



**ESPE**  
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS  
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y  
VINCULACIÓN CON LA COLECTIVIDAD**

**MAESTRIA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD  
XIV PROMOCIÓN**

**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER  
EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD**

**TEMA PROYECTO II: “PROPUESTA DE MEJORA DE LA  
CALIDAD DE LAS PRESTACIONES Y LOS SERVICIOS PARA EL  
CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO CENTRAL DEL IESS.”**

**AUTORA: ING. ANDREA CAROLA CARVAJAL VERA**

**DIRECTOR: ING. SANTIAGO QUEVEDO**

**OPONENTE: ECO. ROSA LÓPEZ**

**SANGOLQUI,**

**2015**

**UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS ESPE**  
**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD**

**CERTIFICADO**

Ing. Santiago Quevedo  
DIRECTOR

Lcda. Rosa López  
OPONENTE

**CERTIFICAN**

Que el trabajo titulado “Propuesta de mejora de la calidad de las prestaciones y los servicios para el Centro de Atención Ambulatorio Central del IEES”, realizado por la Ing. Andrea Carola Carvajal Vera, ha sido guiado y revisado periódicamente, y cumple las normas estatutarias establecidas en el reglamento de estudiantes de la Universidad de las Fuerzas Armadas.

Sangolquí, Abril de 2015



Ing. Santiago Quevedo

DIRECTOR



Lcda. Rosa López

OPONENTE

**UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS ESPE**  
**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, ING. ANDREA CAROLA CARVAJAL VERA

**DECLARO QUE:**

El proyecto de grado denominado “Propuesta de mejora de la calidad de las prestaciones y los servicios para el Centro de Atención Ambulatorio Central del IEES”, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan en el escrito correspondiente, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente el presente trabajo de investigación es de mi autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención.

Sangolquí, Abril de 2015



Ing. Andrea Carola Carvajal Vera

# C.I: 1310587280

La Autora

**UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS**  
**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD**

**AUTORIZACIÓN**

Andrea Carola Carvajal Vera

Autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas – ESPE la publicación, en la biblioteca virtual de la institución del proyecto de grado: “Propuesta de mejora de la calidad de las prestaciones y los servicios para el Centro de Atención Ambulatorio Central del IEES”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Sangolquí, Abril del 2015



Ing. Andrea Carola Carvajal Vera

# C.I: 1310587280

La Autora

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo lo dedico a mi Esposo Daniel e Hijo Dylan que son el motor de vida, con su amor y apoyo constante me han dado las fuerzas y sabiduría para culminar la tesis de la maestría.

Andrea

## AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por darme primero la vida y la oportunidad de haber podido culminar esta Meta con Salud y Sabiduría, a mi familia por brindarme su apoyo y la fortaleza necesaria para seguir adelante, a mi amado esposo por su comprensión, empuje y aliento constante, a mi amado hijo Dylan que ha llegado a mi vida siendo mi luz y mi alegría, a mis` compañeros de la maestría en Gestión de la Calidad y Productividad promoción XIV de la ESPE que me brindaron su amistad y su aliento en la conclusión de mi meta, a mis profesores de la Maestría por saberme guiar en este trabajo de la Calidad profesional y de vida y un agradecimiento especial al Ing. Santiago Quevedo por la acertada dirección y guía en el desarrollo de este proyecto, a la Lcda. Rosa López por su gran ayuda y tiempo como oponente de tesis.

Andrea

## INDICE GENERAL

<b>CERTIFICADO .....</b>	<b>ii</b>
<b>DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>iii</b>
<b>AUTORIZACIÓN .....</b>	<b>iv</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>v</b>
<b>INDICE DE CUADROS.....</b>	<b>ix</b>
<b>INDICE DE IMAGENES.....</b>	<b>xi</b>
<b>1.CAPÍTULO I.....</b>	<b>1</b>
1.1    Introducción .....	1
1.2    Antecedentes.....	2
1.3    Justificación e Importancia.....	2
1.4    Planteamiento del problema .....	4
1.5    Objetivo general.....	5
1.5.1    Objetivos específicos .....	6
<b>2.CAPITULO II</b>	
2.1    Marco teórico .....	7
2.1.1    Antecedentes del estado del arte .....	7
2.1.2    Marco teórico .....	10
2.1.3    Marco conceptual.....	14
<b>3.CAPÍTULO III PROPUESTA DE MEJORA</b>	
3.1    Modelos de ejecución del plan de mejora.....	18
3.2    Identificar el Problema-Línea Base de los puntos de críticos .....	21
3.3    Describir la Situación Actual y Búsqueda de Principales Causas .....	22

3.4	Acciones para eliminar las Causas .....	28
3.5	Propuestas para ejecutar las acciones .....	33
3.5.1	Elemento Tangible .....	33
3.5.1.1	Reestructura de los baños propuesta .....	33
3.5.1.2	Presupuesto de remodelación de los baños .....	35
3.5.1.3	Determinar el costo de mantenimiento de los baños .....	36
3.5.1.4	matriz de control para verificar la limpieza de los baños.....	36
3.5.2	Confiabilidad .....	37
3.5.2.1	Análisis de Variables de Capacidad .....	37
3.5.3	Capacidad de Respuesta .....	42
3.5.3.1	Teoría Blueprint.....	43
3.5.4	Aseguramiento y Empatía .....	49
3.5.4.1	Programa de Inducción enfocado en la satisfacción al usuario..	49
3.5.4.2	Programa de incentivos .....	56
3.5.5	Insumos de la no entrega o parcial de medicamentos .....	59
3.6	Verificar los Resultados .....	61
3.7	Mecanismos de Control Continuo.....	64
3.7.1	Modelo de Gestión Institucional basado en CAF .....	64
3.7.1.1	Formulario de autoevaluación basado en CAF .....	64
3.7.1.2	Puntuación.....	73
4.	Conclusiones y Recomendaciones	
4.1	Conclusiones .....	78
4.2	Recomendaciones .....	79
4.3	Bibliografía.....	80

## INDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Pasos de la Ruta de la Calidad .....	18
Cuadro 2 Formato para Estandarizar Procesos.....	20
Cuadro 3 Puntos Críticos.....	21
Cuadro 4 Plan de Mejora Baños Limpios y en Buen Estado .....	28
Cuadro 5 Plan de Mejora Horario de Citas y Tiempo de Espera .....	29
Cuadro 6 Plan de Mejora Personal Médico y Administrativo .....	31
Cuadro 7 Plan de Mejora por la no entrega o entrega parcial de medicinas .....	32
Cuadro 8 Control de Mantenimiento de Baños .....	37
Cuadro 9 Análisis de Variables de Capacidad Especialidad Ginecología.....	39
Cuadro 10 Análisis de Variables de Capacidad Especialidad Pediatría .....	40
Cuadro 11 Desglose en la atención del paciente en Medicina General:.....	44
Cuadro 12 Plano del servicio en atención del paciente en Medicina General ...	46
Cuadro 13 Optimización de tiempo del paciente-Front Office.....	48
Cuadro 14 Optimización de tiempo del paciente- Back Office .....	48
Cuadro 15 Especialidades y Servicios que brinda en CCA. Central .....	51
Cuadro 16 Plan de Capacitación .....	55
Cuadro 17 Ranking Interno.....	57
Cuadro 18 Matriz de indicadores para eliminar Puntos Críticos .....	62
Cuadro 19 Matriz de indicadores para eliminar Puntos Críticos .....	63
Cuadro 20 Criterio Liderazgo.....	66
Cuadro 21 Criterio Estrategia y Planificación.....	67
Cuadro 22 Personas .....	68

Cuadro 23Criterio Alianzas y Recursos .....	69
Cuadro 24Criterio Alianzas y Recursos .....	71
Cuadro 25Criterio Procesos.....	72
Cuadro 26Matriz de indicadores para el Modelo de Excelencia .....	75
Cuadro 27Matriz de indicadores para el Modelo de Excelencia .....	76

**INDICE DE FIGURAS**

Figura 1 Ciclo PHVA .....	11
Figura 2 Estructura Modelo CAF.....	14
Figura 3 Análisis Causa Raíz elemento Tangible-Baños en Mal estado.....	22
Figura 4 Análisis Causa Raíz en Confiabilidad y Capacidad de Respuesta. ....	24
Figura 5 Análisis Causa Raíz elementos Aseguramiento y Empatía .....	25
Figura 6 Análisis Causa Raíz sobre Medicinas no entregadas .....	27
Figura 7 Foto actual del Servicio Higiénico .....	34
Figura 8 Estructura propuesta para el Segundo Piso .....	35
Figura 9 Calificación de Derecho .....	52
Figura 10 Servicio de Histopatología .....	52
Figura 11 Fomento y Promoción de la Salud .....	53
Figura 12 Servicio de Laboratorio Clínico .....	53
Figura 13 Servicio Medicina General .....	54
Figura 14 Panel de Resultados Agentes Facilitadores .....	74

## RESUMEN

En este proyecto se generaran Propuestas de Mejora de la Calidad de las Prestaciones y los Servicios para el Centro de Atención Ambulatorio Central del IESS, aplicando los seis pasos que establece la metodología Ruta de la Calidad basada en el ciclo Deming, con la finalidad de eliminar los puntos críticos identificados en el Diagnostico realizado previamente. Se elaboró un plan de Mejora utilizando las 5W/1H (What, Why, Who, Where, When, How: ¿Qué?, ¿Por qué?, ¿Quien?, ¿Donde?, ¿Cuando?, ¿Cómo?, entre las propuestas de mejora que se realizó para eliminar los puntos críticos está reestructuración de los baños, control de mantenimiento de los baños, análisis de las variables de capacidad para organizar los tiempos de espera prolongados, establecimiento de metodología blueprint, realización de programa de inducción, desarrollo de programa de incentivos y determinación de algunas acciones puntuales como delegación de funciones, creación del Comité de Farmacia, Convenios con Universidades para pasantías de profesionales especialistas de Salud. Con la finalidad de controlar el cumplimiento de las propuestas de mejora y poseer mecanismos de control continuo se planteó una Matriz de indicadores y adicional se establece realizar la autoevaluación utilizando un Modelo de Gestión Institucional basado en un Modelo de Excelencia CAF.

### **PALABRAS CLAVES:**

- **CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO CENTRAL**
- **RUTA DE LA CALIDAD**
- **PLAN DE MEJORA**
- **INDICADORES**
- **MODELO DE EXCELENCIA BASADO EN CAF**

## **ABSTRACT**

In this project, there are propositions that include improving the quality of the presentations and services for the Center of Central Ambulatory Attention of the IESS, applying the six steps that establish the methodology Path of Quality, based on the Deming cycle, in order to eliminate the critical points identified in the previous completed Diagnostic. An improvement plan was constructed using the 5W/1H (What, Why, Who, Where, When, How: ¿Qué?, ¿Por qué?, ¿Quien?, ¿Donde?, ¿Cuando?, ¿Cómo?. The propositions included in this plan consist of the restructuring of the bathrooms, the maintenance control of the bathrooms, an analysis of capacity variables needed in order to organize prolonged wait times, the establishment of the blueprint methodology, the realization of the induction program, the development of the incentive plan and the creation of a delegation of functions, creation of Pharmacy Committee, University Conventions for internships of professionals in the Health Profession. In order to control the fulfillment of the improvement plan and to possess consistent control mechanisms, a Matrix of indicators has been proposed as well as establishing an auto evaluations using a Model of Institutional Management based on a Model of Excellence CAF.

### **KEY WORDS:**

- **CENTER OF CENTRAL AMBULATORY ATTENTION**
- **PATH OF QUALITY**
- **IMPROVEMENT PLAN**
- **INDICATORS**
- **MODEL OF EXCELLENCE BASED ON CAF**

## 1. CAPÍTULO I

### 1.1 Introducción

El Centro de Atención Ambulatoria Central del IESS presta atención en los servicios de salud preventiva y correctiva, al realizar el levantamiento de la satisfacción de los usuarios mediante el proyecto de diagnóstico de la calidad en las prestaciones y los servicios en este Centro se han analizado las brechas existentes entre los requerimientos y expectativas del usuario en relación con el servicio efectivamente brindado.

Se logró identificar los puntos críticos a través de la encuesta de satisfacción a los usuarios usando en método Servqual (Calidad del Servicio) creado por Zeithaml, Parasuraman y Berry, cuyo propósito es mejorar la calidad del servicio, por lo tanto, en este presente proyecto se va a establecer alternativas de mejora mediante un plan de mejora e identificación de posibles buenas prácticas en la atención de salud fundamentados en la línea base identificada y tomando como referencia el ciclo de Deming, que permitirá una innovación transversal en la organizacional. “En un enfoque de gestión de la calidad total, se utiliza el ciclo PDCA, basado en la mejora continua, en el plano individual: PLANIFICAR el trabajo del próximo año, realizar el trabajo (DESARROLLAR), CONTROLAR su realización durante la entrevista de evaluación del desempeño y hacer las adaptaciones (ACTUAR) que fueran necesarias para el año siguiente: los objetivos, los medios y las competencias.” (EIPA, 2013)

## **1.2 Antecedentes**

En el proyecto I Diagnóstico de la Calidad en las prestaciones y los servicios del Centro de Atención Ambulatorio Central del IESS, se desarrolló una encuesta a todas las Especialidades y a los 3 Servicios más demandados, esta encuesta constó de 16 preguntas basada en las 5 dimensiones del Servqual, se realizó un muestreo estratificado a 384 pacientes, adicional se realizó un grupo focal con el personal clave del Centro para determinar las expectativas de los pacientes mediante la opinión del personal considerando las 5 dimensiones Servqual.

Se tabularon los resultados de la encuesta de todo el Centro de Atención Ambulatorio y por Especialidad, se realizó un análisis de las brechas entre las expectativas y la percepción del servicio de los pacientes.

Se generó una línea base, considerando los puntos de insatisfacción con mayor brecha, elemento tangible con baños limpios y en buen estado 37%, confiabilidad con Horario de Citas 36 %, Capacidad de Respuesta con tiempo de espera 36 %, empatía con cordialidad del Personal Administrativo 31 %, aseguramiento con personal Médico confiable y profesional 23%, Insumos con la no entrega o entrega parcial de medicamentos 27 %.

## **1.3 Justificación e Importancia**

Se justifica realizar la propuesta de mejora basados en los resultados del diagnóstico de la medición de la Satisfacción del Usuario mediante en el método Servqual, el cual permitió identificar las percepciones y expectativas, medir la calidad de las prestaciones y servicios entregados el Centro de Atención Ambulatoria Central del IESS, ya que con dichas propuestas de

mejora se desea llegar a los niveles óptimos de calidad esperada por los usuarios.

La ejecución del presente proyecto es importante ya que se contribuirá con el fomento de la satisfacción del usuario, lo que conlleva a la obtención de beneficios tales como:

- a) En la atención médica se genera una relación de confianza, credibilidad y lealtad entre afiliados, pensionistas, empleadores y el IESS.
- b) Incremento de la imagen institucional.
- c) Incremento de la población afiliada
- d) El usuario motivado por la experiencia positiva en la atención médica realiza la difusión gratuita a sus familiares, amistades y conocidos.

Por otro lado, lo que motiva a realizar este estudio es dar cumplimiento a los siguientes lineamientos:

- **Constitución de la República del Ecuador**, en su artículo 53 señala que las empresas, instituciones y organismos que presten servicios públicos deben incorporar sistemas de medición de satisfacción de las personas usuarias y consumidoras, y poner en práctica sistemas de atención y Reparación; en el artículo 66, numeral 23, establece el derecho a dirigir quejas y peticiones individuales y colectivas a las autoridades y a recibir atención o respuestas motivadas; del mismo modo el numeral 25, determina el derecho a acceder a bienes y servicios públicos y privados de calidad con eficiencia, eficacia y buen trato, así como a recibir información adecuada y veraz sobre su contenido y características.
- **Ley de Seguridad Social**, en su Art 1. Principios Rectores como son universalidad y eficiencia y Art 6. Regulación de las contribuciones y las prestaciones, literal b) “Se combinarán los mejores esfuerzos,

habilidades y capacidades de los prestadores públicos y privados para - garantizar una protección más eficiente de los asegurados;” y h) “Se procurará que la retribución a los prestadores de salud y de pensiones guarde proporción directa con la calidad y oportunidad del servicio al afiliado y premie su productividad”.

- **Resolución CD 21- Reglamento Orgánico Funcional del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social expedido el 13 de octubre del 2003**, consta como competencia de la Dirección de Servicios Corporativos “La preparación y prestación, por administración directa o contratada, de estudios de opinión pública, respecto de la calidad y oportunidad de las prestaciones y servicios entregados por el IESS a la población“
- **Ministerio de Relaciones Laborales**, emite oficio N° MRL-SCACC-2012-EDT del 11 de septiembre del 2012, en el que constan los resultados de las encuestas de satisfacción sobre los servicios ofertados en áreas de consulta externa de Hospitales, Dispensarios y Centros de Atención Ambulatoria del IESS a nivel nacional.

#### **1.4 Planteamiento del problema**

Los Problemas que se identificaron en el proyecto 1, mediante la realización del diagnóstico de la calidad en las prestaciones y los servicios del Centro de Atención Ambulatorio Central del IESS, son: la insatisfacción del usuario en cuanto a que los baños no se encontraban limpios y en buen estado, los horarios de las citas y tiempos de espera muy prolongados, la cordialidad del personal administrativo no es la que se requiere y el no contar con personal médico confiable y profesional.

Puntualizando los problemas identificados en las diferentes especialidades y servicios proporcionados por el Centro de Atención Ambulatoria Central del IESS, se detectó los componentes con menor calificación y las especialidades en donde existe mayor conflicto:

- Baños en mal estado fue en gastroenterología y laboratorio.
- Consultorio en mal estado psiquiatría, emergencia y laboratorio.
- Salas de Espera en mal estado y sin confort en emergencia y laboratorio.
- Tiempo de espera prolongados en emergencia
- Personal médico no confiable ni profesional en pediatría
- Médico no cordial en nefrología y pediatría
- Enfermera no cordial en nefrología, pediatría, proctología
- Personal administrativo no cordial en la mayoría de especialidades y servicios.

Se debe generar soluciones a estos problemas antes indicados, ya que puede generar consecuencias como:

- Quejas constantes sobre el servicio brindado
- Atención Medica deficiente
- Personal Médico y Administrativo inconforme

### **1.5 Objetivo general**

Elaborar la propuesta de mejora de la calidad de las prestaciones y servicios del Centro de Atención Ambulatoria Central del IESS con la finalidad de mejorar la calidad del servicio y su gestión.

### **1.5.1 Objetivos específicos**

- Determinar y analizar las causas de los problemas identificados en el proyecto I realizado.
- Desarrollar propuestas de mejora que se enfoquen en las características, cualidades y componentes que espera y percibe el usuario en una atención médica de calidad.
- Establecer modelos de ejecución del plan de mejora, formas de evaluación y cumplimiento de las alternativas de mejora.

## 2. CAPITULO II

### 2.1 Marco teórico

#### 2.1.1 Antecedentes del estado del arte

Los datos que mantiene la (Organización Mundial de la Salud, 2012) son los siguientes:

- “La Constitución de la OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.
- El derecho a la salud incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria.
- Con todo, unos 150 millones de personas en todo el mundo se encuentran cada año en una situación financiera catastrófica y 100 millones de personas se ven abocadas a vivir por debajo del umbral de la pobreza debido a sus gastos sanitarios.
- El derecho a la salud significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano.
- Los problemas de salud suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad.”

En base a lo anteriormente mencionado, todo ser humano tiene derecho a una atención de salud de calidad, sin que exista discriminación de raza, género, posición económica, tendencia política; por ello cada país tiene sus propias condiciones, leyes con respecto a la atención universal en la salud.

En la actualidad existen varios organismos internacionales, nacionales que certifican la calidad y excelencia de los servicios que se brindan en la administración pública, tenemos al Servicio de Acreditación Ecuatoriano que a través de sus entes certificadores verifican la implementación de sistemas de gestión de calidad, modelos de excelencia, normativa, u otros, en los cuales evidencian el cumplimiento de expectativas y requerimientos de los usuarios a los servicios públicos incluyendo los de salud.

Al revisar diferentes definiciones sobre la calidad en la atención sanitaria, se destaca lo mencionado por la Joint Commision on Accreditation “es la medida en que los servicios de asistencia al paciente aumentan la probabilidad de alcanzar los resultados esperados para el paciente, de acuerdo con el estado actual del conocimiento” (Telmes & Mengíber , 2007).

Al llevar esta definición a la práctica conlleva a generar planes de mejora priorizados con la finalidad de convertir a las instituciones públicas de salud en instituciones de referencia en atender de inmediato los requerimientos y expectativas de los pacientes.

“La gestión en el hospital moderno, implica unas características diferentes a las del hospital de antes, toda vez que hoy estas instituciones se conciben como empresas prestadores de servicios de salud, en disposición permanente de atender a cabalidad las expectativas y demandas de un cliente, el paciente; así mismo, dispuestas a funcionar en un mundo de competencia con base en la calidad. Esta competencia deben establecerla sobre los pilares de: planeación, organización, satisfacción del trabajador, presupuesto, evaluación de gestión, disposición de permanente retroalimentación y ética.” (Malagón, Galán, & Pontón Laverde, 2008).

Al tener los pilares bien concebidos en las instituciones públicas de salud, como en los centros de atención ambulatoria, va a permitir obtener resultados deseados en toda la gestión y en la generación de servicios de calidad, permitiendo que se desarrolle una mejora continua que posterior serán buenas prácticas que causan un efecto positivo en los grupos de interés.

La Comisión de la Organización Mundial de la Salud establece 4 elementos directrices que en mi criterio todos los países deben acogerse, las cuales son:

- **“Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.
- **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte.
  - no discriminación
  - accesibilidad física
  - accesibilidad económica (asequibilidad)
  - acceso a la información
- **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.” (Organización Mundial de la Salud, 2012)

En la ejecución de mi estudio, hago énfasis en la cuarta directriz CALIDAD, ya que como organización internacional referente está preocupada en que los servicios de salud sean brindados bajo estándares de calidad apropiados y oportunos, porque aquel ser humano que está lleno de salud es más productivo y puede aportar con su familia, ciudad y país, por tal razón, es que la Salud debe ser la primordial obligación de los Gobiernos, diseñando, ejecutando y

monitoreando las estrategias efectivas con fondos propios o con la cooperación internacional.

La calidad y la eficiencia de los servicios de salud debe ser el tema prioritario en nuestro país, porque una persona que llega enferma a un hospital y que se exponga a un mal trato, que no tenga acceso a medicinas, atención médica deficiente, instalaciones inadecuadas u otros, en vez del enfermo salir recuperado termina más enfermo de lo que llegó; a pesar de que en los últimos años el presupuesto asignado a incrementado de año a año como se indica en “el porcentaje del presupuesto general del Estado que se destinó para Salud en el 2011 fue de 5.9% y en el 2012 será de 6.8%.” (Ministerio de Salud Pública, 2012)

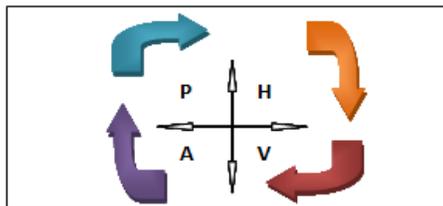
Parafraseando lo que indica el Informe sobre la Salud en el Mundo 2008 de la OMS, concuerdo que lo que nuestro país necesita son sistemas de salud más equitativos, integradores y justos con el fin de reducir los intolerables desfases existentes entre lo anhelado y la realidad del país.

### **2.1.2 Marco teórico**

Las propuestas de mejora se basan en la teoría de Edwards Deming, el ciclo de mejoramiento PHVA brinda varios beneficios parafraseando lo que indica Sing Soing -1997 , como son asegurar que un programa servirá para la terminación del proyecto, asegurar el análisis, la verificación y la eliminación de los errores más probables, facilitar la puesta en práctica de controles para supervisar un proceso mejorado, crear condiciones para la capacitación y mejora permanente para cada ciclo de mejora, se evita que se presenten las causas que en algún momento provocó problemas mediante la estandarización de procesos mejorados.

Cada paso del ciclo se describe como sigue:

- **“Plan** Establecer planes para el propósito de la compañía.
- **Hacer** Hacer lo planeado
- **Verificar** Verificar si los resultados concuerdan con lo planeado, de acuerdo a la información proporcionada por los clientes
- **Actuar** Actuar para corregir los problemas encontrados en la fase de verificación, prever nuevos problemas, mantener; mejorar.” (Sandoval, 1992)



**Figura 1 Ciclo PHVA**

**Fuente:** (Sandoval, 1992)

La aplicación del ciclo de Deming prevé la planificación en donde se proyectan los cambios, en la fase de hacer se prueba si los cambios funcionarán o no, en la fase de verificación se determina si se está consiguiendo los resultados deseados y en la fase actuar se implementan los cambios en gran escala. (Sandoval, 1992)

El ciclo de Deming para la gestión de calidad total si se aplican con compromiso y constancia por el CAA. Central IESS se generará un cambio estructural en el cual el efecto será directamente proporcional para el usuario de los servicios de salud y para los clientes institucionales, ya que Edwards Deming basa su aporte en experiencia de países como Japón y desde su perspectiva Americana.

Para la definición de acciones de mejora a los puntos críticos aplicaré el método de la Ruta de la Calidad, “secuencia de actividades utilizadas para solucionar problemas o llevar a cabo mejoras en cualquier área de trabajo.” (Tecnológico de Monterrey, 1996)

Con los resultados del Diagnostico basado en el Modelo Servqual, se propondrán alternativas estratégicas que se basarán en “los principales conceptos que conforman el modelo CAF que se inspira en el EFQM serían los siguientes:

- Orientación hacia los resultados
- Orientación al cliente
- Liderazgo y coherencia
- Gestión por procesos y hechos
- Desarrollo e implicación de las personas
- Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora
- Desarrollo de alianzas
- Responsabilidad social de la organización” (EFQM.ES, 2012)

Uno de los principios básicos de excelencia, aprendizaje continuo, innovación y mejora indica “La Calidad Total consiste en desafiar el status quo y hacer realidad el cambio aprovechando el aprendizaje para generar innovación y oportunidades de mejora. La mejora continua debería por lo tanto ser un objetivo permanente de la organización. “ (EIPA, 2013).

En Concordancia con lo que indica el Marco Común de Evaluación CAF, desarrollado (EIPA, 2013), indica que es por ello, que todos los inputs como percepción de los empleados, participación de los ciudadanos, desarrollo de tecnologías, normativas vigentes, conocimientos adquiridos en el personal, entorno cambiante, economía, resultados, imagen, benchmarking, alianzas, innovación, benchlearning se deben considerar al momento de establecer un

plan de mejora que permita llevar a la organización a un nivel mayor de madurez manteniendo satisfecho y superando las expectativas de su grupo de interés.

El Modelo CAF es desarrollado por EIPA Instituto Europeo de Administración Pública, es desarrollado por y para el sector público, e inspirada en el EFQM, es una herramienta de calidad total, la aplicación de este modelo permite alcanzar niveles de madurez institucional, actualmente ha sido aplicado por más de 40 países dentro de ellos existen países de América Latina que viven una realidad similar a la de nuestro país.

#### **Objetivos Principales CAF:**

“El CAF tiene como objetivo ser un catalizador para un proceso de mejora completo dentro de la organización y tiene cinco objetivos principales:

1. Introducir a la administración pública en la cultura de la Excelencia y de los principios del GCT (Gestión de la Calidad Total, TQM en sus siglas inglesas).
2. Guiar la progresivamente hacia un auténtico ciclo PDCA: “Planificar, Desarrollar, Controlar y Actuar”.
3. Facilitar la autoevaluación de una organización pública con el fin de obtener un diagnóstico y definir acciones de mejora.
4. Hacer de puente entre los diferentes modelos que se usan en la gestión de la calidad, tanto en el sector público como en el privado.
5. Facilitar el benchlearning (aprendizaje tomando como referencia a los mejores) entre las organizaciones del sector público.” (AEVAL , La Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas, 2013).

## Estructura del Modelo CAF

El modelo CAF posee 9 cajones denominados criterios, en el cual los 5 primeros criterios son los agentes facilitadores en donde se registra la gestión de la institución y en los 4 siguientes criterios se registra los resultados de la gestión.

Cada criterio posee subcriterios para lo cual se colocarán algunos ejemplos que se consideran buenas practica en el sector público con las que se dan cumplimiento al subcriterio. Las conclusiones a las que se llegan con la autoevaluación de los agentes facilitadores y resultados permiten a la institución aportar a la innovación continua y al ciclo de aprendizaje.

Cada subcriterio del CAF debe cumplir el ciclo PDCA para considerarlo una acción de la excelencia que puede ser replicada en el sector público.



**Figura 2 Estructura Modelo CAF**

**Fuente:** Guía CAF 2013

**Elaborado por:** EIPA Instituto Europeo de Administración Pública

### 2.1.3 Marco conceptual poner solo 8 conceptos

#### **Calidad:**

“grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos “ (ISO, 1999)

**Percepción**

“La percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades.” (Rivera, Arellano, & Molero, 2009). Es resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones.

**Expectativa**

“Las expectativas son creencias que tiene el usuario sobre el servicio y que son referentes del mismo.” (De Andres Ferrando, 2007)

Se forman de la calidad percibida, que es el resultante de comparar la calidad que han recibido con la calidad que esperan recibir. Están influenciadas por la propia experiencia en comparación con la competencia o sino, con la opinión de otros usuarios.

**Liderazgo:**

“Se centra en el comportamiento de las personas que están a cargo de la organización: el liderazgo. Su trabajo es complejo. Como buenos líderes, tienen que generar claridad y unidad alrededor del objetivo/propósito de la organización. Como directores, generan el entorno dentro del cual la organización y las personas pueden destacar y aseguran el funcionamiento adecuado del mecanismo de dirección.” (AEVAL , La Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas, 2013) .

El CAF distingue el liderazgo político y directivo, los cuales deben estar coordinados para poder sacar adelante a la institución, por un lado el líder político coloca las metas y estrategias y el líder directivo con su experiencia hace que las metas y estrategias se cumplan.

**Estrategia y Planificación:**

Parafraseando lo que indica el Modelo CAF, en este criterio se debe trazar el camino a seguir para conseguir la misión y visión de la institución, establecer los objetivos y el cómo los va a medir, se debe considerar las políticas públicas, normativa vigente y necesidades de los grupos de interés, los Directivos deben velar porque se cumpla la planificación y siempre innovar.

**Personas:**

El modelo indica que “Las personas son el activo más importante de la organización” y que “el respeto y la legitimidad, el diálogo abierto, el empoderamiento, la recompensa y el reconocimiento, el cuidado, así como el proveer un entorno seguro y saludable son elementos fundamentales para construir el compromiso y la participación de las personas en el viaje hacia la calidad total de la organización” (AEVAL , La Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas, 2013), actualmente todas las instituciones públicas poseen unidad de talento humano que es donde se vela por desarrollar las capacidades, competencias del personal, ya que sin personas capaces de producir eficazmente, no se puede realizar la planificación estratégica.

**Alianzas y Recursos:**

Adicional a contar con las personas, las instituciones necesitan recursos para cumplir su misión, visión y objetivos estratégicos y operativos.

“Cada vez más, las organizaciones públicas son vistas como parte de una cadena de organizaciones que juntas, trabajan en pro de un resultado específico para la ciudadanía.” (AEVAL , La Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas, 2013).

**Procesos:**

“El Marco Común de Evaluación (CAF) evalúa únicamente los procesos clave” (AEVAL , La Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas, 2013) dentro

de los 3 grupos que existen en la cadena de valor de las entidades y que contribuyen a que la misión y estrategia de la institución se cumpla y que además generan valor para sus ciudadanos.

**Resultados:**

Parafraseando lo que indica el Modelo CAF, en este grupo se registra mediante indicadores aquellos resultados orientados a ciudadanos, resultados en las personas, resultados de responsabilidad social y resultados clave del rendimiento.

Los resultados se los mide con indicadores de percepción lo que significa preguntarles directamente y obtener una retroalimentación, por otro lado se mide con indicadores de desempeño de la entidad.

### 3. CAPÍTULO III PROPUESTA DE MEJORA

#### 3.1 Modelos de ejecución del plan de mejora.

Para establecer las acciones de mejora que eliminen los puntos críticos se seguirán los seis pasos establecidos en la Ruta de la Calidad basada en el ciclo Deming, como sigue:

#### Cuadro 1

##### Pasos de la Ruta de la Calidad

<b>Planear</b>	<b>1. Identificar el Problema-Línea Base</b>
	2. Describir la situación actual y Búsqueda de las Principales Causas
	3. Acciones para eliminar las Causas
<b>Hacer</b>	4. Propuesta para ejecutar las acciones
<b>Verificar</b>	5. Verificar los resultados
<b>Actuar</b>	6. Propuesta de documento para estandarización

#### Metodología

Según lo que indica (Tecnológico de Monterrey, 1996), para desarrollar el plan de mejora denominado Matriz de Planeación se definirá **que** actividades realizar, **quien** serán responsables de las acciones, lugar **dónde** se realizarán las acciones, **por qué** justificación de cada acción **y cuando** período de realización de cada etapa, como mediante las herramientas a utilizar, forma de trabajo.

### **1. Identificar el Problema**

Para identificar el Problema se utilizó la encuesta mediante el método Servqual que me permitió generar la línea base, estableciendo los principales puntos críticos según sus cinco dimensiones.

### **2. Describir la Situación Actual y Búsqueda de Principales Causas**

En base a los puntos críticos identificados, se describe la situación actual, características, se debe mostrar el comportamiento del problema apoyándose en los resultados de la encuesta.

Para identificar las características y causas se lo va hacer mediante las 5 M, diagrama Ishikawa, Maquina, Método, Mano de Obra, Medio Ambiente, Materia Prima. (Tecnológico de Monterrey, 1996)

### **3. Acciones para eliminar las Causas**

Se van a definir propuestas de acción para las principales causa raíz, de tal manera que permita prevenir que ocurra de nuevo el resultado no deseado y para prevenir su ocurrencia. Se utilizará las 5W / 1H: Qué, Quién, Dónde, Por qué, Cuándo, Cómo. (Tecnológico de Monterrey, 1996)

### **4. Propuesta para ejecutar las acciones**

En este punto se va a proporcionar de manera general el Cómo se ejecutaría las acciones propuestas.

### **5. Verificar los resultados**

Para verificar los resultados se establecerá una matriz de indicadores en donde se establecerá indicadores de control para cada punto crítico.

## 6. Propuesta de documento para estandarización

Una vez que se hayan cumplido satisfactoriamente las metas se deben estandarizar las acciones ejecutadas para mantener los logros alcanzados; el interés fundamental es evitar que el proceso regrese a su estado anterior. (Tecnológico de Monterrey, 1996)

A continuación se establece un formato para la estructura que se puede manejar para realizar el proceso de estandarización:

### Cuadro 2

#### Formato para Estandarizar Procesos

<b>Nombre de la Actividad:</b>		<b># PE:</b>		
<b>Departamento:</b>		<b>Producto:</b>		
<b>Responsable:</b>		<b>Manual de Entrenamiento:</b>		
<b>Fecha de Establecimiento:</b>		<b>Fecha de Revisión:</b>		
<b>Ubicación</b>	<b>Maquinaria</b>	<b>Materiales</b>	<b>Medio Ambiente</b>	<b>Equipo de Seguridad</b>
<b>Actividades</b>				
<b>Medición</b>				
<b>Resultado Esperado</b>		<b>Acciones Correctivas</b>		
<b>Elaborado por:</b>		<b>Revisado por:</b>		<b>Aprobado por:</b>

### 3.2 Identificar el Problema-Línea Base de los puntos de críticos de mejora.

Mediante el diagnóstico de la calidad en las prestaciones y los servicios del Centro de Atención Ambulatorio Central del IESS, se logró determinar los puntos críticos que se deben poner mayor atención por dimensión del Servqual, las cuales son calificadas sobre el 100 %; se toma en consideración aquella calificación que en la encuesta de satisfacción fue malo y regular, obtenido los siguientes puntajes:

#### Cuadro 3

#### Puntos Críticos

DIMENSIONES	FACTORES
<b>Elemento Tangible</b>	Baños Limpios y en buen estado 37 %
<b>Confiabilidad</b>	Horario de Citas 36 %
<b>Capacidad de Respuesta</b>	Tiempo de Espera 36 %
<b>Aseguramiento</b>	Personal Médico Confiable y Profesional 23 %
<b>Empatía</b>	Cordialidad del Personal Administrativo 31 %
<b>Insumos</b>	La no entrega o entrega parcial de medicamentos el 27 %



Se identificó como causa raíz principal que no existe número suficiente de baños para la demanda diaria de pacientes, que no existe personal asignado para la limpieza, que los suministros de limpieza son insuficientes y que no está aprobado el presupuesto para atender idóneamente este rubro, adicional indican que tienen que pagar 15 centavos para que les doten de papel higiénico, ya que actualmente existe una persona que se encuentra afuera del baño que cobra ese valor con la finalidad de apalancar la limpieza de los servicios higiénicos.

### **Elemento Confiabilidad**

Los afiliados entrevistados indican que en la dimensión confiabilidad se debe poner mayor atención en lo que respecta al horario de citas, ya que indican que las citas son muy prolongadas entre 3 a 6 meses, la insatisfacción es del 36 %; sin embargo en el Informe de Gestión Regional 1-Pichincha de julio 2011, emitido por la Dirección de Seguro General de Salud Individual y Familiar indica que en el Centro de Atención Ambulatoria Central el 54 % de personas no se les puede asignar citas.

### **Capacidad de Respuesta**

Los afiliados entrevistados indican que el tiempo de espera se debe mejorar ya que existe un 36 % de insatisfacción, la espera es en ocasiones de 1 hora hasta 4 horas.

A continuación se identificaron las principales causas para los elementos Confiabilidad y Capacidad de Respuesta:

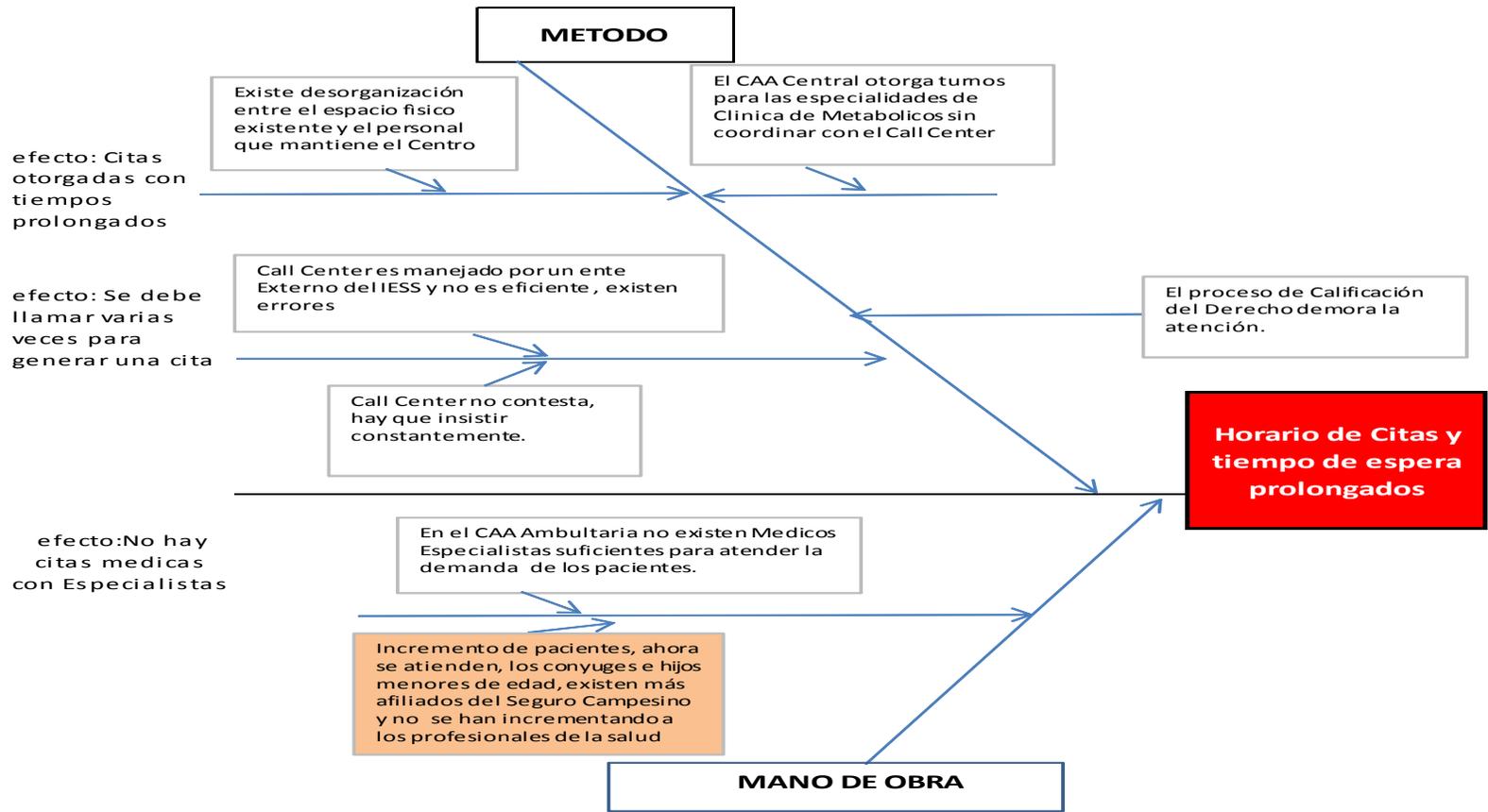
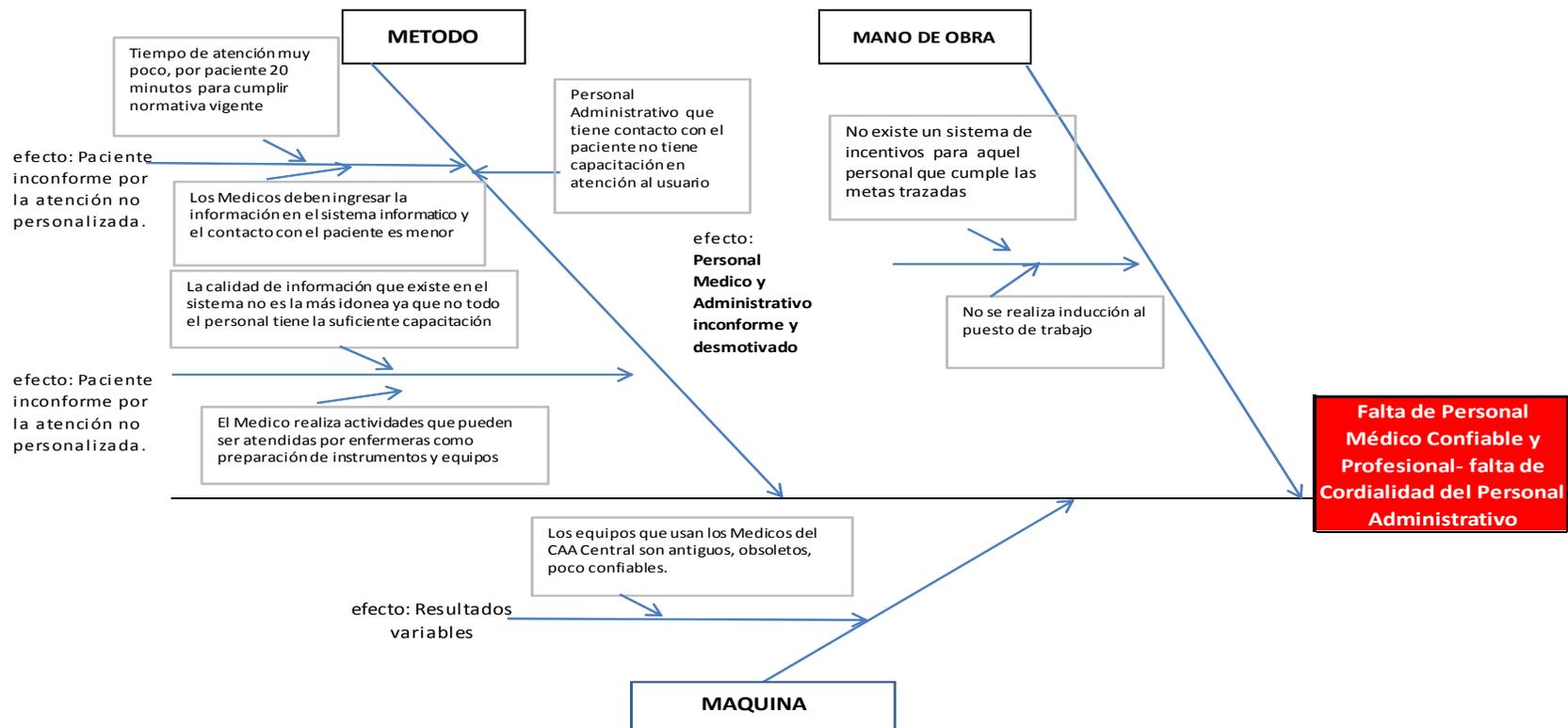


Figura 4 Análisis Causa Raíz elementos Confiabilidad y Capacidad de Respuesta –Tiempo de Espera y Horario de Cita.

### Aseguramiento y Empatía

A continuación se identificaron las principales causas para los elementos Aseguramiento y Empatía:

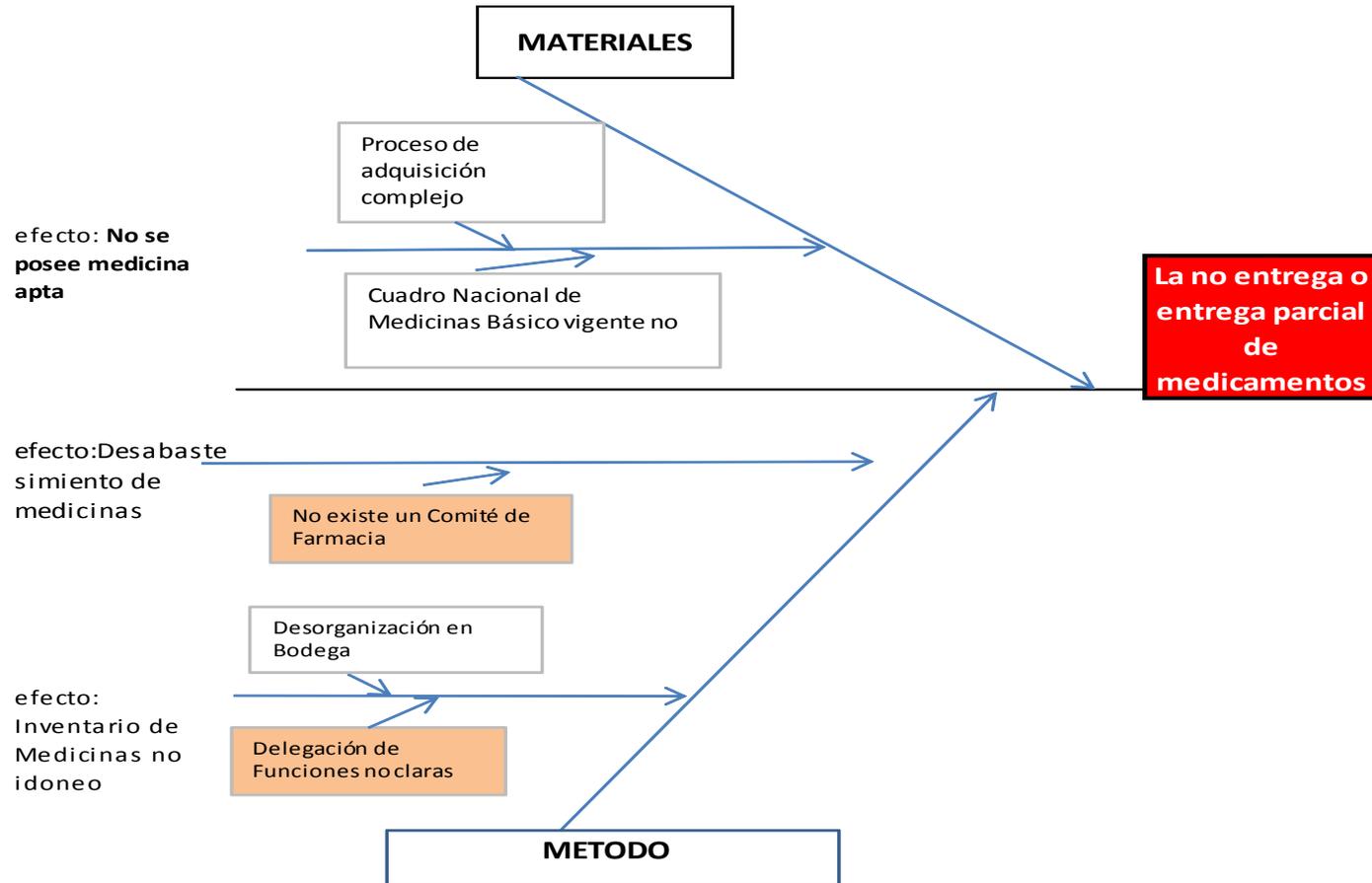


**Figura 5 Análisis Causa Raíz elementos Aseguramiento y Empatía –Medico Confiables – Profesional / Cordialidad del Personal Administrativo**

Los afiliados entrevistados indican que en la dimensión de Aseguramiento se debe mejorar la confiabilidad y profesionalismo del personal médico, ya que existe una insatisfacción del 23 % y por otro lado en la dimensión de empatía se debe poner atención en cordialidad del personal administrativo ya que la insatisfacción es del 31 %.

### **Insumos de la no entrega o parcial de medicamentos 27%**

Los afiliados entrevistados indican que los insumos que se debe mejorar el stock de los medicamentos ya que existe un 3 % que indican que la receta no se la han despachado en el dispensario y existe un 24 % que indican que la receta fue despachada parcialmente.



**Figura 6 Análisis Causa Raíz sobre Medicinas no entregadas o entrega parcialmente.**

### 3.4 Acciones para eliminar las Causas

#### Cuadro 4

#### Plan de Mejora Baños Limpios y en Buen Estado

Con la finalidad de Cumplir con los objetivos específicos del presente proyecto a continuación encontramos el Plan de Mejora:

Causas	¿Qué?	¿Quién?	¿Dónde?	¿Por qué?	¿Cuándo?	¿Cómo?
	Acción	Responsable	Lugar	Justificación de Acción	Periodo	Descripción
No existen suficientes útiles de limpieza. Los útiles de limpieza son de mala calidad. No existe presupuesto aprobado para un buen mantenimiento de baños. No existe cantidad suficiente de papel higiénico, jabón, toallas, No existe personal designado para la limpieza de los baños. La persona que realiza esporádicamente la limpieza cobra para entrar al baño 25 ctv.	Determinar el costo de mantenimiento de los baños	Responsable de Adquisiciones, Propuesta de Autor	CAA Central	Con la finalidad de eliminar las causas, se debe determinar el costo para proponer su implementación efectiva	Mensual	En el documento se anexará una cotización del personal e insumos para mantenimiento.
No existen Metodos de Control para verificar cada cuanto se realiza la limpieza	Elaborar una matriz de control para verificar la limpieza de los mismos.	Propuesta de Autor	CAA Central	Proponer un formato para el control de limpieza de los baños y que se mantengan limpios	Semanal	Se elabora un formato para controlar la limpieza de los baños.

CONTINUA →

<b>Causas</b>	<b>¿Qué?</b>	<b>¿Quién?</b>	<b>¿Dónde?</b>	<b>¿Por qué?</b>	<b>¿Cuándo?</b>	<b>¿Cómo?</b>
Existe una demanda de pacientes diario promedio de 200, no posee la cantidad de baños suficientes según lo que determina la Ordenanza 3457. Existe 1 baño para hombres y 1 baño para mujeres en el segundo piso	Reestructura de los baños propuesta, elaborar un presupuesto de remodelación de los baños nuevos en el dispensario	Dirección Nacional de Infraestructura y Equipamiento del IESS / Propuesta de Autor	CAA Central	Con la finalidad de eliminar las causas y de construir la cantidad de baños suficientes según lo que determina la Ordenanza 3457.	Semestre	Se explicará la adecuación requerida y se anexará una cotización de reestructura de los baños

## Cuadro 5

### Plan de Mejora Horario de Citas y Tiempo de Espera

<b>Causas</b>	<b>¿Qué?</b>	<b>¿Quién?</b>	<b>¿Dónde?</b>	<b>¿Por qué?</b>	<b>¿Cuándo?</b>	<b>¿Cómo?</b>
	<b>Acción</b>	<b>Responsable</b>	<b>Lugar</b>	<b>Justificación de Acción</b>	<b>Periodo</b>	<b>Descripción</b>
Existe desorganización entre el espacio físico existente y el personal que mantiene el Centro	Realizar un análisis de variables en las especialidades del CAA Central	Propuesta de Autor (2 especialidades)	CAA Central	Determinar un modelo para análisis de variables que permita organizar	Mensual	En el documento se elabora una matriz de análisis de variables de 2 especialidades
El CAA Central otorga turnos para las especialidades de Clínica de Metabólicos sin coordinar con el Call Center. Call Center es manejado por un ente Externo del IESS y no es eficiente, existen errores	Se debe analizar que sea el propio IESS quien maneje el Call Center	Dirección Nacional de Adquisiciones, Dirección Nacional de Planificación	CAA Central	Generar el compromiso y desarrollo directo desde el IESS, para disminuir los errores de agendamiento.	Trimestre	Se debe analizar, desarrollar la estructura tecnológica y humana.

CONTINUA →

<b>Causas</b>	<b>¿Qué?</b>	<b>¿Quién?</b>	<b>¿Dónde?</b>	<b>¿Por qué?</b>	<b>¿Cuándo?</b>	<b>¿Cómo?</b>
Call Center no contesta, hay que insistir constantemente.	Realizar publicidad masiva para que los usuarios conozcan que pueden tomar un turno vía web y sobre la calificación de derecho.	Dirección Nacional de Comunicación Social	CAA Central	Mediante la difusión del turnero web, los usuarios usarían más este servicio y el call center se descongestionaría	Permanente	Mediante los medios de comunicación, tv, radio, internet, vallas u otros.
El proceso de Calificación del Derecho demora la atención.	Desarrollo de Metodología Blueprint.	Dirección Nacional de Procesos, Dirección Nacional de Comunicación Social	CAA Central	La Metodología Blueprint, le permitirá analizar las actividades desde la perspectiva del usuario final e interno	Semestre	El documentar, diagramar, analizar y mejorar los procesos
En el CAA Central no existen Especialistas suficientes para atender la demanda de los pacientes. Incremento de pacientes, se atienden, los cónyuges e hijos menores de edad, existen más afiliados del Seguro Campesino y no se han incrementado a los profesionales de la salud	Realizar convenios con Universidades para que los estudiantes realicen sus pasantías en los CAA.	Administradora de la Unidad	CAA Central	Va a permitir dotarse de Médicos Especialistas para atender la demanda insatisfecha	Anuales	Contactarse con Universidades Especializadas y convencerles de los beneficios

## Cuadro 6

## Plan de Mejora Personal Médico Confiable y Profesional y Cordialidad del Personal Administrativo

Causas	¿Qué?	¿Quién?	¿Dónde?	¿Por qué?	¿Cuándo?	¿Cómo?
	Acción	Responsable	Lugar	Justificación de Acción	Periodo	Descripción
Tiempo de atención muy poco, por paciente 20 minutos para cumplir normativa vigente, los Médicos deben ingresar la información en el sistema informático y el contacto con el paciente es menor. El Medico realiza actividades que pueden ser atendidas por enfermeras como preparación de instrumentos y equipos, adicional los equipos que usan los Médicos del CAA Central son antiguos, obsoletos, poco confiables.	Delegar funciones a enfermeras que actualmente realiza el medico, como ingreso en el sistema A100 de información general del paciente, preparación de insumos, instrumentos y equipos	Administradora de la Unidad	CAA Central	Al delegar las funciones del Medico Especialista a una enfermera o tecnólogo bien entrenado, el Medico Especialista podría dedicar su tiempo en atender de manera más especializada.	Mensual	Delegar Funciones a enfermeras y/o Tecnólogos, posterior capacitarlos en las funciones delegadas
La calidad de información que existe en el sistema no es la más idónea ya que no todo el personal tiene la suficiente capacitación. Personal Administrativo que tiene contacto con el paciente no tiene capacitación en atención al usuario. No existe un sistema de incentivos para aquel personal que cumple las metas trazadas. No se realiza inducción al puesto de trabajo	Elaborar un programa de inducción y re inducción al personal, programa de incentivos	Administradora de la Unidad/ Dirección Nacional de Gestión de Talento Humano/ Propuesta de Autor	CAA Central	Permitir al personal conocer a la institución e instruirse en el puesto de tal manera que todas las funciones que va a desempeñar estén claras, adicional con los incentivos existentes el personal se motivará.	Permanente	En el documento se describe como va estar compuesto los documentos de inducción sobre el CAA Central y los incentivos no monetarios

## Cuadro 7

### Plan de Mejora por la no entrega o entrega parcial de medicamentos

Causas	¿Qué?	¿Quién?	¿Dónde?	¿Por qué?	¿Cuándo?	¿Cómo?
	Acción	Responsable	Lugar	Justificación de Acción	Periodo	Descripción
Proceso de adquisición complejo. Desorganización en Bodega	Levantamiento de necesidades por especialidad y servicio médico.	Comité de Farmacia		Al aplicar estas acciones se organizará mejor la Farmacia del CAA Central.	Trimestre	Realizando un Mapeo de Proceso
Cuadro Nacional de Medicinas Básico vigente no actualizado	Tramitar la autorización para adquirir medicinas que no forman parte del cuadro nacional de medicamentos básico vigente	Comité de Farmacia		Al aplicar estas acciones se organizará mejor la Farmacia del CAA Central.	Trimestre	Mediante Quipux de autorización
No existe un Comité de Farmacia	Conformar Comité de Farmacia	Administradora de la Unidad-Director del CAA Central		Al aplicar estas acciones se organizará mejor la Farmacia del CAA Central.	Trimestre	Generar un Instructivo de Conformación de Comité de Farmacia
Delegación de Funciones no claras	Establecer las Funciones de los Auxiliares de Farmacia y Funciones del Farmacéutico	Propuesta de Autor		Al aplicar estas acciones se organizará mejor la Farmacia del CAA Central.	Trimestre	Realizar Flujograma

### **3.5 Propuestas para ejecutar las acciones**

Para dar cumplimiento al objetivo desarrollar propuestas de mejora que se enfoquen en las características, cualidades y componentes que espera y percibe el usuario en atención médica de calidad y por otro lado disminuir la insatisfacción de los usuario en cuanto a los puntos críticos identificados en el diagnóstico previo se proponen las siguientes acciones que constan en el plan de mejora que preside por cada elemento:

#### **3.5.1 Elemento Tangible**

Con la finalidad de cerrar brechas entre lo óptimo y la situación actual se propone desarrollar lo siguiente:

##### **3.5.1.1 Reestructura de los baños propuesta.**

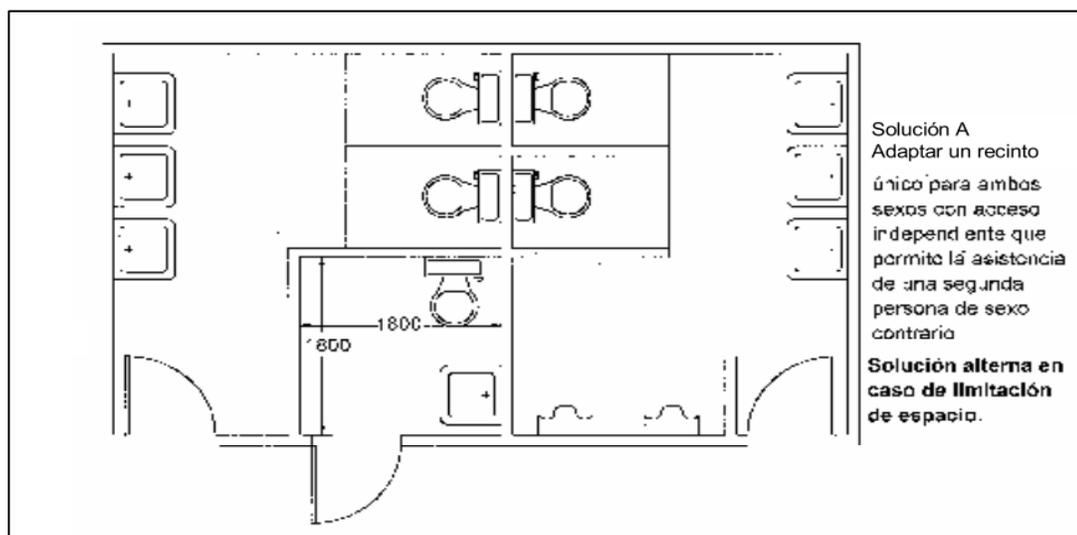
Al inspeccionar los baños con la finalidad de constatar las opiniones vertidas por los usuarios, constate que en los 3 pisos del edificio del Centro de Atención Ambulatoria Central existen habilitados en el piso 2 del edificio solo 2 baños 1 para hombres y 1 para mujeres con 1 solo lavamanos, determinando como antecedente que en promedio el Centro de Atención Ambulatorio Central atiende un promedio estimado de 200 usuario diariamente en las diferentes especialidades, lo que se contrapone en cuanto al número óptimo de baños que se debe contar en dicho Centro de Salud según con lo que indica la Ordenanza 3457 emitida por el Concejo Metropolitano de Quito el 22 de agosto del 2003, Sección Tercera Edificaciones de Salud en su art 212, en sus literal c) y d): “SERVICIOS SANITARIOS c) En las salas de esperas, se considerará un inodoro por cada 25 personas, un lavabo por cada 40 personas, y un urinario por cada 40 personas. Considerándose servicios higiénicos separados para hombres y mujeres.

d) Se instalará, además, un baño destinado al uso de personas discapacitadas o con movilidad"; y que por otro lado no existen baños para personas con capacidades especiales según lo establece el INEN en su norma técnica NTE INEN 2293:2001 Accesibilidad de las personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico. Área higiénica sanitaria.

Por lo anteriormente mencionado, se concluye que no existe el número suficiente de baños para la cantidad estimada de usuarios que asisten al Centro de Salud, por ello se plantea que al menos debe existir 8 baños, se propone que en el piso 2 se realice una reestructuración de los 2 baños y además con la finalidad de ganar espacio se utilice el espacio de la actual cafetería que queda junto a los mencionados baños, la cafetería no está en un estado óptimo y emana olores de comida no adecuados para un Centro de Salud, con ese espacio y sumado el espacio actual de 2 baños se puede construir un total de 5 baños y por otro lado se propone se habilite y reestructure los 3 baños del tercer piso, con ello tendríamos un total de 8 baños. A continuación se indica una fotografía del actual baño y se coloca el gráfico de cómo se desea la construcción de los baños propuestos para el segundo piso.



**Figura 7 Foto actual del Servicio Higiénico**



**Figura 8 Estructura propuesta para el Segundo Piso**

**Fuente:** NTE INEN 2293:2001 Accesibilidad de las personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico.

### **3.5.1.2 Presupuesto de remodelación de los baños en el Centro de Atención Ambulatorio Central**

Se considera que se debe proponer que se incluya en el presupuesto del año 2015 la ejecución de la obra de remodelación y adecuación de los baños del CAA Central, por ello se realizó una cotización para que sirva de costo de referencia que consta en el **Anexo N° 1** del presente Documento.

### **3.5.1.3 Determinar el costo de mantenimiento de los baños**

En base a la reestructura de los baños se han realizado varias cotizaciones sobre cuánto le costaría al Centro de Atención Ambulatorio Central realizar la limpieza de los baños con un proveedor externo, dicha empresa brindará un responsable de esta actividad con insumos, montaje y maquinaria, supervisión constante, lo cual se propone incluir en el presupuesto del año 2015, en el **Anexo N° 2** consta una cotización de una empresa de Limpieza.

El total que se gastaría para mantener los baños en buen estado y dotados de suministros, según la cotización realizada a una empresa de limpieza que posee prestigio sería un costo referencial de USD 16.320,48 anual, lo que se recomienda es disminuir 1 puesto de guardianía ya que en el CAA Central en el primer piso existe 1 guardia que entrega los turnos para laboratorio y no está realizando la actividad para lo que fue contratado, y la entrega de turnos lo puede realizar alguna enfermera o desde la ventanilla de calificación de derechos, ya que tienen momentos en el día que su carga de trabajo disminuye totalmente.

### **3.5.1.4 Elaborar una matriz de control para verificar la limpieza de los baños**

A continuación se muestra una matriz de control para verificar la limpieza de los baños continuamente:

## Cuadro 8

### Control de Mantenimiento de Baños


**CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA CENTRAL**  
 SEMANA: 11 AL 15 DE AGOSTO 2014

**CONTROL DE MANTENIMIENTO DE BAÑOS**

HORA	FIRMA DE RESPONSABLE												OBSERVACIÓN			
	11/08/2014 LUNES			12/08/2014 MARTES			13/08/2014 MIÉRCOLES			14/08/2014 JUEVES				15/08/2014 VIERNES		
	Suminist	Limpieza	Firma	Suminist	Limpieza	Firma	Suminist	Limpieza	Firma	Suminist	Limpieza	Firma		Suminist	Limpieza	Firma
7:00																
8:00																
9:00																
10:00																
11:00																
12:00																
13:00																
14:00																
15:00																
16:00																
17:00																
18:00																
SUPERVISADO POR: .....																
FECHA: .....																
OBSERVACIÓN: .....																
.....																
.....																

### 3.5.2 Confiabilidad

Para cerrar la brecha en este componente se propone lo siguiente:

#### 3.5.2.1 Análisis de Variables de Capacidad

La finalidad es la de organizar las citas y asignar al personal necesario según la demanda atendida del Centro de Atención Ambulatorio Central.

Para ejemplificar el estudio de capacidad, se tomó a 2 especialidades Ginecología y Pediatría, que se encuentran entre las 5 especialidades más recurrentes por los usuarios.

A continuación se efectuó el análisis en Ginecología, el cual posee 3 consultorios y 4 Ginecólogos, se toma la demanda atendida, se calculó el número de horas médico y consultorio necesarias para atender a la demanda asignada, se considera el número de pacientes que el médico puede atender

por hora, que son 3 pacientes con 20 minutos a cada uno y se determina las brechas de hora médico, y la distribución óptima en horas médico que se debería considerar para la atención. Por ello se concluye que para atender la demanda asignada en esta especialidad se necesita a 3 médicos ginecólogos y no 4 como actualmente están, sin embargo se propone que se incremente el número de personas atendidas en promedio diario de 65 a 81 personas un 20 % más, de esta manera disminuiría la demanda insatisfecha.





A continuación se efectuó el análisis en Pediatría, el cual posee 2 consultorios y 3 Pediatras, se toma la demanda atendida, se calculó el número de horas médico y consultorio necesarias para atender a la demanda asignada, se considera el número de pacientes que el médico puede atender por hora, que son 3 pacientes con 20 minutos a cada uno y se determina las brechas de hora médico, y la distribución óptima en horas médico que se debería considerar para la atención. Por ello se concluye que para atender la demanda asignada en esta especialidad se necesita a los 3 médicos pediatra que constan actualmente.

### **Análisis de Variables de Capacidad en la Especialidad de Endocrinología**

Actualmente el Centro de Atención Ambulatoria cuenta con un solo médico especialista Endocrinólogo, el cual no puede abastecer la demanda mensual de 840 pacientes, ya que el en un mes podría atender a 480 pacientes sin considerar otros procedimientos.

#### **Delegar funciones:**

Actualmente los médicos especialistas realizan varios procedimientos, entre ellos:

- Ingreso de información al sistema A100 sobre datos generales, síntomas y diagnóstico de paciente, cita subsiguiente, esto le toma al médico de 5 a 10 minutos por paciente y lo cual se propone que una vez capacitada la enfermera podría delegar el ingreso de los datos generales al sistema, cita subsiguiente; así el médico se dedicaría a atender al paciente y no se desgastaría en ingresos al sistema de esos datos, lo que conllevaría a poder ofrecer una atención de calidad y en menor tiempo.

- Preparación del paciente, explicación ampliada del diagnóstico del paciente, por ejemplo en ocasiones el paciente debe colocarse la bata y en esa actividad toma 5 minutos. La preparación y explicación ampliada del diagnóstico lo pueden realizar Enfermeras especialistas superiores, “ya que cuanto más elevada es la formación y la condición profesional de las enfermeras, mejores son los resultados conseguidos en los pacientes” (Malagón, Galán, & Pontón Laverde, 2008), de esta manera el Médico Especialista pueda dedicarle un tiempo de calidad al paciente y no sobrepasar el tiempo límite de atención y poder atender a todos los pacientes asignados.

#### **Realizar Convenios con Universidades para contratar pasantes médicos especialistas:**

Se propone que se contraten pasantes médicos para los Centros de Atención Ambulatoria, quienes estarían bajo la responsabilidad de los Médicos Especialistas de cabecera, ya que estos son requeridos generalmente para Hospitales.

#### **3.5.3 Capacidad de Respuesta**

“Para lograr proyectar con claridad la organización estructural y funcional hospitalaria, es indispensable revisar la misión y visión que hayan sido aceptadas, fijando el horizonte al cual se debe proyectar y alcanzar” (Malagón, Galán, & Pontón Laverde, 2008), con la finalidad de que los funcionarios del Centro de Atención Ambulatorio Central brinde servicios con altos estándares de calidad se propone realizar lo siguiente:

### 3.5.3.1 Teoría Blueprint

Parafraseando lo que indica Lynn Shostack (1992) que estos diagramas centrados en servicios permiten describir procesos que incluyen flujos, secuencias, relaciones y dependencias. Kim y Kim (2001) han propuesto modificaciones a los diagramas de servicios mediante la adición de ramas.

Parafraseando lo que indica Alcaide (2008) sobre la Revisión de los procesos enfocados en el servicio entregados al usuario basado en la teoría blueprint “planos del servicio”, que permite documentar, diagramar, analizar y mejorar los procesos. Los servicios son, en esencia, procesos, constituyen una secuencia de pasos físicos que pueden identificarse, describirse, medirse, evaluarse y controlarse con precisión desde la perspectiva del usuario, el blueprint se utiliza para plasmar de manera gráfica dicha secuencia, mediante plano, gráfico o diagrama.

“Para realizar el proceso completo, se recomienda seguir la siguiente secuencia de pasos:

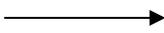
1. Identifique el servicio, actual o nuevo, para el que se va a realizar el plano.
2. Desglose el servicio en todas sus tareas elaborando una “lista de actividades” inicial.
3. Distribuya las actividades en un plano comenzando siempre desde el punto de vista de los clientes.
4. Señale la “línea de interacción” y la “línea de visibilidad”.
5. Establezca, mediante líneas, los vínculos y relaciones que existen entre las tareas y actividades comenzando con las que se producen en la “línea de interacción”.
6. Luego, una con líneas las actividades de interacción con las tareas y actividades que se producen en la “línea de visibilidad”.

7. Señale la “línea de interacción interna” y establezca el vínculo entre las tareas que se realizan en la misma con las de la “línea de visibilidad”.
8. Incluya, donde correspondan, la indicación de los elementos físicos que intervienen en la prestación del servicio.” (Alcaide, 2008)

### **Cuadro 11**

#### **Desglose en la atención del paciente en Medicina General:**

<b>ACTIVIDADES</b>
Llama al call center a pedir turno o lo obtiene vía web
Toma la cita vía web
Busca Disponibilidad de cita con centro médico, especialista, día y hora, agenda en el sistema
Recepcionista asigna cita
Entra al edificio, va a información
Revisa en el sistema que el afiliado se encuentre al día en los últimos aportes
En información le indican el proceso para la consulta medica
Asistente Entrega un papel sellado
califica el derecho
Generan listados de las personas que se van atender diariamente
Traslada a consultorio medico
Doctor Indica su nombre
Doctor analiza la historia clínica a través del sistema A100 e ingresa nuevos síntomas
Espera a ser llamado
Doctor escucha síntomas y registra
Doctor Prepara instrumentos para chequeo medico
Describe síntomas al doctor
Medico realiza examen físico y toma de signos vitales
Medico registra el resultado de examen físico en sistema A100
Se prepara para revisión médica y toma de signos vitales
Realiza Receta
Medico emite diagnóstico y receta en sistema A100
Le revisa el medico
Recibe diagnostico

**CONTINUA** 

Se traslada a Farmacia

Coje turno

Espera

Guardia entrega turno

El turnero indica el número

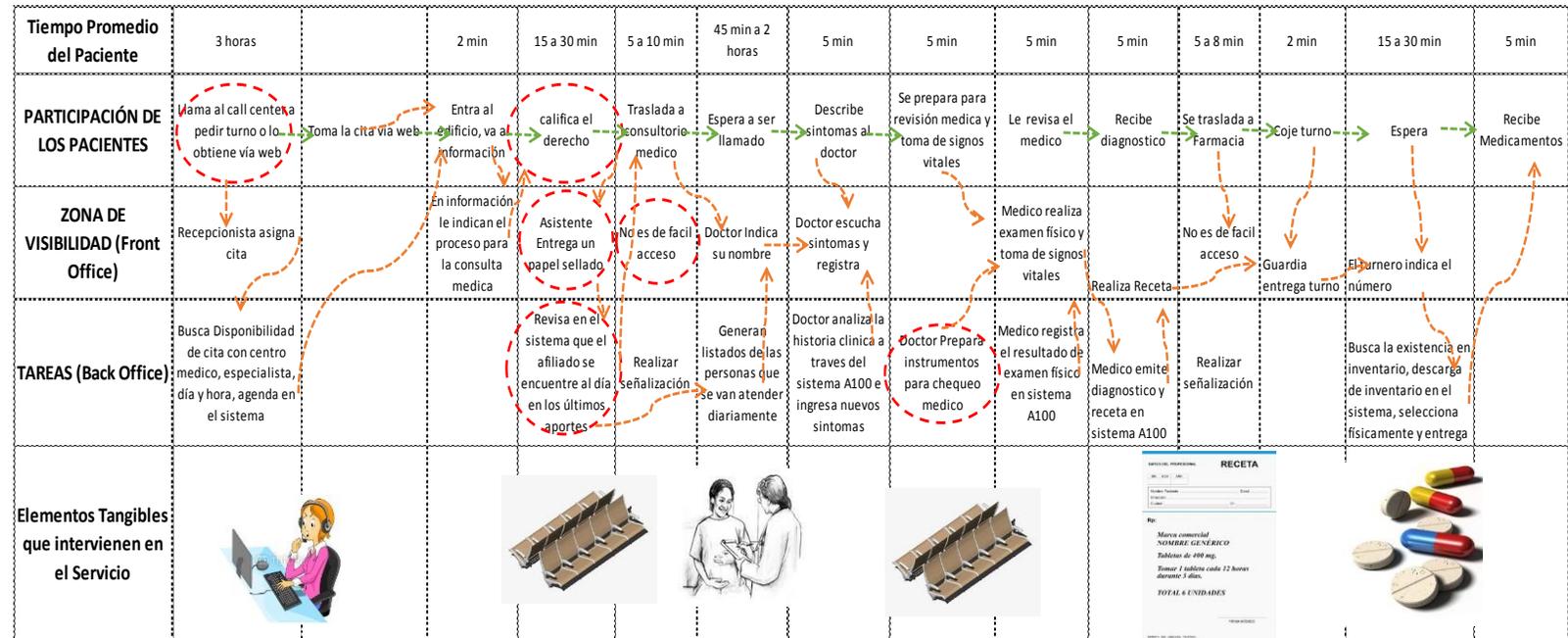
Busca la existencia en inventario, descarga de inventario en el sistema, selecciona físicamente y entrega

Recibe Medicamentos

Para ejemplificar se detalle el siguiente plano del servicio en atención del paciente en Medicina General:

**Cuadro 12**

**Plano del servicio en atención del paciente en Medicina General**



En el ejemplo precedente consta el gráfico de la metodología blueprint, en el cual constan las actividades y tareas desde el punto de vista del paciente, zona de visibilidad que es lo que el paciente visualiza en la atención del servicio, y consta las tareas que se realizan para que la zona de visibilidad se ejecute, que es lo que realiza el personal del Centro de Atención Ambulatorio Central y lo que el paciente no ve. Al analizar las dos perspectivas Front Office, se consideran las actividades, tiempos, suministros, responsables que se ejecutan para tener contacto directo con los pacientes, y las actividades, tiempos, suministros, responsables que se ejecutan para apoyar la gestión de la atención al paciente y su contacto es indirecto, se denomina Back Office.

En este análisis podemos verificar que el tiempo en donde se tarda más el paciente es en tomar la cita, esto es porque al llamar al call center las líneas están ocupadas, o cuando contestan indican que llamen nuevamente porque no hay citas, es por ello que es mejor tomar una cita via web, por ello se sugiere que el IESS realice una campaña de comunicación indicando como se debe usar el turnero web.

El punto en donde se califica el derecho, existe una cola de espera entre 15 a 30 min, esto se sugiere que exista una aplicación en donde el afiliado haga la calificación del derecho vía web.

El Centro de Atención Ambulatorio Central es un edificio con varias entradas y pisos por ello debe estar bien identificados en la entrada de cada piso, y en información deben dar las indicaciones completas, yendo más allá de lo que se les pregunta.

Otro punto de análisis es que el Doctor prepare los instrumentos para el chequeo médico y toma de signos vitales, mientras ese trabajo lo puede ejecutar la enfermera.

Si se consideran las recomendaciones antes descritas se optimizaría el tiempo como sigue:

### Cuadro 13

#### Optimización de tiempo del paciente-Front Office

Optimización de tiempo del paciente-Front Office	
Llama al call center a pedir turno o lo obtiene vía web	3 horas
Calificar el derecho	15 a 30 min
Ubicación de consultorio y farmacia	5 a 10 min

### Cuadro 14

#### Optimización de tiempo del paciente- Back Office

Optimización de tiempo del médico traspasado a la enfermera por paciente –Back Office	
Doctor Prepara instrumentos para chequeo medico	5 min
Medico realiza toma de signos vitales	3 min

### **3.5.4 Aseguramiento y Empatía**

Por ello se plantea realizar un programa de inducción enfocado en la satisfacción al usuario y un programa de incentivos.

#### **3.5.4.1 Programa de Inducción enfocado en la satisfacción al usuario**

##### **Objetivo:**

Empoderar, concientizar y adaptar al personal nuevo y vigente del Centro de Atención Ambulatorio Central en el desempeño de sus funciones al servicio del afiliado, con la finalidad de que se involucren en el logro de los objetivos del Centro.

##### **Responsable:**

El responsable de la ejecución del presente programa es el delegado de Talento Humano, en coordinación con el delegado de gestión de calidad y con el responsable de cada área, departamento o proceso.

##### **Definiciones:**

**Inducción:** Son los lineamientos que se efectúa a los servidores (as) nuevos que ingresan a su puesto de trabajo, con la finalidad orientarle, ubicarles y motivarles sobre las funciones que va a desempeñar.

**Reinducción:** Es un proceso que permite reorientar, actualizar conocimientos para un mejor desempeño de las funciones asignadas; este proceso se desarrolla cuando la institución ha generado cambios normativos, modificación de políticas, mejora institucional.

**Fases de la Inducción:**

**Recibimiento:** Se le da la bienvenida al personal nuevo, se les presenta a los jefes y compañeros de trabajo, se le enseña las instalaciones y su distribución.

**Ubicación:** Se le asigna un lugar en donde va a desempeñar sus funciones

**Periodicidad:** La inducción sobre las generalidades de la institución se la realiza en 2 horas, la observación en las distintas áreas es durante los siguientes 3 días y la orientación específica en las funciones del puesto de trabajo se le asignará un mentor el cual le explicará entre 1 día y 1 semana dependiendo la complejidad del puesto.

**Contenido:**

**Reseña Histórica:** En el **Anexo Nº 3** del presente documento se encuentra el resumen de la reseña histórica.

Parafraseando lo que se indica como misión y visión

**Misión:** El Centro de Atención Ambulatoria Central es una entidad que brinda atención de salud integral, con calidad y calidez a los afiliados: Activos, Jubilados y Derechohabientes, con un criterio de riesgo y desarrollando programas preventivos, de tratamiento y rehabilitación, con criterios de servicio, ética, compromiso, responsabilidad social, para procurar la satisfacción de nuestros usuarios. (Mora Delgado, 2010)

**Visión.-** Constituirse en una Unidad Prestadora de Servicios de Salud Ambulatoria de II nivel de Atención y Complejidad, que desarrolle un Nuevo Modelo de Atención, basado en promover un cambio de actitud del personal técnico de nuestra Unidad, que les permita ser facilitadores de las acciones de salud que brinda nuestro Centro de Atención. (Mora Delgado, 2010)

### **Especialidades y Servicios que brinda en CCA. Central**

El Centro posee 19 especialidades entre las más frecuentadas por sus afiliados, beneficiarios y pensionistas son Endocrinología, Medicina Interna, Gineco Obstetricia, Pediatría, Medicina Familiar y Medicina General. Los servicios más demandados son Laboratorio Clínico, rehabilitación y farmacia.

#### **Cuadro 15**

### **Especialidades y Servicios que brinda en CCA. Central**

<b>ESPECIALIDADES</b>		<b>SERVICIOS</b>
Neurología	Traumatología	Imagenología
Cirugía Vascular	Oftalmología	Emergencia
Cardiología	Cirugía General	Laboratorio Clínico
Gastroenterología	Endocrinología	
Proctología	Medicina Interna	
Dermatología	Gineco Obstetricia	
Nefrología	Pediatría	
Psiquiatría	Medicina Familiar	
Urología	Medic. General	
Otorrinolaringología		

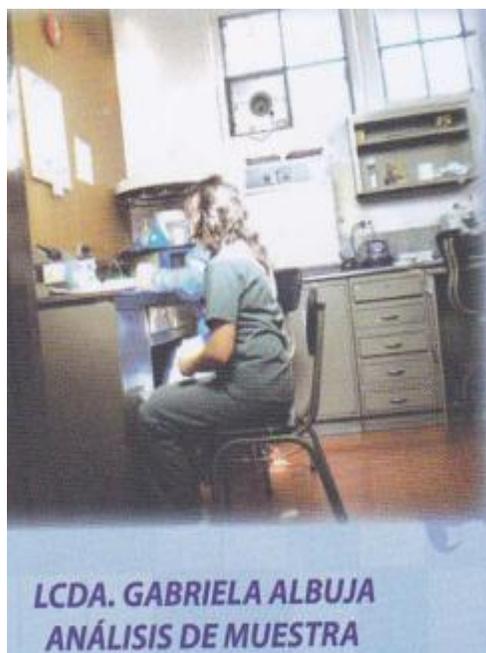
Las siguientes imágenes son una recopilación de fotografías de algunas especialidades y servicios del Centro de Atención Ambulatorio Central que constan en el libro emitido por (Orellana & Ochoa, 2012).

### Calificación de Derecho



**Figura 9 Calificación de Derecho**

### Servicio de Histopatología



**Figura 10 Servicio de Histopatología**

### Fomento y Promoción de la Salud



Figura 11 Fomento y Promoción de la Salud

### Servicio de Laboratorio Clínico



Figura 12 Servicio de Laboratorio Clínico

## Servicio Medicina General



**Figura 13 Servicio Medicina General**

### **De los Deberes, Derechos y Prohibiciones**

Al ser una institución pública sus servidores(as) tienen los mismos deberes, derechos y prohibiciones que constan en la Ley del Servicio Público-LOSEP, los cuales constan en el **Anexo N° 4**, como sigue:

**Inducción al cargo:** Según el perfil que ostenta en el Centro de Atención Ambulatorio Central, el Mentor asignado capacitará en las actividades diarias, semanales, ocasionales, las responsabilidades y autoridades.

## Capacitaciones:

Con la finalidad de empoderar y concientizar al personal nuevo y antiguo se propone lo siguiente:

### Cuadro 16

#### Plan de Capacitación

NOMBRE DEL TALLER	OBJETIVO	RESPONSABLE	DIRIGIDO A	Nº DE PERSONAS	PERIODO
<b>Mi trabajo al servicio de los pacientes</b>	Promover y fomentar la concientización de los servidores en el desempeño de sus actividades mediante la sensibilización con todas las áreas del Centro	Servicio de Comunicación, Docencia y Capacitación	Todo el Personal	219	32 horas
<b>Yo me reflejo en mi puesto de trabajo</b>	Posicionar las 5 S en el puesto de trabajo de cada servidor	Servicio de Comunicación, Docencia y Capacitación	Todo el Personal	219	16 horas
<b>Agudizando mis sentidos</b>	Reforzar la comunicación, el trato, la escucha, pertenencia en los servidores del Centro	Servicio de Comunicación, Docencia y Capacitación	Todo el Personal	219	16 horas
<b>Trabajando en equipo</b>	Realizar un taller de cuerdas, en donde todos se involucren y generen un solo objetivo	Servicio de Comunicación, Docencia y Capacitación	Todo el Personal	219	32 horas
<b>Manejo del Sistema A100</b>	Reforzar los conocimientos sobre el uso del Sistema al personal Médico y Enseñar el uso de la herramienta informática a los Auxiliares y Enfermeras.	Centro de Computo	Personal Medico	174	24 horas
<b>Capacitaciones en temas específicos según las especialidades médicas</b>	Cerrar brechas de aprendizaje para desempeñar el puesto y a su vez atender mejor a los pacientes	Jefes de Área	Todo el Personal	438	32 horas c/u

### 3.5.4.2 Programa de incentivos

En el sector público no existen bonos por eficiencia para el personal operativo, actualmente las bonificaciones se manejan a los directivos de grados salarial mayor de 20 grados, en el sector público existen limitaciones económicas es por ello que el siguiente programa contiene algunas iniciativas orientadas a gratificar el esfuerzo del personal con reconocimientos no monetarios, una de las razones por las cuales no se proponen incentivos monetarios son que estas motivaciones son estacionarias y no conlleva a la generación de resultados excelentes sostenidamente:

**Objetivo:** Promover que los servidores(as) públicos del Centro de Atención Ambulatoria Central desarrollen sus actividades con los mejores resultados, motivando a que sus acciones sean premiadas con reconocimientos no monetarios.

**Responsable:** La ejecución del presente programa es responsabilidad de la unidad de Talento Humano, siendo su evaluación trimestral.

#### **Métodos de Reconocimientos no Monetarios**

Este método lo considera el Ministerio de trabajo dentro de la Política: Regulación y Control de Gestión Pública para el Talento Humano, publicado en su página web e indica que estará a disposición de la ciudadanía a partir de la vigencia del nuevo Reglamento de la LOSEP. Se propone instaurar los siguientes métodos de Reconocimientos no monetarios para los servidores públicos del Centro de Atención Ambulatorio Central:

- **Ranking Interno**

Se acoge la buena práctica de la Agencia Nacional de Transito-ANT, sobre establecer un ranking interno entre el mejor desempeño, en este caso se aplicará a las especialidades o servicios, ya que son mejores los reconocimientos de equipos que individuales, ya que así se genera mayor

colaboración y sentido de pertenencia, que no se logra con reconocimientos individuales, sin embargo con la finalidad de reconocer a los Generadores de Acción se establecerá un ranking por categorías para cada especialidad y servicios, adicional se establecerá el ranking para servidores, en donde se premiará al área y al servidor que obtenga los mejores resultados, los criterios para seleccionar los mejores serán:

### Cuadro 17

#### Ranking Interno

Criterios	Medios	Categorías			
		A	B	C	D
<b>Resultado de Encuesta</b>	Encuestas de Satisfacción por área y servidor mensual	100 % a 90 %	89% a 75%	74% a 65 %	menor a 64%
<b>Cumplimiento de Metas por Unidad</b>	Cumplimiento de Metas mediante la instauración de la metodología Gobierno por Resultados emitida por la Secretaria Nacional de Administración Pública, adicional se revisará el cumplimiento oportuno, calidad de información cargada	100 % a 85%	84% a 70%	69% a 60%	menor a 60%
<b>Ejemplo en lo personal</b>	Evaluación entre servidores, características de solidaridad, compañerismo, deporte, ejemplo en lo familiar u otros	100 % a 90 %	89% a 75%	74% a 65 %	menor a 64%

**Evento de Premiación:** Desarrollar un evento de premiación en donde se reconozca públicamente al área y servidor público que haya logrado los resultados esperados y a ellos se los denominará Generadores de Acción.

**Los Generadores de Acción:** serán los servidores públicos que hayan obtenido el reconocimiento público, además su denominación será inscrita en el

Ministerio de Relaciones Laborales, los generadores de acción serán quienes organicen los siguientes eventos de premiación.

- **Reconocimientos no monetarios:**

- En la sala de Capacitación, como acto de reconocimiento se va a pintar la marca de la mano del hijo del servidor público en donde va a estar su nombre y la marca de los Generadores de Acción.

Ejemplo:



LUIS ROCHA

- Se le tomará una foto a los Generadores de Acción y se publicará en la página web del IESS durante una semana.
- Se le entregará una escarapela que diga Generador de Acción y con el logo del IESS.
- A los generadores de acción se les concederá el día de su cumpleaños como vacación.
- Se le otorgará el permiso a los Generadores de acción para asistir a cursos financiados por Instituto de Altos Estudios Nacionales o con Secretaria Técnica de Capacitación y Formación Profesional-SETEC.
- Oportunidad de realizar pasantías de especialización en otros Hospitales de Nivel III del IESS.

### 3.5.5 Insumos de la no entrega o parcial de medicamentos 27%

#### Recomendaciones Generales

En base a lo que indica el Borrador del Reglamento para la Gestión Farmacéutica en las Unidades Médicas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, me permito parafrasear su contenido como sigue:

- En el Centro de Atención Ambulatoria Central se propone que se conforme un Comité de Farmacia, quienes tendrán la responsabilidad de seleccionar y estructurar la programación de necesidades de medicinas de acuerdo a las estadísticas del Centro de Atención por morbilidad y consumos históricos, stock actual y posterior será la máxima autoridad quien en base al reporte emitido por el Comité de Farmacia apruebe la adquisición; para ello las principales funciones serán:
  - Desarrollar y actualizar periódicamente el listado de medicamentos para cubrir las necesidades del Centro de Atención Ambulatorio Central, mediante un levantamiento de necesidades por especialidad y servicio médico.
  - Programar las necesidades de medicinas como parte del sistema de adquisiciones.
  - Asesorar sobre el uso y precauciones de los medicamentos
  - Mantener reuniones periódicas, al menos una vez al mes ordinariamente y si fuese necesario convocar reuniones extraordinariamente.
  - Tramitar la autorización para adquirir medicinas que no forman parte del cuadro nacional de medicamentos básico vigente.
- La programación de necesidades de medicinas para el Centro de Atención Ambulatoria Central debe considerar el stock actual y generar

el listado enmarcado en el Cuadro Nacional de Medicinas Básico vigente y basado en su nivel de complejidad.

- Mantener una bodega exclusiva para almacenar medicinas, que contenga un ambiente idóneo para la preservación de las medicinas.
- Identificar las medicinas, utilizar el método de inventario PEPS, significa primeras en entrar primeras en salir, significa que aquellas que tienen caducidad próxima deben ser las primeras que se entreguen a los pacientes.
- El servidor que distribuya el medicamento debe ser profesional en el área para que valide la prescripción del médico, la preparación, identificación e información al paciente para su uso, almacenaje y asesorar sobre posibles incompatibilidades de medicamentos e instrucciones alimenticias para lograr los resultados esperados.
- Funciones del Auxiliar de Farmacia
  - Custodiar y controlar los saldos físicos de los medicamentos
  - Organizar las recetas de acuerdo al turno asignado a cada paciente y colocar en las canastillas para el efecto.
  - Preparar medicamentos para cada paciente según lo prescrito por el médico respectivo, verificar nombre genérico, concentración, cantidad.
  - Para los medicamentos de alto riesgo y denominados especiales verificar la existencia de autorización para su entrega al paciente.
  - Elaborar el registro en el kardex del sistema de inventario de medicamentos.
  - Preparar mensualmente el informe de egresos o cancelaciones del listado de medicamentos.
  - Elaborar reporte de stock crítico.
  - Almacenar en las perchas los medicamentos identificándolos con códigos para el efecto.

- Controlar la obsolescencia de los medicamentos, la poca rotación, y próximos vencimientos.
- Tramitar mediante acta los medicamentos que están por vencer con 60 días de anticipación con las empresas proveedoras para la devolución o canje.
- Funciones del Farmacéutico
  - Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades del servicio de farmacia
  - Supervisar las actividades que ejecuta el equipo
  - Participar como miembro del Comité de Farmacia con la finalidad de analizar los casos de seguimiento farmacoterapéutico de pacientes y exposiciones de los medicamentos, adicional entregar reportes que soliciten.
  - Promover la capacitación del equipo de trabajo
  - Promover programas de garantía de calidad y de farmacovigilancia y desarrollar los reportes de reacciones adversas y fallas presentados por el personal médico y pacientes.
  - Realizar el levantamiento de necesidades de las especialidades y servicios médicos.

### **3.6 Verificar los Resultados**

A continuación se establece una matriz de indicadores para controlar el cumplimiento de las propuestas diseñadas para eliminar los puntos críticos basados en la Metodología SMART, en el cual indica que los indicadores deben ser específicos, medibles, alcanzables, realizables y que se cumplan en el tiempo.

Cuadro 18

## Matriz de indicadores para eliminar Puntos Críticos

PUNTOS CRITICOS	S		M		A		R	T	
	S(específicos)		M(Medible)		A(Alcanzable)		R(Realizable)	T(tiempo)	
	NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDIDA	FORMULA DE CÁLCULO	LINEA BASE	META	ESTRATEGIA	TIEMPO
<b>Baños Limpios y en buen estado</b>	Porcentaje de Satisfacción del Usuario en el Uso de la Infraestructura baños	Reducir los reclamos de los usuarios por la suciedad y cobro en los baños	Mensual	Porcentaje del Número de Reclamos	Número de Reclamos por insatisfacción en el uso de baños/Total de Pacientes en el Mes.	37% Insatisfacción	Reducir el número de personas insatisfechas para llegar a un 7 %	Reestructurar los baños, mantenimiento periódico de los baños, matriz de control del mantenimiento en los baños.	12 meses
<b>Horario de Citas 36 %</b>			Mensual	Porcentaje del Número de Pacientes no atendidos en el mes	Número de Pacientes no atendidos en el mes que solicitan una cita/Total de Pacientes atendidos en el mes	36% Insatisfacción			
<b>Tiempo de Espera 36 %</b>	Porcentaje de Satisfacción del Usuario en el tiempo de espera en las citas medicas	Reducir el tiempo en que se le otorga una cita al paciente	Bimensual	Porcentaje de Número de Especialidades y Servicios Médicos	Especialidades y Servicios Médicos que se ha realizado el estudio de capacidades, utilizado metodología blueprint/Total de Especialidades y Servicios Médicos del CCA Central	36% Insatisfacción	Reducir el número de personas insatisfechas para llegar a un 25 %	Implementar modelo de Estudio de Capacidades y metodología Blueprint en todas las Especialidades y Servicios del CCA Central.	12 meses

## Cuadro 19

## Matriz de indicadores para eliminar Puntos Críticos

PUNTOS CRITICOS	S		M		A		R	T	
	S(específicos)		M(Medible)		A(Alcanzable)		R(Realizable)	T(tiempo)	
	NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDIDA	FORMULA DE CÁLCULO	LINEA BASE	META	ESTRATEGIA	TIEMPO
<b>Cordialidad del Personal Administrativo 31 %</b>	Porcentaje de Satisfacción de los Usuario en cuanto a la cordialidad, confiabilidad y profesionalismos del personal del CAA Central	Incrementar la Satisfacción del personal del CAA Central para que brinden un mejor servicio con calidez	Trimestral	Porcentaje de Número de Personas	Número de Servidores públicos que recibieron la re inducción/Total de Personal	31% Insatisfacción	Reducir el número de personas insatisfechas para llegar a un 11 %	Realizar un proceso de Inducción y Re inducción al personal	6 meses
<b>Personal Médico Confiable y Profesional 23 %</b>				Porcentaje de Número de Personas	Número de servidores públicos que han recibido reconocimientos no monetarios/total de personal	23% Insatisfacción	Reducir el número de personas insatisfechas para llegar a un 11 %	Aplicar el Instructivo de Incentivos	
<b>La no entrega o entrega parcial de medicamentos el 27 %</b>	Porcentaje de Satisfacción de los Usuario en cuanto al despacho de medicamentos	Incrementar la Satisfacción del Usuario en cuanto al despacho de medicamentos	Mensual	Porcentaje de Número de Pacientes a los que no se les despacho la medicina parcial o total en el mes	Número de Pacientes a los que no se les despacho la medicina parcial o total en el mes/Total de Pacientes que tuvieron requerimiento de medicina en el mes	27% Insatisfacción	Reducir el número de personas insatisfechas para llegar a un 20 %	Recomendaciones Generales como Conformar Comité de Farmacia, distribuir funciones correctamente	

### **3.7 Mecanismos de Control Continuo**

Con la finalidad de que el Centro de Atención Ambulatoria Central genere planes de mejora integrales, a continuación voy a detallar un Modelo de Gestión Institucional orientado hacia la excelencia basada en el Modelo CAF Common Assessment Framework que significa Marco Común de Evaluación:

#### **3.7.1 Modelo de Gestión Institucional basado en CAF**

Este modelo va a permitir que la institución mejore por medio de la autoevaluación; en el primer proyecto que fue diagnóstico de la calidad en las prestaciones y los servicios del centro de atención ambulatorio central del IEES, que se desarrolló en base al Modelo Servqual, este diagnóstico es una parte del modelo CAF dentro de su subcriterio Desarrollar y establecer alianzas con ciudadanos / clientes.

##### **3.7.1.1 Formulario de autoevaluación basado en CAF y adaptado al Centro de Atención Ambulatorio Central**

Este formulario para la autoevaluación se basa en el modelo de excelencia CAF y ha sido adaptado a la realidad del Centro de Atención Ambulatorio Central, para ello se ha definido requisitos mínimos según lo ha determinado la Dirección Nacional de Calidad de la Secretaria Nacional de Administración Pública para las entidades de la Función Ejecutiva Central, sin embargo son aplicables para este Centro de Salud, en algunos subcriterios del Modelo indica lo que debe poseer el Centro de Salud para poder realizar una gestión efectiva

orientada al servicio de los ciudadano y a generar resultados idóneos para la administración pública.

A continuación se colocan algunos ejemplos de acciones hacia la excelencia que contempla el modelo CAF en cada subcriterio de los agentes facilitadores. La finalidad de que la institución se realice esta autoevaluación es identificar puntos fuertes y áreas de mejora que permita desarrollar planes de acción integrales.

En cuanto al lado derecho del modelo CAF en donde constan los 4 cajones denominados Resultados, se lo va a considerar en el punto 3.5 mediante indicadores.

## Cuadro 20

## Criterio Liderazgo

1. LIDERAZGO	REQUISITOS MINIMOS	ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA
<b>1.1 Dirigir a la organización desarrollando su misión, visión y valores</b>	La institución ha desarrollado e implementado mecanismos/medios/metodologías de comunicación/difusión de la misión, visión y valores.	<p>Establecer un marco de valores alineado con la misión y visión de la institución, respetando el marco general de los valores del sector público.</p> <p>Desarrollar un sistema de gestión que prevenga comportamientos no éticos y a la vez que apoye al personal que trata con dilemas éticos; dilemas que aparecen cuando distintos valores de la organización entran en conflicto.</p> <p>Gestionar la prevención de la corrupción, identificando potenciales áreas de conflictos de intereses y facilitando directrices a los empleados sobre cómo actuar en estos casos.</p>
<b>1.2 Gestionar la organización, su rendimiento y su mejora continua</b>	La revisión de los resultados (cuantificables e indicadores de objetivos para todos los niveles y áreas de la institución)	<p>Formular y alinear la estrategia de administración electrónica con la estrategia y los objetivos operativos de la organización.</p> <p>Generar condiciones adecuadas para los procesos, la gestión de proyectos y el trabajo en equipo.</p> <p>Comunicar las iniciativas que motivan el cambio y los efectos esperados a los empleados y grupos de interés relevantes.</p>
<b>1.3 Motivar y apoyar a las personas de la organización referencia</b>		<p>Predicar con el ejemplo, actuando en concordancia con los objetivos y valores establecidos.</p> <p>Promover una cultura de confianza mutua y de respeto entre líderes y empleados, con medidas proactivas de lucha contra todo tipo de discriminación.</p>
<b>1.4 Gestionar relaciones eficaces con las autoridades políticas y otros grupos de interés</b>		<p>Ayudar a las autoridades políticas a definir las políticas públicas relacionadas con la organización.</p> <p>Involucrar a los políticos y otros grupos de interés en el desarrollo del sistema de gestión de la organización.</p> <p>Construir y promover el conocimiento público; reputación y reconocimiento de la organización y sus servicios.</p>

**Fuente:** AEVAL-Mejora de las Organizaciones públicas por medio de la Autoevaluación CAF

**Elaborado por:** Dirección Nacional de Gestión de la Calidad de la Secretaría Nacional de Administración Pública

## Cuadro 21

## Criterio Estrategia y Planificación

2. ESTRATEGIA Y PLANIFICACION	REQUISITOS MINIMOS	ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA
<b>2.1 Reunir Información sobre las necesidades presentes y futuras de los grupos de interés</b>		Identificar todos los grupos de interés relevantes y comunicar los resultados a la organización en su conjunto. Recopilar, analizar y revisar de forma sistemática la información sobre los grupos de interés, necesidades, expectativas y respuestas de satisfacción. Analizar de forma sistemática las debilidades y fuerzas internas (por ejemplo: un diagnóstico GCT con CAF o EFQM) incluyendo oportunidades y amenazas (por ejemplo: análisis FODA, gestión de riesgos, etc.)
<b>2.2 Desarrollar la estrategia y la planificación, teniendo en cuenta la información</b>	Se ha implementado la metodología de Gobierno por Resultados -GPR impulsada por la SNAP La institución cuenta con el Estatuto Orgánico por Procesos y Modelo de Gestión	Asegurar la disponibilidad de recursos para desarrollar y actualizar la estrategia de la institución/organización. Equilibrar las tareas y recursos, las presiones de largo y corto plazo y las necesidades de los grupos de interés.
<b>2.3 Comunicar e implementar la estrategia y la planificación en la organización y revisarla de forma periódica</b>	Todos los Programas y/o Proyectos gestionados por la institución cuentan con un líder / gerente asignado La entidad reporta resultados de la gestión de sus planes estratégicos y operativos a la máxima autoridad del IESS	Evaluar las necesidades de reorganización y mejorar las estrategias y métodos de planificación involucrando los grupos de interés. Desarrollar y aplicar métodos de medición del rendimiento de la organización a todos los niveles en términos de relación entre la "producción" (productos/servicios y resultados)(eficacia)) y entre productos/servicios e impacto (eficiencia).
<b>2.4 Planificar, implementar y revisar la innovación</b>		Crear y desarrollar una nueva cultura para la innovación a través de la formación, el benchlearning y la creación de laboratorios del conocimiento. Monitorización sistemática de los indicadores internos para el cambio y de la demanda externa en innovación y cambio.

**Fuente:** AEVAL-Mejora de las Organizaciones públicas por medio de la Autoevaluación CAF

**Elaborado por:** Dirección Nacional de Gestión de la Calidad de la Secretaría Nacional de Administración Pública

## Cuadro 22

## Personas

3. PERSONAS	REQUISITOS MINIMOS	ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA
<b>3.1 Planificar, gestionar y mejorar los recursos humanos, de acuerdo a la estrategia y planificación de forma transparente</b>	La institución cuenta con el manual de puestos debidamente aprobada, alineada a la gestión de procesos, estatuto orgánico y modelo de gestión.	Asegurar que las capacidades de las personas (selección, asignación, desarrollo) son las adecuadas para desarrollar la misión, así como que las tareas y responsabilidades están correctamente repartidas.
	La institución cuenta con la lista de asignaciones de nivel operativo basado en la estructura posicional y manual de descripción, valoración y clasificación de puestos, debidamente aprobada por el MRL.	Desarrollar e implementar una política clara de selección, promoción, remuneración, reconocimiento, recompensa y asignación de funciones de gestión, con criterios objetivos.
	La institución cuenta con un Plan de optimización del talento humano	Apoyar una cultura del desempeño
	La institución cuenta con un Plan de gestión integral del Talento Humano	
<b>3.2 Identificar, desarrollar y aprovechar las capacidades de las personas en consonancia con los objetivos tanto individuales como de la organización</b>	La institución ha realizado el levantamiento de los formularios de análisis ocupacional de los funcionarios, que incluya: el cumplimiento del perfil del puesto institucional con relación al perfil de la persona	Desarrollar habilidades gerenciales y de liderazgo así como competencias de gestión relativas a las personas de la organización, los ciudadanos/clientes y los socios/colaboradores.
	La institución ha realizado la evaluación de desempeño	Promover la movilidad interna y externa de los empleados.
	La institución ejecuta un Plan de inducción a nuevos servidores públicos y brinda acompañamiento individualizado	
	La institución cuenta con una identificación de necesidades de formación y capacitación de los servidores públicos bajo su dependencia, en todas las áreas aprobado por el MRL	

CONTINUA →

3. PERSONAS	REQUISITOS MINIMOS	ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA
<b>3.3 Involucrar a los empleados por medio del dialogo abierto y del empoderamiento, apoyando su bienestar</b>	La institución posee el Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional de acuerdo a lo definido en el Decreto 2393.	Promover una cultura de comunicación abierta, de diálogo y de motivación para fomentar el trabajo en equipo.
	La institución ha socializado el Código de Ética.	Crear de forma proactiva un entorno que propicie la aportación de ideas y sugerencias de los empleados y desarrollar mecanismos adecuados (por ejemplo hojas de sugerencias, grupos de trabajo, tormenta de ideas (brainstorming))
	La institución ha implementado un plan anual de Gestión del Cambio	Realizar periódicamente encuestas a los empleados y publicar los resultados, resúmenes, interpretaciones y acciones de mejora.
	La entidad cuenta con la medición de clima y cultura organizacional	

**Fuente:** AEVAL-Mejora de las Organizaciones públicas por medio de la Autoevaluación CAF

**Elaborado por:** Dirección Nacional de Gestión de la Calidad de la Secretaria Nacional de Administración Pública

## Cuadro 23

### Criterio Alianzas y Recursos

4. ALIANZAS Y RECURSOS	REQUISITOS MINIMOS	ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA
<b>4.1 Desarrollar y gestionar alianzas con organizaciones relevantes</b> <b>4.2 Desarrollar y establecer alianzas con los ciudadanos</b>	La institución ha implementado un Plan de responsabilidad ambiental	Identificar socios clave del sector privado, de la sociedad civil y del sector público y establecer el tipo de relaciones (por ejemplo compradores, proveedores, suministradores, co-productores, proveedores de productos de sustitución o complementarios, propietarios, fundadores, etc.) Monitorizar y evaluar de forma periódica la implementación y los resultados obtenidos de las alianzas o colaboraciones.
		Incentivar el involucramiento de los ciudadanos/usuarios y sus representantes en las consultas y su participación activa en el proceso de la toma de decisiones dentro de la organización (co-diseño y co-decisión), por ejemplo, vía grupos de consulta, encuestas, sondeos de opinión y

4. ALIANZAS Y RECURSOS	REQUISITOS MINIMOS	ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA
4.3 Gestionar las finanzas		Alinear la gestión financiera con los objetivos estratégicos en una forma eficaz, eficiente y ahorrativa.
4.4 Gestionar la información y el conocimiento	Existe normativa interna que regule la labor archivística alineada a la normativa legal vigente (LEY del SINAR e Instructivo de Organización Básica Gestión de Archivos Administrativos).	Asegurar la transparencia presupuestaria y financiera. Garantizar en la medida de lo posible, que se retenga en la organización, la información y el conocimiento clave de los servidores públicos en caso de que éstos dejen la institución.
	La institución cuenta con personal designado como responsables del manejo de archivo de gestión en cada unidad Cuenta con espacio físico y mobiliario asignado para el manejo del archivo central	Asegurar un intercambio permanente de conocimiento entre el personal de la organización (por ejemplo coaching, manuales redactados, etc.)
	La institución tiene inventariado sus documentos y mantiene con series documentales	

**Fuente:** AEVAL-Mejora de las Organizaciones públicas por medio de la Autoevaluación CAF

**Elaborado por:** Dirección Nacional de Gestión de la Calidad de la Secretaría Nacional de Administración Pública

## Cuadro 24

## Criterio Alianzas y Recursos

4. ALIANZAS Y RECURSOS	REQUISITOS MINIMOS	ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA
<b>4.5 Gestionar las tecnologías</b>	La Institución cumple con las tipología para las Unidad de TIC´s asignada mediante normativa vigente.	Aplicar de forma eficiente las tecnologías más adecuadas a, por ejemplo: - la gestión de proyectos y tareas - la gestión del conocimiento - el apoyo a las actividades formativas y de mejora - la interacción con los grupos de interés y asociados - el desarrollo y mantenimiento de las redes internas y externas
	La institución cuenta con procesos que atiendan los requerimientos de soporte al usuario interno y/o externo.	Tener en cuenta el impacto socio-económico y medioambiental de las TIC. Por ejemplo: gestión de residuos de cartuchos, reducida accesibilidad de los usuarios no electrónicos.
	La institución ha puesto en práctica lo establecido en el Decreto 1014 sobre Software Libre	
<b>4.6 Gestionar las instalaciones</b>	El edificio de la Institución tiene acceso universal al servicio de empleados y usuarios	Desarrollar una política integral para gestionar los activos físicos, incluyendo la posibilidad de un reciclado seguro, mediante, por ejemplo, la gestión directa o la subcontratación.
	La Institución alquila inmuebles destinados para el uso de bodegas	Poner las instalaciones a disposición de la comunidad local.
	La Institución tiene implementado el sello MARCA PAIS en todos sus Inmuebles	
	La Institución realiza la optimización de sus espacios físicos (por ejemplo cuentan con salas de reunión compartidas, salas de espera, puntos de servicio, )	

**Fuente:** AEVAL-Mejora de las Organizaciones públicas por medio de la Autoevaluación CAF

**Elaborado por:** Dirección Nacional de Gestión de la Calidad de la Secretaria Nacional de Administración Pública

## Cuadro 25

## Criterio Procesos

5. PROCESOS	REQUISITOS MINIMOS	ACCIONES HACIA LA EXCELENCIA
<b>5.1 Identificar, diseñar, gestionar e innovar en los procesos de forma continua, involucrando a los grupos de interés</b>	La entidad ha desarrollado la Fase Estratégica de Administración por Procesos y cuenta con la Arquitectura de Procesos (mapa de procesos, catálogo de procesos que incluye niveles jerárquicos de Macroproceso, Proceso y Subprocesos) y el diagnóstico preliminar de los Procesos	Simplificar los procesos en intervalos regulares, proponiendo cambios en los requisitos legales si fuera necesario.
	La institución ha realizado la caracterización y diagramación de los procesos priorizados	Desarrollar pruebas o simulación de los procesos en situación deseada
<b>5.2 Desarrollar y prestar servicios y productos orientados a los ciudadanos/clientes</b>	La institución ha establecido una estrategia para mejoramiento continuo de servicios bajo un enfoque al usuario	Asegurar que la información adecuada y fiable esté accesible, con el fin de asistir y soportar a los clientes/ciudadanos e informarles sobre los cambios realizados.
	La institución ha diseñado los componentes de los servicios bajo un enfoque al usuario y la simplificación de trámites	
<b>5.3 Coordinar los procesos en toda la organización y con otras organizaciones</b>		<p>Crear grupos de trabajo con las organizaciones/proveedores de servicios, para solucionar problemas.</p> <p>Crear incentivos y condiciones para que la dirección y los empleados creen procesos inter organizacionales (por ejemplo: compartir servicios y desarrollar procesos comunes entre diferentes unidades).</p>

**Fuente:** AEVAL-Mejora de las Organizaciones públicas por medio de la Autoevaluación CAF

**Elaborado por:** Dirección Nacional de Gestión de la Calidad de la Secretaría Nacional de Administración Pública

### 3.7.1.2 Puntuación

Con la finalidad de que la autoevaluación tenga una calificación, se establece los siguientes lineamientos

- Los requisitos mínimos, se puntuará a cada pregunta sobre 100 % considerando las variables para cada pregunta que podría estar enmarcada en niveles de cumplimiento como por ejemplo:
  - Borrador de Documento
  - Aprobación de documento
  - Implementación de documento
  - Validación de documento
  - En algunos casos solo es tienen o no tiene
- Las acciones orientadas a la excelencia se puntuará según el sistema clásico que propone el Modelo CAF, en el que indica que es una “forma de puntuación acumulativa ayuda a la organización a conocer mejor el ciclo PDCA y a dirigirse de forma positiva hacia un enfoque de calidad.” (AEVAL , La Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas, 2013).

A continuación se adjunta el panel de puntuación para los 5 criterios de agentes facilitadores, para aplicar el siguiente cuadro se debe elegir el nivel alcanzado de PDCA por cada acción a la excelencia, esta puntuación es acumulativa, lo que significa que para avanzar un nivel debe haber cumplido el anterior:

FASE	PANEL DE AGENTES FACILITADORES	Puntuación
	No hacemos nada en este campo. No tenemos información, o es muy anecdótica	0-10
Planificar	Hemos definido un plan de acción.	11-30
Desarrollar	Estamos implantando o aplicando el plan de acción.	31-50
Controlar	Controlamos o revisamos si estamos haciendo las cosas bien y de forma correcta.	51-70
Actuar	A partir del control o revisión, ajustamos lo que sea necesario.	71-90
PDCA	Todo lo que hacemos, lo planificamos, lo implantamos, lo controlamos, lo ajustamos sistemáticamente y aprendemos de otros. Estamos en un proceso de mejora continua en este campo.	91-100

**Figura 14 Panel de Resultados Agentes Facilitadores**

**Fuente:** AEVAL-Mejora de las Organizaciones públicas por medio de la Autoevaluación CAF

**Elaborado por:** AEVAL-Mejora de las Organizaciones públicas por medio de la Autoevaluación CAF

Cuadro 26

## Matriz de indicadores para el Modelo de Excelencia

CRITERIOS MODELO DE EXCELENCIA	S		M		A		R	T	
	S(específicos)		M(Medible)		A(Alcanzable)		R(Realizable)	T(tiempo)	
	NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDIDA	FORMULA DE CÁLCULO	LINEA BASE	META	ESTRATEGIA	TIEMPO
<b>Resultados orientados a los ciudadanos / usuarios</b>	Porcentaje de Servicios con importancia alta y desempeño bajo mejorados	Mejorar el desempeño de los servicios y procesos que tienen importancia alta e impacto al paciente.	Trimestral	Porcentaje de Servicios	Total de servicios y proceso con importancia alta y desempeño bajo en el trimestre/ Total de procesos y servicios que brinda el CCA. Central	No levantada	Mejorar el 20 %	Levantar línea base y plantear acciones de mejora para cerrar brecha, ejemplo Automatizar Procesos, realizar servicios en línea.	12 meses
<b>Resultados en el Talento Humano</b>	Porcentaje de personal idóneo contratado de acuerdo al manual de puestos de la institución	Incrementar la planificación, la gestión y el mejoramiento de los recursos humanos, de acuerdo a la estrategia y planificación, de forma transparente.	Semestral	Porcentaje de personal idóneo	Número de personal que cumple con el perfil del manual de puestos de la institución/Total de personal de la institución	No levantada	Mejorar el 30 %	Levantar línea base y plantear acciones de mejora para cerrar brecha, ejemplo: Estructurar perfiles de competencias y descripciones de puestos y funciones para seleccionar, contratar	12 meses

## Cuadro 27

## Matriz de indicadores para el Modelo de Excelencia

CRITERIOS MODELO DE EXCELENCIA	S		M			A		R	T
	S(específicos)		M(Medible)			A(Alcanzable)		R(Realizable)	T(tiempo)
	NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDIDA	FORMULA DE CÁLCULO	LINEA BASE	META	ESTRATEGIA	TIEMPO
<b>Resultados de Responsabilidad Social</b>	Porcentaje de Implementación del Plan Ambiental y de Responsabilidad Social	Aumentar las buenas practicas ambientales con la finalidad de calificar al edificio en donde funciona el CCA Central como Punto Verde, y aumentar las buenas practicas en responsabilidad social para contribuir con la ciudadanía	Bimensual	Porcentaje de Implementación del Plan	Número de Actividades cumplidas en el Plan Ambiental y de Responsabilidad Social /Total de Actividades que constan en el Plan Ambiental y de Responsabilidad Social	No levantada	Implementar en 50%	Levantar línea base y plantear acciones de mejora para cerrar brecha, ejemplo: buscar apoyo con el Ministerio de Ambiente.	12 meses

CONTINUA →

CRITERIOS MODELO DE EXCELENCIA	S		M		A		R	T	
	S(específicos)		M(Medible)		A(Alcanzable)		R(Realizable)	T(tiempo)	
A	NOMBRE DEL INDICADOR	OBJETIVO	FRECUENCIA	UNIDAD DE MEDIDA	FORMULA DE CÁLCULO	LINEA BASE	META	ESTRATEGIA	TIEMPO
<b>Resultados Clave del Rendimiento</b>	Porcentaje de cumplimiento de acuerdos y participación entre ciudadanos y grupos de interés.	Incrementar la gestión sostenible del manejo de los recursos asignados y alianzas claves en el CAA Central	Bimensual	Porcentaje de Cumplimiento	Número de cumplimiento de acuerdos de colaboración o actividades conjuntas con ciudadanos y grupos de interés / Número de acuerdo de colaboración firmados y/o aprobados con ciudadanos y grupos de interés.	No levantada	Cumplir acuerdos en 70%	Levantar línea base y plantear acciones de mejora para cerrar brecha, ejemplo: Identificar los socios estratégicos, desarrollar relaciones efectivas y evaluar su impacto, incentivar la participación ciudadana en el desarrollo de políticas públicas y en la implementación de servicios de calidad, preparar y controlar eficazmente el presupuesto financiero institucional, desarrollar y controlar, asegurar que la infraestructura se gestione de forma rentable y sostenible para solventar las necesidades de los ciudadanos y servidores públicos.	12 meses
	Porcentaje de eficiencia de la institución en la gestión de recursos disponibles.		Mensual	Valor o Tiempo	Monto o Tiempo de optimización de recursos tecnológicos, financieros, infraestructura e información	No levantada	Optimizar en 20%		

## 4. Conclusiones y Recomendaciones

### 4.1 Conclusiones

1. En el presente Proyecto con las propuestas de mejora se espera disminuir las causas de los puntos críticos y a su vez orientar las acciones al cumplimiento de los elementos que el paciente del Centro de Atención Ambulatoria Central percibe como una atención médica de calidad, como son:

- Reconstrucción de los baños, implementación de mantenimiento de los baños, control para verificar la limpieza de los mismos.
- Análisis de las variables de capacidad de atención de los especialistas que posee, coordinación directamente del IESS sobre el call center para evitar cuellos de botella que ocasiona errores y demoras constantes; establecimiento de convenios con Universidades para conseguir pasantes Especialistas Médicos; delegar funciones de los Especialistas a enfermeras capacitadas, desarrollo de la metodología blueprint.
- Instauración del programa de inducción enfocado en la satisfacción al usuario, desarrollo del plan de capacitación, implementación del programa de incentivos.

2. Se determinó que con la ejecución de la matriz de indicadores y la implementación del Modelo de Gestión Institucional basado en CAF se controlará el cumplimiento de las propuestas diseñadas para eliminar los puntos críticos y monitorea la ejecución de una gestión integrada eficiente y calidad de los servicios brindados.

3. Se estableció que los pasos de la Ruta de la Calidad son un modelo de ejecución del plan de mejora que permite determinar acciones para eliminar los puntos críticos.

#### **4.2 Recomendaciones**

1. Se implemente el plan de mejora propiciado por las Máximas Autoridades del Centro de Atención Ambulatoria Central con la finalidad de viabilizar el cambio positivo en la calidad de la prestación del servicio y de mejora de la gestión

2. Que las Máximas Autoridades dispongan gestionar el financiamiento para reestructurar y dar el mantenimiento adecuado a los baños del Centro de Atención Ambulatorio Central, adicional conseguir un fondo para el desarrollo de los programas propuestos.

3. Desarrollar una campaña de difusión de los resultados del diagnóstico a las especialidades del Centro de Atención Ambulatorio Central.

4. Tratar de implementar una buena práctica la autoevaluación mediante el Modelo Institucional basado en CAF en forma continua.

5. Se recomienda implementar el proceso evaluativo en base a la metodología Gobierno por Resultados impulsada por la Secretaría Nacional de Administración Pública.

### 4.3 Bibliografía

AEVAL , La Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas. (2013). *Guía CAF 2013*. Recuperado el 28 de Octubre de 2014, de [http://www.aeval.es/es/difusion\\_y\\_comunicacion/publicaciones/Guias/Guias\\_Marco\\_General\\_Mejora\\_Calidad/Caf\\_2013.html](http://www.aeval.es/es/difusion_y_comunicacion/publicaciones/Guias/Guias_Marco_General_Mejora_Calidad/Caf_2013.html)

Alcaide, J. (23 de Diciembre de 2008). *MDS Marketing de Servicios*. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de [www.marketingdeservicios.com](http://www.marketingdeservicios.com)

Comisión Económica para America Latina y El Caribe. (31 de Diciembre de 2005). <http://www.eclac.org>. Recuperado el 23 de Febrero de 2012, de [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/23777/sps114\\_lcl2450.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/23777/sps114_lcl2450.pdf)

De Andres Ferrando, J. (2007). *Marketing en empresas de servicio* . Valencia: UPV.

EFQM.ES. (Diciembre de 2012). <http://www.efqm.es/>. Recuperado el 6 de Octubre de 2013

EIPA. (2013). COMMON ASSESSMENT FRAMEWORK. Madrid: Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. .

Horovitz, J. (1990). *La calidad del servicio* . McGraw Hill.

ISO. (1999). *9000:2005 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO*. Suiza.

Malagón, G., Galán, R., & Pontón Laverde, G. (2008). *Administración Hospitalaria* . Bogota: Medica Internacional.

Ministerio de Salud Pública. (15 de Marzo de 2012). <http://www.salud.gob.ec/gobierno-nacional-invierte-6-8-del-presupuesto-del-estado-en-salud/>. Recuperado el 21 de Febrero de 2013

Orellana, D., & Ochoa, G. (2012). *La Salud de la Seguridad Social en la Historia del Ecuador*. Quito: Graficas Tauro.

Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2012).

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>. Recuperado el 22 de febrero de 2013, de [www.who.int](http://www.who.int)

Rivera, J., Arellano, R., & Molero, V. (2009). *Conducta del Consumidor*. Madrid: ESIC.

Sandoval, O. (1992). *Calidad y Participación*. Quito: Fraga Cia. Ltda.

Tecnológico de Monterrey. (1996). *La Ruta de la Calidad y las 7 Herramientas Básicas*. Mexico.

Telmes, J., & Mengíber, M. (2007). *Gestión Hospitalaria*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España S.A.

Villagra, S. (2010). *Mejora de Procesos con CMMI-DEV*. Buenos Aires: Nueva Librería S.R.L.