Sugerencia de Ma Ines: enero	Escalon poco visible a la entrada de la OAU	Solicitar a mantenimiento colocar escalon	Arquitecto Mantenimiento	marzo	Dirección	Julio 2014	Por recomendación de Arquitecto, se colocaron cintas refractarias.-	
Objetivo pendiente 2014	Mejorar los procesos integrados a todo el CHN	Transferir proceso de Fotocopiado de HC a Registros Médicos elaborar mapa de ese proceso nuevo: solo recepción	Personal destinado para esta actividad de Registros Médicos	Enero	Célica Maty	15/01/15	Modificación de Mapa de procesos. Responsable : Mariana	Se comunica a funcionarios y se trabaja con RM
Encuestas Diciembre 2014	Mecanismos de comunicación	Renovación de cartelera externa Incorporar nueva información en la cartelera: horarios del servicio, teléfono e interno del servicio, Organigrama del Servicio, Compromiso de atención a la Ciudadanía, Misión y Visión, información general.	Una cartelera Actualización de Información	Enero	Célica	21/01 Enero	Cartelera e información incorporada	
Enero	Generar nueva instancia de comunicación con el usuario y brindar mayor información.	Implementar recorrida programadas por piso de internación en búsqueda de nuevas oportunidades de mejora	Re distribución de tareas Planificación de actividad	Febrero	Célica Ma. Ines	Febrero/ marzo	Febrero: se elabora Procedimiento: PR-AU-4.2-05 10/02/15 se comunica el procedimiento y planificación Marzo: se comienza a implementar recorrida por 2do. piso	PR.OU-4.2-05 FO.AU-4.2-07 FO.AU-4.2-08
Enero	Conocer la percepción de otros grupos de interés respecto a la calidad del servicio brindada	Extensión de encuestas de satisfacción a MSP y ASSE Extender encuestas a jefes de servicios del CHN	Correo electrónico Formato de Encuesta	Plan de encuestas	Célica	Plan de encuestas	Informe de Resultados de encuestas	



Acciones de Mejora

- ♦ En resumen, la evaluación y mejora de la calidad consiste en:
- ♦
- ♦ Establecer cuál es en cada momento la práctica considerada como correcta.
- ♦
- ♦ Compararla con la que estamos realizando.
- ♦
- ♦ Establecer los motivos por los cuales tenemos problemas.
- ♦
- ♦ Aplicar los cambios necesarios para solucionarlos.
- ♦
- ♦ Comprobar si estos cambios son eficaces.



COSTOS DE LA NO CALIDAD



Costos de la Calidad

Los costos de calidad, en términos sencillos son la suma de los costos operativos de la calidad y los costos del aseguramiento de la calidad, que se relacionan específicamente con el logro o no del producto o con la calidad del servicio prestado.

La inversión para la calidad, está determinada por todos los recursos dedicados a una serie de actividades que buscan prevenir que ocurran errores o fallas en el proceso.

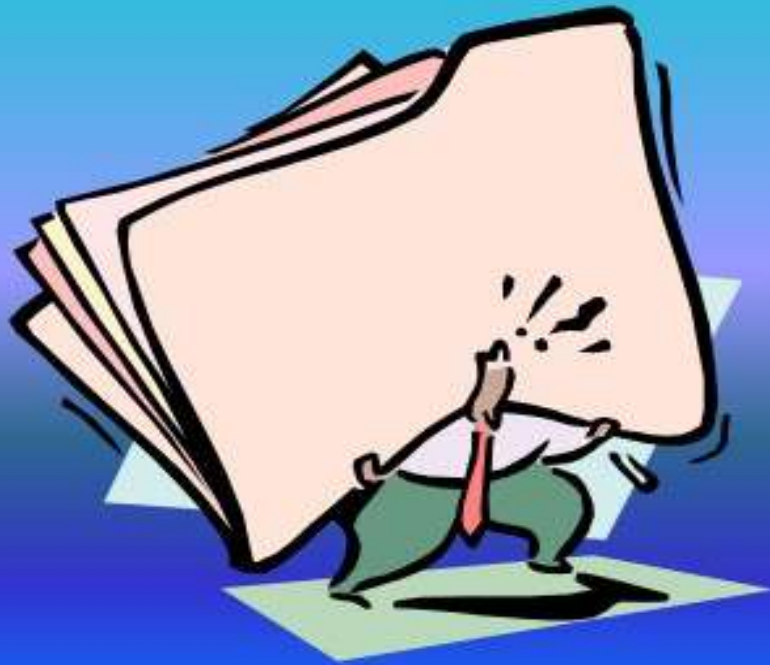


Costos de la NO Calidad

El "costo de la no calidad", conocido también como el "precio del incumplimiento" o el costo de hacer las cosas mal o incorrectamente.

- ✓ **Procesos sin valor agregado o duplicación de tareas.**
- ✓ **Re procesos** (administrativos o asistenciales): recitación, repetición de una atención médica o una cirugía, repetición de exámenes de laboratorio clínico (mal tomada la muestra, mal realizado la solicitud, mal interpretado el estudio), medicación mal entregada.
- ✓ **Excesos:** sobre stock de insumos, de formularios, de informes.
- ✓ **Escasa información y de mala calidad.**
- ✓ **Desperdicios:** vencimientos, devoluciones, gastos judiciales.
- ✓ **Reparaciones de equipos** - productividad (falta de planes de mantenimiento)
- ✓ **Gastos por atención de quejas**
- ✓ **Quiebres de stock**

Comparación de los Costos de calidad



El cliente encuentra
los defectos

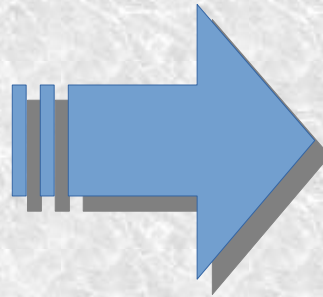


La organización
halla los defectos
y los corrige inter-
namente



Hay un
Enfoque a
La prevención

Brindar Servicios de Salud
sin Calidad



Asumir Costos de la
NO Calidad

La decisión que se plantea: entre asumir los costos que se generan por brindar un servicio, no solo con la calidad requerida y esperada por el usuario, sino con una calidad muy por encima de las expectativas; y de asumir los costos que genera una deficiente calidad.

Si se adopta una metodología estándar para la medición de dichos costos en forma sistemática y confiable, la inversión en calidad deberá reflejarse en la reducción de los costos de No Calidad.

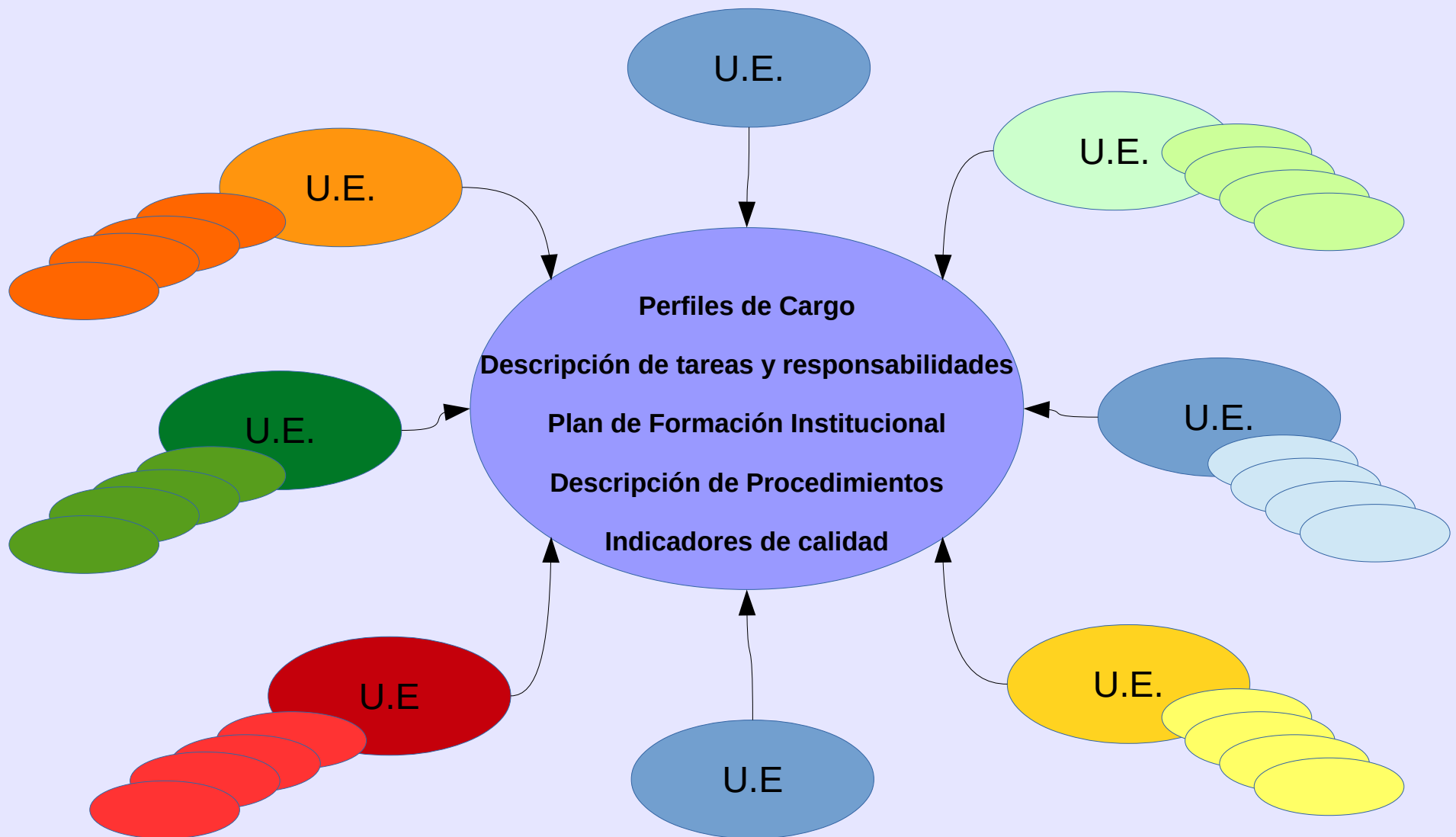


Beneficios

Para el servicio	Para los Funcionarios	Para el Usuario
Mejora la calidad del servicio prestado	Aumenta la satisfacción de los funcionarios	Mejora la satisfacción del usuario
Contribuye al cumplimiento de los Objetivos	Mejora el clima organizacional	Brinda seguridad (COSEPA)
Asegura la eficacia y eficiencia en los procesos	Promueve el trabajo en equipo	Disminuye tiempos de espera
Asegura el uso racional de los recursos	Contribuye al desarrollo personal	Disminuye re intervenciones
Mejora la comunicación y el vínculo con otros servicios.	Reduce esfuerzos innecesarios	Transparencia en la gestión
Compromete, involucra y empodera a las personas en los procesos , la toma de decisiones y el cumplimiento de los objetivos	Mejora la Percepción del Usuario	
Potencia los procesos de mejora continua		
Contribuye a la sistematización de las prácticas, mediante procesos y metodologías.	Fortalece el vinculo entre usuarios y funcionarios	
Detecta fortalezas y debilidades		
Establece instancias de medición y evaluación del desempeño de los procesos.		
Toma de decisiones en función de los resultados.		
Mejora la imagen del servicio		



Propuesta: conformar una Red de Trabajo





"La Calidad no es algo
que se desea alcanzar;

es un camino que
hay que recorrer."

Muchas Gracias!!!

