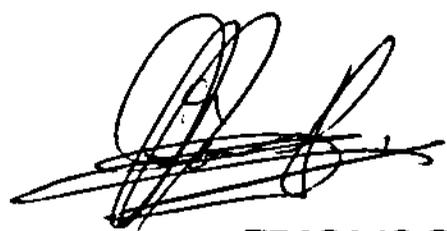


U. N. 1
T 97
G 642
1997
CI

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD



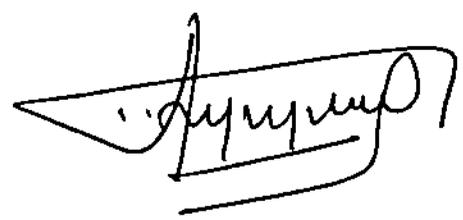
Alvaro Lela Patena



TRABAJO DE TESIS QUE PARA OPTAR AL TITULO DE
MAESTRO EN SALUD PUBLICA

UNA METODOLOGIA DE EVALUACION

GERENCIA DE CALIDAD TOTAL EN
DOS CENTROS DE SALUD
MANAGUA



Autores : Dra. Carmen Gonzalez B.
Wendy B. Abramson

Tutor : Dr. Julio Piura L.
Maestro en Salud Pública
Profesor de Metodología de Investigación
CIES

OCTUBRE 1997

TABLA DE CONTENIDO

- I. Resumen Ejecutivo**
- II. Introducción**
- III. Objetivos**
- IV. Marco de Referencia**
- V. Diseño Metodológico**
- VI. Resultados y Discusión**
- VII. Conclusiones**
- VIII. Recomendaciones**
- IX. Bibliografía**
- X. Anexos**

I. RESUMEN EJECUTIVO

Existen muy pocas experiencias en el campo de la salud pública en cuanto al trabajo de gerencia de calidad total. La Organización Panamericana de la Salud ha publicado estudios documentando diferentes enfoques de calidad en el sector salud. Sin embargo, esta es una de los primeros intentos de aplicar y ajustar la metodología y filosofía de la gerencia de calidad total al sector de salud pública.

Se adaptó y aplicó una metodología de evaluación de la situación de gerencia de calidad total, que se usa en el sector privado de los Estados Unidos, en dos centros de salud urbanos de la Ciudad de Managua, Nicaragua en diciembre de 1996. Esta metodología está basada en la filosofía del *Malcom Baldrige National Quality Award Assessment* cuyo principal propósito es la integración de categorías de evaluación que promueven la calidad como un elemento fundamental para la competitividad. Esta metodología contempla siete categorías principales para la evaluación las cuales son: Liderazgo, Información y análisis, Planificación estratégica de calidad, Gerencia de procesos de calidad, Gerencia y desarrollo de recursos humanos, Resultados operacionales de calidad, y Enfoque de satisfacción del usuario.

El estudio fue descriptivo y utilizó métodos cualitativo-participativos. Su diseño constó de cuatro fases: Fase de Acercamiento, Fase de Validación de Metodología, Fase de Aplicación y Fase de Evaluación.

Los resultados principales obtenidos al realizar la fase de validación de la metodología en los dos centros de salud fueron que en ambos las categorías que tuvieron mayor puntaje fueron liderazgo, gerencia de recursos humanos y satisfacción del usuario externo. Las categorías de información y análisis, planificación estratégica de calidad, gerencia de procesos de calidad, y resultados operacionales de calidad fueron las menos desarrolladas.

Las conclusiones principales del estudio demuestra que existe interés en los diferentes niveles de organización del sistema de salud de Nicaragua por contar con una metodología para evaluar la gerencia de calidad de las unidades de salud lo cual permitió realizar el estudio.

La utilización de las técnicas participativas en la construcción y aplicación de la metodología de evaluación constituye el principal factor facilitador para la contextualización y operacionalización de la misma.

La aplicación de la metodología permitió realizar comparaciones objetivas de los centros de salud como modelo de análisis de la calidad.

Esta metodología constituye un instrumento para el mejoramiento continuo de calidad de bajo costo y poca complejidad tecnológica.

II. INTRODUCCION

Tradicionalmente el concepto de "calidad" de la atención en el campo de la salud se introduce a través del mundo de la medicina clínica, ¹ donde se han llevado a cabo múltiples estudios en los hospitales de países industrializados, con el fin de evaluar los diagnósticos, tratamientos y resultados de procedimientos aplicados a nivel individual. De igual manera se expresa en Nicaragua donde se realizan investigaciones orientadas hacia la evaluación de procesos técnicos de calidad de la atención basados en las normas o estándares establecidos.

El Manual de Evaluación y Garantía de la Calidad en la Atención Primaria de Salud de la OPS del 1988, enfatizó en cuatro métodos para obtener información sobre la calidad de la atención tales como procedimientos ordinarios de registro y notificación, estudios especiales de los servicios de salud, encuestas realizadas entre los pacientes y encuestas comunitarias². El enfoque de calidad y de garantía de calidad se centra en la utilización adecuada de normas establecidas por unidades de salud, y en la garantía de prestación de intervenciones de salud apropiadas y eficaces ajustados a estas normas.

Existe en Nicaragua antecedentes de la aplicación de la metodología de Evaluación del Desempeño del Equipo de Salud de la OPS aplicado en tres lugares del país cuyo propósito fundamental es *"... promover la creación de espacios de discusión, cuyo eje central sea el rol protagónico del recurso humano en la transformación del proceso de trabajo, adoptando nuevas formas de gestión donde el trabajador y el trabajo en equipo se constituyen en pilares estratégicos para mejorar la calidad de los servicios de salud."*

³ Esta metodología pretende buscar soluciones a los problemas de calidad a través de la evaluación del desempeño del equipo de salud y hacer las transformaciones necesarias a estos problemas a través de un enfoque de educación permanente/continua en el sitio.

En el Primer Taller sobre Calidad Total en los Servicios de Salud ⁴ del Ministerio de Salud de Nicaragua en 1995, se introdujo por primera vez el concepto de calidad como un proceso. En este taller se plantearon como objetivos generales la capacitación del personal directivo y agentes sociales que interactúan con la red nacional de los servicios de salud a fin de impulsar el desarrollo del programa del MINSA de la garantía de la calidad y contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención a través de la habilitación y acreditación de los servicios. De 1990 a 1993, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Fundación Kellogg elaboraron un proyecto conjunto para evaluar los Sistemas Locales de Salud (SILOS) denominado "Evaluación para el Cambio".

1 Roemer, M.I., Montoya-Aguilar, C. Evaluación y Garantía de la Calidad en la Atención Primaria de Salud. OPS 1998.

2 IBED, p. 26.

3 Programa de Ajustamiento en Salud de Centroamérica. Evaluación del Desarrollo del Estado de Salud. OPS/OMES, San José, Costa Rica, 1994. p.20.

4 Ministerio de Salud - Gobierno de Nicaragua. Primer Taller sobre Calidad Total en los Servicios de Salud. Informe Final, Junio de 1995.

A través de numerosas investigaciones, ellos encontraron que la evaluación de los programas de salud solían estar dirigidas a actividades aisladas, fuera del proceso del área gerencial. Durante el proceso de la evaluación de los SILOS, en diferentes países de América Latina, la OPS encontró una serie de problemas, entre los cuales destaca el desconocimiento de las técnicas de evaluación de la calidad. A raíz de este diagnóstico, el Manual de la Gerencia de la Calidad ⁵ fue publicado, donde el enfoque tradicional de calidad cambia dándole mayor énfasis a la parte administrativa de los procesos de trabajo. Debido a esto, se trata de optimizar los recursos disponibles en el campo de la salud y mejorar la calidad de la atención como modalidad alternativa para afrontar la progresiva y cada vez más acelerada reducción financiera y presupuestaria tanto de fondos estatales como de organismos multinacionales para el área de salud que prevalece como tendencia, producto del deterioro global de la economía del país.

Existe la urgente necesidad de buscar soluciones a la situación de baja calidad de atención en los servicios de salud de Nicaragua. El país se encuentra obligado a buscar soluciones de corto, mediano y largo plazo a los problemas de calidad al menor costo posible. Una solución que resultaría factible, poco costosa en términos financieros y a la vez muy eficaz, es la transformación de actitudes de los equipos de trabajo para mejorar los procesos de trabajo en función de obtener mejores resultados y entre ellos incrementar la satisfacción de los usuarios tanto externos como internos.

Una herramienta que se ha utilizado en los Estados Unidos de América, a nivel del sector privado empresarial es el concurso al PREMIO NACIONAL DE CALIDAD DEL MALCOLM BALDRIGE (Malcolm Baldrige National Quality Award), cuyo principal objetivo es determinar el nivel de "calidad" alcanzado por las empresas concursantes y realizar un reconocimiento a las que logren el mejor y más sostenido desarrollo en cuanto a calidad se refiere. Originalmente este premio ha sido dirigido solamente a empresas con fines de lucro, pero ya se están realizando esfuerzos para implementarla en empresas de servicios y organizaciones no lucrativas tales como universidades, hospitales, etc. tanto privadas como estatales. Es importante señalar que el concepto de Satisfacción del cliente, obtenido por el mejoramiento continuo de los procesos, es el eje central sobre el que descansa este instrumento.

En Nicaragua no existe referencia de ninguna experiencia similar, por lo que el presente estudio, pretende proveer a los equipos de salud, de una metodología de diagnóstico de la situación de calidad de los servicios de salud tanto públicos como privados, adoptando los principios de la metodología de análisis de situación de gerencia de calidad del premio Malcolm Baldrige. Este instrumento facilitaría a la dirección de los equipos de salud el realizar un diagnóstico y evaluación de la situación de gerencia de calidad y posteriormente establecer un programa de calidad total y monitorear el proceso de implementación del mismo.

⁵

Gilman, Carol M., Morse Neves, Humberto *Manual de Gerencia de la Calidad*. Serie HSP-UN/Materiales Operativos pólitos, Vol. III No.9. Washington, D.C.: OPS, ©1996.

III. OBJETIVOS

GENERAL:

Formular una metodología de evaluación de calidad total sustentada en los principios de evaluación del premio Malcolm Baldrige y validarla en dos unidades de salud seleccionadas de la ciudad de Managua.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1. Diseñar un juego de instrumentos para el análisis de las siete categorías descritas por Malcolm Baldrige.**
- 2. Aplicar un análisis de calidad en dos Unidades de Salud con los instrumentos diseñados.**
- 3. Ajustar los instrumentos que fueron diseñados inicialmente en base a los resultados obtenidos de su aplicación y el análisis de los mismos con los directivos de las unidades.**

IV. MARCO DE REFERENCIA

Desde el siglo XVIII cuando el manufacturero, inventor y empresario Eli Whitney inventó una máquina para obtener las semillas de algodón con la producción en serie, nació el concepto de control de calidad. Le siguieron Shewhart, W. Edwards Deming, Harold Dodge, Harry Romig, G.D. Edwards y Joseph Juran que enriquecieron el concepto de calidad. En 1945 fue fundada la Sociedad Americana para Control de Calidad que se llamaba anteriormente la Sociedad para Ingenieros de Calidad. Después de la publicación de Joseph Juran de *The Quality Control Handbook* en 1951, Armand Feigenbaum introdujo el concepto de control de calidad total. Este concepto se fundamenta en la filosofía de que "calidad" no debería referirse sólo a la fase de la producción y ser responsabilidad de los inspectores de la fábricas, sino que cada empleado y vendedor de la empresa debería apropiarse del proceso de la calidad.

A raíz del movimiento de las compañías manufactureras del sector privado, sobre el control de calidad en los años 1930 al 1960, surgió la necesidad de incorporar el concepto de calidad en los otros sectores de la empresa privada, expandiéndose no sólo a las empresas productivas sino también a las de servicios.

Durante los años 1970 y 1980 se vivió un estado de competencia entre los Estados Unidos y los Japoneses, lo que desencadena una situación de alarma en el mundo de los negocios estadounidenses. El concepto de calidad como **control de costos**, para garantizar la competitividad se vio obligado a cambiar. Aunque las compañías estadounidenses habían mejorado su calidad, en relación al mercado Japonés con su cultura de **mejoramiento continuo** (kaizen) las empresas estadounidenses no lograban competir con los japoneses.

Un paso significativo fue cuando el sector estatal, en particular en los Estados Unidos, trató de aplicar los conceptos básicos de calidad y la gerencia para la calidad a los servicios públicos.

En el caso de la Atención Primaria de Salud el enfoque de calidad ha sido poco utilizado y sobre todo en los países en vías de desarrollo, donde rara vez es posible obtener la información necesaria que se requiere para evaluar la misma. Por lo tanto, los objetivos de la evaluación de la calidad han de ser realistas y las metodologías deberán ser adaptadas a la situación particular de cada país y empresa de salud, sin perder de vista los elementos que integran el concepto de calidad y definir adecuadamente el enfoque que privilegiemos (amplio o restringido) para realizar dichos análisis.

La evaluación de la calidad de atención es la expresión de un conjunto de juicios de valor ⁶ que corresponden a un período histórico determinado, razón por la que

6

Rovant, M.I., Montoya-Aguilar, C. *Evaluación y Garantía de la Calidad en la Atención Primaria de Salud*. OMS, Ginebra, 1988. p.3.

debemos ubicarnos en nuestro contexto socio-cultural, político y económico al momento de iniciar esta investigación.

Para algunos el término de calidad está muy estrechamente relacionado con capacidad económica o recursos financieros, los que en última instancia son los que determinarán el nivel de la misma.

Compartimos el criterio de que, **calidad** es una filosofía de trabajo que requiere de cambios culturales y organizacionales tanto en los prestadores de servicios como en los receptores de los mismos. Debemos de estar claros de que la prestación de servicios no es un fin en sí mismo, sino un medio para lograr metas definidas como es elevar el nivel de salud de la población.

Lo importante en una empresa cualquiera, y en este caso un centro de salud sea público o privado, es recordar que la percepción de calidad del servicio lo determina el cliente y no el prestador del servicio. Esto quiere decir que una empresa de servicios como un centro de salud se debería gerenciar en base a las necesidades del usuario. Hay que estar siempre indagando cuáles son las expectativas, necesidades, y esperanzas de los usuarios para lograr que sean satisfechas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad se define como: *"...un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente y el impacto final en la salud".* Asimismo la OMS dice que: *"...la premisa básica del mejoramiento de la calidad es que todo es un proceso, o una serie de pasos y el propósito es analizar y mejorar dichos procesos. La garantía de calidad es importante para medir el verdadero desempeño a nivel individual y de sistema. Una distinción importante entre la garantía de calidad y el mejoramiento de la misma, es esa concentración en los procesos en lugar de en los individuos."*⁷

M. I. Roemer, profesor de la Universidad de California en Los Angeles, propone cuatro métodos para realizar la evaluación de la calidad: evaluación mediante los registros ordinarios de notificación, mediante estudios especiales de los servicios de salud, a través de encuestas a los pacientes y de encuestas comunitarias.

La calidad de la atención médica se puede dividir en dos aspectos: el técnico y el interpersonal. La atención técnica se define y evalúa por la aplicación de la ciencia y la tecnología médica y de las otras ciencias en el manejo de un problema particular de salud. La atención técnica se ha llamado la "ciencia" y la atención interpersonal se ha dado en llamar el "arte de la atención". Esta definición se basa fundamentalmente en la relación

7

Gilmore, Carol M., Marcos Novas, Humberto *Manual de Gestión de la Calidad*. Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PAL-TEX Vol. III, No.9. OPS/OMS Puntos a Reflexión, 1996. p. 1.

que se establece entre el personal de salud y el usuario en el plano de las relaciones humanas⁸.

Es necesario aplicar un enfoque integral a la evaluación situacional de un servicio de salud, tomando en cuenta factores de la estructura, los procesos, y los resultados.

La calidad, de acuerdo a la mayoría de las compañías de éxito en el mundo, tales como Xerox, Motorola, etc. significa satisfacer los requerimientos de los clientes tanto internos como externos con servicios y productos novedosos. Sin embargo han surgido tantas iniciativas de "calidad" que es difícil realmente saber cómo se determina la calidad. Para ello ha salido el *Malcolm Baldrige Award* y su evaluación. La satisfacción del usuario es la meta principal de Baldrige.

⁸

Dombedios, Avello. *La Calidad de la Atención Médica. Con La Definición de la Calidad, Una Evolución Conceptual*. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1994. p. 43.

METODOLOGIA DEL MALCOLM BALDRIGE⁹

El Baldrige es una herramienta que se utiliza en empresas estadounidenses para determinar el nivel de gerencia de calidad con que trabajan algunas empresas privadas. Aunque hasta la fecha este premio no incluye empresas sin fines de lucro, existe un proceso de discusión en el gobierno de los Estados Unidos de incluir una amplia gama de empresas tales como hospitales, universidades y otras instituciones no lucrativas. El principal impulsor de esta iniciativa es la Coalición Nacional para las Reformas de la Atención en Salud (*The National Coalition for Health Care Reform*), que valora al Baldrige como una herramienta para mejorar la gestión y promover el uso de ella a su membresía. Esta herramienta se puede aplicar a cualquier tipo de compañía, sea con o sin fines de lucro, del sector privado o del sector público.

Calidad es un concepto empresarial que consiste en varias categorías según el Premio Nacional de Calidad del Malcolm Baldrige (*Malcolm Baldrige National Quality Award*).

La metodología Baldrige toma el punto de vista de que la calidad es un proceso dinámico. El concepto de satisfacción, a través del mejoramiento de los procesos, está definido mediante los requerimientos de los clientes internos y externos. La satisfacción del cliente es el concepto principal del marco del Baldrige y se encuentra intercalado dentro de cada sección del Baldrige.

La metodología del Baldrige refleja la integración de las categorías promoviendo calidad como un elemento fundamental para la competitividad; contempla siete temas principales para la evaluación de calidad:

- (A) Liderazgo
- (B) Información y Análisis
- (C) Planificación Estratégica de Calidad
- (D) Gerencia de Procesos de Calidad
- (E) Gerencia y Desarrollo de Recursos Humanos
- (F) Resultados Operacionales de Calidad
- (G) Enfoque de Satisfacción del Cliente

Benchmarking es el proceso de estudiar las prácticas de empresas de éxito para poder establecer metas operacionales para su propia empresa. Es la comparación de un área funcional de su empresa con la misma área funcional de la empresa líder en dicha área. Por ejemplo, con esta herramienta, se puede descubrir cuáles deberían ser los indicadores para medir la satisfacción del cliente. La noción de *benchmarking*, interna o externa, se usa para validar y guiar las metas y desempeño de una compañía.

⁹ Hart, Op. cit.

La idea del Baldrige es de mejoramiento continuo de la calidad de todos los procesos desde los más pequeños hasta los más grandes como la planificación estratégica. Los componentes del mejoramiento continuo del proceso, el "benchmarking" y la medición son claves en el proceso.

Porqué medir? La medición es clave. Si no puedes medir algo, no lo puedes controlar. Si no lo puedes controlar no lo puedes gerenciar. Si no lo puedes gerenciar no lo puedes mejorar. "Cómo sabes si estás haciendo las cosas bien, si no las mides?"

El **trabajo en equipo** es una herramienta esencial para el logro del funcionamiento integral. Los equipos son claves para el involucramiento de gerentes y trabajadores en el proceso de calidad, para la difusión de valores de calidad y para la resolución de problemas. Por lo general, el énfasis en el trabajo en equipo requiere un cambio cultural grande. Los equipos, tanto interfuncionales así como los equipos intrafuncionales, ayudan a que todos vean el negocio de la compañía no como territorios exclusivos de los departamentos sino como parte integrante de los diferentes procesos que proveen valor agregado al cliente.

LIDERAZGO

Esta categoría examina el liderazgo del equipo gerencial y su involucramiento en la creación y sostenibilidad del enfoque del cliente y los valores de calidad. Asimismo se examina cómo los valores de calidad están integrados en el sistema de gerencia de la empresa y reflejados en la forma que la empresa se relaciona con sus responsabilidades frente al público como parte de la sociedad.

El proceso de cambio organizacional arranca desde arriba con el liderazgo del gerente general con el cambio hacia valores enfocados a la calidad y sistemas gerenciales que priorizan la calidad. Según Edward Deming, el padre de la teoría de la Gerencia Organizacional, solamente al seis por ciento de los problemas en una empresa se le puede atribuir la culpa a factores aislados, a factores mecánicos o a malos trabajadores. Por otro lado, el restante 94% es producto del sistema mismo y por ende es responsabilidad de los gerentes del sistema.

Esta categoría contempla una nueva visión de liderazgo la cual se enfoca en el concepto del dueño del proceso. Es importante que los gerentes estén activamente involucrados en las actividades de la empresa junto con los trabajadores. Con esto surge el concepto de trabajo en equipo. Esto involucra la participación integral del gerente en los equipos de trabajo, no sólo caminando por los pasillos y observando las actividades.

Así mismo, el liderazgo personal también significa el involucramiento de los gerentes en la provisión de conocimientos nuevos y en recibir capacitación. Los valores enfocados en la calidad son claves para Baldrige.

INFORMACION Y ANALISIS

Esta categoría examina los términos, la validez, el análisis, la administración y el uso de los datos e información para el logro de la excelencia y para mejorar el desempeño competitivo. También se evalúa si la información que genera la compañía es adecuada, analizada y utilizada para apoyar el mejoramiento del enfoque del cliente, los servicios y todas las operaciones internas de la empresa. Información y análisis se refiere a la obtención de datos, el análisis, *benchmarking* y comparaciones entre compañías.

Sin la recolección sistemática de datos las empresas no sabrán cómo están desempeñándose, qué progreso han logrado, ni en qué pueden mejorar. Esta categoría analiza el rango y variedad de los datos y la información tanto cualitativa (quejas de los clientes) como cuantitativa. Se evalúa el proceso de análisis, el uso de la información generada y el papel que los datos juegan en el proceso de planificación. Así mismo se analiza la manera en que se realizan las actividades de la empresa, es decir, los métodos, herramientas y técnicas utilizadas por la empresa para lograr cada propósito y el establecimiento de metas.

Compañías que reciban una calificación elevada en esta categoría son las que tienen evaluaciones con frecuencia, que valida y actualiza su base de datos de información continuamente, que analiza y ocupa su datos activamente para los procesos de planificación, la toma de decisiones, y el mejoramiento de los procesos. En el otro extremo, las compañías que no reciban una alta calificación en esta categoría son las que no recolectan ni analizan los datos ni usan adecuadamente el proceso de *benchmarking*. Estas compañías tampoco tiene mucha orientación estadística. Su estilo gerencial es apagar fuegos, o sea reactiva, más que proactiva. Son compañías que gerencian a través de opiniones más que por los hechos.

Como primer paso la compañía debería determinar cuales son los datos esenciales que hay que recopilar. El proceso de recolección de datos debería enfocarse en puntos claves y críticos para la prevención de problemas. También hay que analizar la calidad y relevancia de los datos y los sistemas de información en términos del aporte a los objetivos operacionales y de planificación de la compañía.

En la evaluación de esta categoría hay que preguntar lo siguiente:

- * Quiénes hacen los análisis?
- * Cuáles son las técnicas de análisis?
- * Cuáles son los datos analizados y a que nivel?
- * Cómo se compila la información, cómo se están agrupando los datos y cómo se entrecruzan los grupos de datos ?
- * Cómo se mejora su capacidad de análisis?

PLANIFICACION ESTRATEGICA DE CALIDAD

Esta categoría examina el proceso de planificación y la incorporación de requerimientos claves de calidad en el proceso integral de planificación. También se analizan los planes de corto y largo plazo, la incorporación de calidad y si los requerimientos del desempeño están siendo comunicados dentro de la empresa.

Hay que preguntar lo siguiente:

- * **Cómo se desarrollan los planes, estrategias, y metas?**
- * **Cuáles son los pasos específicos que hay que tomar para lograr una calidad superior?**
- * **Cómo podemos involucrar a todo el personal en la planificación estratégica y el trabajo hacia los objetivos más amplios?**
- * **Cuáles son nuestras metas a corto y largo plazo y nuestros planes para el logro de calidad y desempeño?**

Existen cuatro etapas distintas de la planificación para la calidad:

- Etapas:**
- Etapas 1:** Cuando una compañía está relativamente joven. En vez de implementar un sistema de planificación integral basado en información concreta y metas incrementales, los gerentes generalmente se mueven de crisis a crisis.
 - Etapas 2:** Esta etapa está precipitada por una competencia creciente y un aumento en las expectativas de los clientes externos. Es necesario tener un *abordaje* orientado por el cliente externo y no por el control de costos. Si se enfoca en la satisfacción del cliente los ingresos aumentarán y los costos no serán de tanta importancia.
 - Etapas 3:** En esta etapa la gerencia se involucra en los procesos. Sin embargo, la compañía todavía reacciona a los eventos (apaga fuegos) en vez de anticiparlos o planificar para ellos. En esta etapa, la calidad es un proceso más bien defensivo enfocado particularmente en procesos internos y en la eliminación de los defectos y no tanto en la identificación de los mismos y la planificación de cómo llenar las necesidades de los clientes externos.
 - Etapas 4:** En esta etapa uno puede observar un enfoque hacia el cliente, disciplinada y orientada a los procesos de la planificación de calidad. Existe una estrecha interrelación entre los objetivos financieros, operacionales y de calidad. Los empleados manejan las iniciativas de corto y largo plazo de la compañía. Existe un flujo de información continuo como insumo en el desarrollo de los planes de la empresa.

Según Donald M. Berwick, Profesor de Pediatría en la Escuela de Salud Pública de Harvard y juez del premio Baldrige, la idea de planificación para calidad debería ser rigurosa y detallada como el proceso de elaborar el presupuesto. Todo el personal de la organización debería estar involucrado. Si una compañía logra hacer esto ha logrado ligar los planes estratégicos (qué hay que mejorar) con sus capacidades operacionales o de proceso (cómo mejorar).

La evaluación de la planificación estratégica enfocada en la calidad implica una descripción del proceso de planificación estratégica de la compañía en el corto plazo (1-2 años) y en el largo plazo (3 años o más). Es necesario incluir cómo este proceso se integra al concepto de calidad y los requerimientos de desempeño de la compañía y cómo los planes son comunicados e implementados.

GERENCIA Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Esta categoría examina los elementos claves de cómo la compañía desarrolla el potencial de su fuerza de trabajo para lograr alcanzar los objetivos de calidad y máximo desempeño de la compañía.

Se examinan los esfuerzos que realiza la compañía para construir y mantener un ambiente de excelencia en la calidad que conducen a la participación del personal y el crecimiento de la organización. Esto requiere la medición del nivel de involucramiento del personal en la empresa, la calidad de la educación continua y capacitaciones, la medición del rendimiento del personal y el reconocimiento de ellos y la medición del bienestar del empleado.

El enfoque de Gerencia y Desarrollo de Recursos Humanos enfatiza a los recursos humanos como clientes internos. Las necesidades de los clientes internos son vistas como esenciales para el buen funcionamiento de la empresa. Las compañías que tienen dificultad con esta categoría tienen problemas con reconocimiento y capacitación. La moral de los empleados es baja. En general estas compañías no aprovechan a sus recursos humanos y esto se refleja en la calidad general de sus procesos, productos y servicios.

Hay necesidad de enfocar la atención en las expectativas y responsabilidades de los empleados como un proceso continuo. Hay cuatro dimensiones básicas para evaluar esta categoría:

- * La participación en los esfuerzos de mejoramiento de la calidad
- * Educación y capacitación
- * Recompensa y medición del desempeño
- * Moral y bienestar

Las compañías que más se destacan en esta categoría tiene una visión del empleado que les permite reconocer las capacidades y habilidades de cada uno, los entusiasman y los invitan a sentirse como dueños de la compañía.

Los siguientes son los temas que hay que evaluar dentro de esta categoría:

- 1) El desarrollo y gerencia de los planes y prácticas de la compañía que apoyan la calidad y desempeño de sus empleados. En adición hay que evaluar los recursos disponibles por los empleados para poder contribuir efectivamente al logro de los objetivos de desempeño y calidad de la compañía. La premisa principal de esta filosofía es que el empleado quiere contribuir al éxito de la compañía y hacer bien su trabajo. Esto se puede cumplir si se les dan las herramientas necesarias y un grado de responsabilidad al empleado. Con esto se supone que el empleado responderá con inteligencia, innovación y motivación. El criterio de Baldrige propone que las compañías pueden utilizar la sabiduría, habilidades y buenas intenciones de los trabajadores dándoles la mayor cantidad posible de oportunidades para contribuir al mejoramiento de la calidad.
- 2) Una descripción de cómo la compañía decide qué educación y capacitación proveerá al empleado en términos de calidad y cómo la compañía utiliza los conocimientos y habilidades adquiridos. Hay que hacer resúmenes de los tipos de educación y capacitación enfocados a la calidad que reciban los empleados.
- 3) Una descripción de cómo la compañía promueve al empleado, a través de procesos de desempeño, reconocimiento, promoción, compensación, premios y retroalimentación para así lograr los objetivos de desempeño y calidad de la compañía.
- 4) Hay que describir cómo la compañía mantiene un ambiente de trabajo que promueva el bienestar y crecimiento del empleado; hacer resúmenes de las tendencias y niveles a través de indicadores claves de bienestar y moral.

GERENCIA DE PROCESOS DE CALIDAD

Esta categoría examina los procesos sistemáticos que utiliza la compañía para lograr calidad y desempeño operacional. Se examinan los elementos claves del proceso de gerencia que incluye diseño de la gerencia del proceso de calidad para todas las unidades de la compañía. También examina los sistemas operativos involucrados en la producción de los bienes o en la prestación de los servicios que han sido seleccionados con el apoyo de la formación de la estrategia organizacional. Las preguntas principales en esta categoría son:

- **Cómo se adaptan los productos y servicios para llenar los requerimientos del cliente?**
- **Cúal es el sistema de control de prestación de los servicios?**
- **Cómo se evalúa la calidad de los sistemas, productos y servicios para mejorar esta calidad?**
- **Cómo se asegura la calidad de los procesos, apoyo a los servicios y proveedores?**

Las compañías que reciban una buena evaluación en esta categoría son las que mayor fortaleza y desarrollo han alcanzado en el proceso de pensamiento. Son las compañías que se enfocan más en el monitoreo de la calidad de los procesos. Por otro lado, las compañías que tienen desempeño pobre en esta categoría son las que pasan la mayor parte de su tiempo corrigiendo los errores en vez de prevenirlos.

El enfoque de esta categoría es la prevención de los errores. Este es un pilar para integrar calidad en la producción con la eliminación de errores desde la fuente.

RESULTADOS OPERACIONALES DE CALIDAD

Esta categoría enfoca los niveles de calidad en el área de trabajo (ya sea de producción o de servicios) de una compañía, así como las tendencias en las mejoras en la calidad, el desempeño operacional de la compañía y la calidad de los proveedores. También determina los niveles actuales de calidad así como los niveles operativos en relación a la competencia. En principio, si la compañía está implementando algún programa de calidad, debería contar con resultados de calidad. Dichos resultados deberían estar basados en la prevención, ser apropiados en sus herramientas, técnicas y métodos además de ser sistemáticos. Todos los sistemas deberán estar plenamente interrelacionados en la compañía. Los resultados son la manera más fácil para juzgar sistemas de calidad. El Baldrige asigna un puntaje significativo a esta categoría dado que se relaciona con la medición de los sistemas de calidad.

En esta categoría uno debería:

- 1) **Ser selectivo.** Selecciona una serie de indicadores fáciles y consistentes de medir tales como la productividad, retorno sobre inversión, gastos sobre ingresos, satisfacción de empleados, satisfacción de clientes.
- 2) **Proveer comparaciones.** Compárese con su competencia, compañías con excelente resultados y aliados. Esto permitirá que sus resultados tengan un significado mayor para el evaluador de su aplicación.
- 3) **Ser claro y específico.** Indique claramente los resultados sin mucho adorno "hemos alcanzado un nivel de clase mundial" etc. Mientras más específico es mejor.

- 4) Explicar tendencias adversas. Si, por ejemplo, los resultados al haber comprado una división nueva de negocios no fueron óptimos, es importante señalar esto y demostrar planes de acción para corregir esta tendencia. "Cosas malas también le ocurren a compañías buenas".

Los resultados operacionales de calidad variarán dependiendo de la naturaleza de trabajo de la empresa.

ENFOQUE DE SATISFACCION DEL CLIENTE

Esta es la última y más importante de las siete categorías del Baldrige. Examina la relación de la compañía con sus clientes y su conocimiento de los requerimientos de los mismos. Asimismo, reconoce factores claves de calidad que determinan la competitividad del mercado. El abordaje del Baldrige en esta categoría está orientado a:

- 1) Determinar los requerimientos y expectativas futuras de sus clientes, y describir cómo la compañía determina éstos.
- 2) Gerenciar relación con el cliente. Este elemento describe cómo la compañía provee una gerencia efectiva de sus relaciones con sus clientes y cómo usa la información obtenida para mejorar los servicios, las estrategias y las prácticas.
- 3) Comprometerse con los clientes. Describe los compromisos internos y externos que la compañía tiene con sus clientes en torno a sus productos y servicios.
- 4) Determinar la satisfacción de los clientes. Describe los métodos de la compañía para determinar la satisfacción de clientes con ella misma y con la competencia. Describe asimismo, cómo estos métodos son evaluados y mejorados.

Esta categoría incluye calidad del servicio, calidad del proceso del negocio, las operaciones y apoyo al servicio.

PUNTUACION

La metodología de puntuación provee una línea basal para poder medir el progreso en el futuro. La puntuación de esta metodología es incremental. Esto quiere decir que en primer lugar un abordaje tiene que calificarse como sistemático y basado en la prevención, después en la evaluación o cambio, etc. hasta completar las características de la Gerencia de Calidad Total.

Al llegar a un 50% de los puntos quiere decir que la empresa tiene un sistema efectivo. El sesgo principal en la calificación de esta metodología es la variabilidad de la puntuación según la interpretación del investigador.

En el Baldrige, se le asigna a las mediciones un puntaje de 1 a 7 como rango a las evaluaciones cualitativas.

EVALUACION

Evaluación es la fase final del proceso de diagnóstico y se confunde a menudo con la puntuación. La evaluación da un listado de las fortalezas y oportunidades para mejoramiento de la empresa y ofrece insumos objetivos que ayudan en el proceso estratégico de planificación (CATEGORIA 3). La evaluación ofrece insumos objetivos de cómo se pueden mejorar los procesos y/o resultados de cada categoría. Al final de la evaluación las debilidades o áreas para mejorar se convierten en "objetivos formales del mejoramiento de calidad". Las fortalezas organizacionales son reforzadas para alcanzar su máximo desarrollo y difusión completa con un espíritu de mejoramiento continuo.

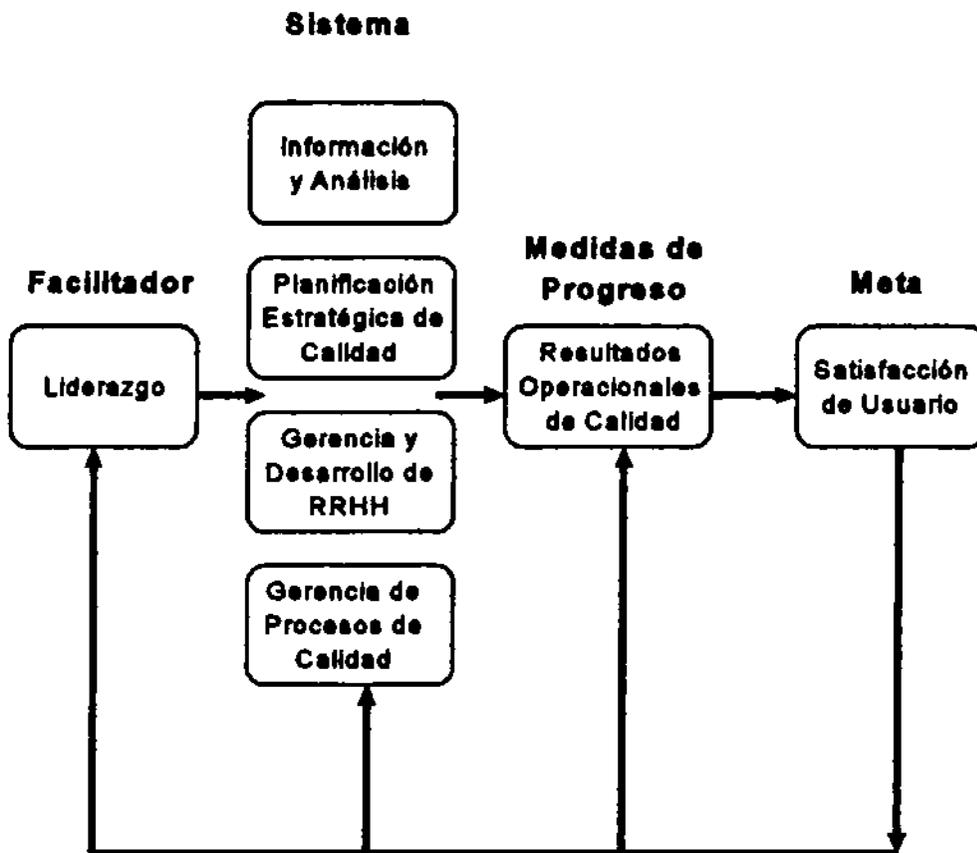
Para evaluar las categorías, hay que hacer énfasis en los indicadores preestablecidas, por ejemplo, en el caso de las categorías de **Liderazgo, Planificación Estratégica, Gerencia y Desarrollo de los Recursos Humanos**, es necesario preguntar si ellos tienen una "visión" de hacia donde van en el futuro. La declaración de visión sirve a la empresa como guía para la planificación de su organización y de los procesos de la toma de decisión. Asimismo hay que preguntar al personal si ellos conocen la "visión" de la empresa.

En la misma línea, la metodología ayudará a diagnosticar el nivel de trabajo en la categoría de **Enfoque de Satisfacción del Cliente** a través de preguntas dirigidas para obtener información sobre el grado de participación del cliente en establecer sus necesidades y que los centros de atención modifiquen sus actividades y comportamiento en función de los mismos.

Para cada categoría hay que desarrollar indicadores claves para medir progreso. En el caso, por ejemplo de **Gerencia y Desarrollo de los Recursos Humanos**, hay que evaluar indicadores tales como: la política de capacitación y educación, empoderamiento y flexibilidad en los trabajos, recompensas individuales y por equipo, rotación de personal y nivel de ausentismo en el trabajo, etc.

El estado deseado es lograr alinear las actividades de todos los empleados con un enfoque común de satisfacción de clientes a través de un mejoramiento continuo de calidad de todos los procesos y servicios. Para alcanzar este objetivo este estudio pretende utilizar la herramienta *Malcolm Baldrige National Quality Award Assessment* (véase diagrama) para, en primer lugar, determinar el estado de la calidad de cada centro.

MALCOM BALDRIGE NATIONAL QUALITY AWARD ASSESSMENT



V. DISEÑO METODOLOGICO

El estudio fue descriptivo y utilizó métodos cualitativo-participativos. Para lograr esto el grupo investigador realizó lo siguiente:

FASE I : FASE DE ACERCAMIENTO

Se elaboró un cuestionario para ser aplicado al personal, una encuesta de satisfacción de usuario, una guía de preguntas generadoras de discusión para los directores de las unidades de salud y una guía de observación de terreno para identificar la utilización de herramientas de calidad. Se solicitó la autorización de las autoridades del Sistema Local de Atención en Salud (SILAIS) Managua, a través de una reunión explicativa sobre los objetivos de trabajo.

A partir de la reunión con el Director del SILAIS de Managua, se procedió a contactar con varios centros de salud sugeridos por el mismo. De los centros sugeridos, solamente dos cumplieron los requisitos de criterio de inclusión que eran: accesibilidad de los miembros de la dirección de los centros de salud y disposición de ellos a colaborar con la investigación.

A continuación, se realizaron entrevistas con las directoras de los Centros de Salud escogidos como centro pilotos, el Centro de Salud Pedro Altamirano y el Centro de Salud Francisco Morazán.

Se indagó sobre los conocimientos y percepciones de los directivos en cuanto a sus conceptos de calidad. En este momento el grupo investigador valoró el grado de interés y de colaboración que mostraron los directivos sobre el trabajo a realizar.

FASE II : FASE DE VALIDACION DE LA METODOLOGIA

En esta fase se realizaron las siguientes actividades:

En las primeras reuniones con las directoras de los Centros de Salud, se explicó la teoría de Gerencia de Calidad Total, los objetivos planteados en el trabajo de investigación y la justificación del trabajo dentro del marco de la salud pública de Nicaragua. Asimismo, se les explicó que el propósito principal de este trabajo era validar los instrumentos para adecuarlos y ajustarlos posteriormente con la participación de ellos.

Al mismo tiempo se procedió a indagar sobre las características principales de los centros tales como: ubicación geográfica, datos del personal, problemas principales, desafíos de la Unidad y la misión del Ministerio de Salud (MINSAL) en general. Asimismo, se hizo énfasis en la importancia de la confidencialidad del trabajo para tener resultados precisos en cuanto a la honestidad de las repuestas del personal. En estas primeras reuniones se explicó la estructura de las dos herramientas principales de trabajo, la del

cuestionario del personal y la de la encuesta de satisfacción de usuario para que expresaran sus observaciones, comentarios y sugerencias sobre las mismas.

En una segunda reunión se discutieron los comentarios y sugerencias sobre los instrumentos dados por participantes de las Unidades de Salud.

En el Centro de Salud Francisco Morazán hubo comentarios sobre el cuestionario del personal en cuanto a la incorporación de información adicional, particularmente un espacio para comentarios abiertos. Sin embargo, en el Centro de Salud Pedro Altamirano no hubo ninguna observación a los instrumentos originales.

Se realizaron los cambios sugeridos a los distintos instrumentos. Es relevante mencionar que las dos directoras de los centros se comprometieron a comunicar a los empleados sobre el trabajo y la presencia de las encuestadoras a través de circulares y reuniones con los equipos de dirección. Sin embargo, esto no se hizo en ninguno de los centros.

FASE III : DE APLICACION

Se seleccionó una muestra de aproximadamente un 20% del personal que representaban los diferentes departamentos de las unidades. Se tomó una muestra de 20 usuarios externos por cada Unidad de Salud seleccionados al azar.

Se aplicó el Cuestionario al Personal y la Encuesta de Satisfacción de Usuario y se realizó entrevistas formalizadas estandarizadas con las dos directoras de las unidades de salud aplicando la Guía Generadora de Opinión.

Al momento de llenar los cuestionarios se encontraron varios problemas tales como: inadecuadas condiciones ambientales para poder explicar el motivo del trabajo y el llenado de los cuestionarios tanto al personal como a los usuarios. Así mismo, hubo dificultad en el llenado de los mismos por las personas con bajo o ningún nivel de escolaridad, particularmente con el personal de protección física, afanadoras y algunos usuarios.

Después de aplicar los instrumentos se procesaron los datos del cuestionario al personal y la Encuesta de Satisfacción del Usuario en el programa estadístico EPI-INFO. Luego se creó un programa de análisis de los datos en el programa Microsoft EXCEL.

Se procedió a analizar los resultados de los datos. Como producto del análisis de los datos y análisis del proceso de implementación de los instrumentos se realizó un ajuste final de los instrumentos y por ende de la metodología de diagnóstico.

Una vez que los datos fueron analizados e interpretados se elaboró un informe final con el objetivo de compartirlos con los equipos de dirección de las unidades pilotos.

FASE IV : FASE DE EVALUACION

En esta fase se realizó una entrevista con la Directora del Centro de Salud Pedro Altamirano, para discutir y analizar los resultados obtenidos con la aplicación de la metodología. En el caso del Centro de Salud Francisco Morazán no fue posible efectuar este procedimiento, en vista que durante el período en que se realizó el trabajo hubo elecciones generales en el país producto de las cuales ocurrieron cambio de autoridades.

VI. RESULTADOS Y DISCUSION

1. CONTEXTUALIZACION DE LA METODOLOGIA

La metodología de diagnóstico y evaluación propuesta consta de herramientas cuali-cuantitativas que permitirán establecer el nivel de desarrollo alcanzado en relación a la gerencia de calidad por las unidades o servicios de salud evaluados, ya sea de manera particular o de manera global.

Estas herramientas fueron elaboradas a partir de las categorías establecidas por el Malcolm Baldrige tomando en cuenta instrumentos que son utilizados en el sector privado de los Estados Unidos y Nicaragua.

Malcolm Baldrige asigna la siguiente ponderación a cada una de las siete categorías: Liderazgo 9% , Información y Análisis 8%, Planificación Estratégica de Calidad 6%, Gerencia y Desarrollo de Recursos Humanos 15%, Gerencia de Procesos de Calidad 14%, Resultados Operacionales de Calidad 18% y Satisfacción de Usuario 30%, sumando un 100%. (Ver Cuadro 1).

Existe poca cultura institucional del Ministerio de Salud (MINSa), al igual que en el sector privado, que priorice un enfoque de satisfacción del usuario y del personal como eje principal de la gestión en salud. Tradicionalmente el MINSa ha tenido un estilo organizacional muy centralizado y vertical lo cual es muy común en el sector público de los países de la Región.

Sin embargo, existe la urgente necesidad de quebrar estos esquemas y replantearse nuevas estrategias en la conducción gerencial del sector salud.

En esta propuesta se decidió realizar los siguientes ajustes a la ponderación tomando en cuenta las particularidades e idiosincrasias del país.

Lo siguiente es un desglose de la nueva ponderación que se propone en las siete categorías exploradas en el trabajo:

Liderazgo (A) :

Se decidió incrementar el puntaje de la categoría Liderazgo al 20% debido a que se consideró que un buen liderazgo es determinante para la implementación exitosa de un programa de calidad, dado el estilo vertical y centralizado que caracteriza el ambiente organizacional de los centros de salud.

La definición operacional de la categoría es el involucramiento personal del jefe en la creación y sostenibilidad de un enfoque gerencial de calidad dirigido a la satisfacción del usuario interno y externo.

Después de analizar los indicadores establecidos dentro de la filosofía del Premio Malcolm Baldrige para la categoría de liderazgo, se escogieron y adaptaron los siguientes para aplicar en la investigación: gerente modelo, nivel de conocimiento de valores y principios de la unidad de salud, estructura organizacional horizontal y trabajo en equipo.

Información y Análisis (B) :

A la categoría de Información y Análisis se asignó un 7% con la siguiente definición operacional: datos recopilados que incluyen información sobre morbi-mortalidad, satisfacción de las necesidades de los usuarios, información general de los recursos humanos, el grado de utilización de los mismos por el personal y la gerencia en la toma de decisión. Los indicadores incluyen: grado de utilización de los datos estadísticos, difusión y accesibilidad de la información y uso de la técnica de *benchmarking*.

Planificación Estratégica de Calidad (C) :

A la categoría de Planificación Estratégica de Calidad se asignó un 8%. La definición operacional de esta categoría es: el proceso de planificación habitual de las unidades con la incorporación de criterios de calidad. Los indicadores incluyen: grado de relación del proceso de planificación habitual de la unidad de salud con la planificación en función de la calidad, la existencia de metas de corto y largo plazo para alcanzar calidad y la existencia de técnicas de comparación (*benchmarking*).

Gerencia de Procesos de Calidad (D) :

A la categoría de Gerencia de Procesos de Calidad se asignó un 8%. Su definición operacional implica los procesos sistemáticos que la unidad de salud emplea para alcanzar alta calidad en su desempeño. Los indicadores utilizados son: tiempo de respuesta a las quejas de los usuarios externos, existencia de estrategias para mejoramiento continuo de los servicios y tipo de relación con los proveedores.

Gerencia y Desarrollo de Recursos Humanos (E) :

A la categoría de Gerencia y Desarrollo de Recursos Humanos se asignó un 20%. Se consideró que esta categoría es de alta prioridad debido a que se ha observado que cuando el personal de una empresa no se siente satisfecho en su labores, hay un reflejo directo sobre el nivel de rendimiento del mismo y por ende en los resultados. Uno de los resultados primordiales en el sector salud es la satisfacción del usuario.

La definición operacional de la categoría de Gerencia y Desarrollo de Recursos Humanos es considerar al empleado como cliente interno razón por la cual se le proporciona educación, capacitación, reconocimiento y recompensa oportuna por desempeño. Los indicadores que fueron establecidos para evaluar esta categoría incluyen: haber recibido capacitación en el ultimo año, grado de reconocimiento al personal por el desempeño, nivel de ausentismo y rotación del personal, grado de empoderamiento y flexibilidad en el trabajo.

Resultados Operacionales de Calidad (F) :

A la categoría de Resultados Operacionales de Calidad se asignó un 7%. La definición operacional de esta categoría se remite a los niveles de calidad de la unidad de salud, las tendencias a alcanzar mayores niveles de calidad, el desempeño operacional de la unidad y la calidad de los proveedores.

Los indicadores utilizados para medir esta categoría fueron: la existencia de un sistema de recopilación de información sobre la satisfacción de los empleados, de los usuarios externos y el uso de herramientas de calidad. Estos sistemas incluyen: la recopilación de datos de tendencia significativos para establecer si existe conexión cercana entre programas y resultados, de esta manera lograr mejoría en la calidad de los proveedores y ampliar la base para obtener la mejoría de tendencias en la empresa.

Satisfacción de Usuario (G) :

A la categoría de Satisfacción de Usuario Externo se asignó un 30% de ponderación, igual que la asignación determinada en el Malcolm. La definición operacional de Satisfacción del Usuario es el nivel de conocimiento de la Unidad de Salud sobre las necesidades, requerimientos y deseos de los usuarios externos y la capacidad de la Unidad de salud para satisfacer estas necesidades adecuadamente.

Los indicadores ajustados del Malcolm, incluyen: el grado de empoderamiento de los trabajadores que tienen contacto directo con los usuarios externos, nivel de abastecimiento técnico y material del personal que tiene contacto directo con los usuarios externos, nivel de capacidad de adecuar las repuestas de las unidades de salud en función de las expectativas y requerimientos de los usuarios externos, nivel de satisfacción de usuarios externos y nivel de desarrollo de estrategias para escuchar a los usuarios externos.

2. OPERACIONALIZACION DE LA METODOLOGIA

El juego preliminar de herramientas consta de un Cuestionario al Personal, una Encuesta de Satisfacción de Usuarios, una Guía de Preguntas Generadoras de Opinión para los directores de las unidades de salud y una Guía de Observación de Terreno para la identificación de utilización de herramientas de calidad.

En el Cuadro 2 podemos observar cómo se distribuye la relación porcentual de los diferentes instrumentos de diagnóstico utilizados para obtener la puntuación final de las unidades evaluadas.

Con el Instrumento 001 - Cuestionario al Personal (Anexo1) se analizan cinco de las siete categorías y se acompaña de una metodología de puntuación (Anexo 2) que se elaboró para facilitar el proceso de análisis de los datos recopilados en las unidades de salud estudiadas.

Es importante señalar que hay algunas preguntas que evalúan más de una categoría. Estas preguntas están señaladas por un asterisco.

El Liderazgo se evalúa en un 80% a través del Cuestionario aplicado al personal. La Gerencia y Desarrollo de Recursos Humanos se evalúa en un 75%. La Gerencia de Procesos de Calidad está evaluado en un 50%. La Planificación Estratégica de Calidad e Información y Análisis son evaluados ambos en un 25% y la Satisfacción de Usuario Externo en un 10% a través de este instrumento.

El hecho de evaluar la categoría de Liderazgo en un 80% a través de este instrumento se basa en el principio de que son los subordinados los más indicados para evaluar a su jefe inmediato.

Igualmente se puede decir que a la categoría de Gerencia y Desarrollo de Recursos Humanos se le asigna un alto porcentaje a través de este instrumento porque al final de cuenta el trabajador es el mejor juez del proceso de gerencia de recursos humanos que se expresa a través de su nivel de satisfacción. El 50% de la categoría de Gerencia de Procesos de Calidad se evalúa a través de este cuestionario porque se considera que los usuarios internos (trabajadores) constituyen un elemento fundamental en la construcción de los procesos de calidad tales como el trabajo en equipo y la comunicación fluida.

No se evalúa a través de este cuestionario nada relacionado a la categoría de Resultados Operacionales de Calidad porque se considera que la mejor forma de evaluar ésta es a través de la observación directa (50%) y con la entrevista a la dirección (50%).

La categoría de Satisfacción de Usuario Externo está evaluada en un 70% por medio del Instrumento 002 - Encuesta de Satisfacción de Usuario (Anexo 3) que también consta de una guía de puntuación (Anexo 4).

El Instrumento 003 - Guía de Entrevista (Anexo 5) al director(a) evalúa las categorías de Información y Análisis, Planificación Estratégica de Calidad, Gerencia de Procesos de Calidad, Resultados Operacionales de Calidad y Satisfacción del Usuario. Consta de una guía de puntuación (Anexo 6) para facilitar la interpretación de los datos obtenidos.

El Instrumento 004 - Guía de Observación (Anexo 7), sirve como una orientación al investigador(a) sobre las actividades y documentos importantes que hay que analizar para poder emitir juicios sobre el nivel de desarrollo de las siete categorías investigadas. Es esencial resaltar que las categorías de Información y Análisis, Planificación Estratégica de Calidad y Resultados Operacionales de Calidad deben ser evaluadas de la manera más concreta posible, a través de constatar la existencia de los diferentes documentos que sustentan el análisis de dichas categorías (Anexo 8). Por esta razón, se considera que la observación directa y la participación pasiva en los procesos de trabajo de la unidad son fundamentales para poder llevar a cabo un buen diagnóstico.

Para obtener la puntuación que establece el nivel de desarrollo alcanzado en cuanto a gerencia de calidad se refiere, se realiza la sumatoria de los puntos obtenidos a través de los cuatro Instrumentos (Cuadro 3). Después de realizar el análisis global de las siete categorías se proponen los siguientes rangos para establecer el diagnóstico final:

Menos de 200	:	No hay ningún enfoque de gerencia de calidad.
De 200 a 399	:	La unidad de salud muestra algunos indicios hacia la gerencia de calidad total.
De 400 a 599	:	La unidad de salud se encuentra en vías de desarrollo de un proceso de gerencia de calidad total. Hay tendencias de mejoría y/o niveles de buen desempeño reportados.
De 600 a 799	:	La unidad de salud cuenta con un programa o un enfoque de gerencia de calidad que enfatiza la satisfacción de los usuarios internos y externos.
De 800 a 1000	:	La unidad de salud se encuentra en un excelente nivel de desarrollo de la gerencia con enfoque de calidad total.

3. APLICACION DE LA METODOLOGIA EN LAS UNIDADES DE SALUD SELECCIONADAS.

Los instrumentos fueron aplicados en dos Centros de Salud urbanos de la Ciudad de Managua, el Centro de Salud Pedro Altamirano y el Francisco Morazán.

3.1. CENTRO DE SALUD "PEDRO ALTAMIRANO"

ANTECEDENTES

El Centro de Salud Pedro Altamirano atiende un área de 70 kilometros cuadrados, 52 barrios urbanos de la ciudad de Managua y aproximadamente 131,100 habitantes. Se encuentra ubicado en el Distrito 5, al costado Oeste del Mercado Roberto Huembes y hacia el Noroeste limita con la División General de Tránsito.

El C/S cuenta con 10 Puestos Médicos (P/M) y dos Puestos de Salud (P/S), estos últimos tienen asignados más de un médico y más de una enfermera, a veces llegan médicos especialistas.

Según el organigrama del Centro de Salud cuenta con ocho Departamentos: Dirección, Sub-Dirección Docente, Sub-Dirección de Atención Médica, Sub-Dirección de Epidemiología, Dirección Administrativa, Jefatura de Enfermería, Estadística e Insumos Médicos, Farmacia, Laboratorio clínico y Trabajo social.

Su plantilla de personal es de 188 trabajadores, de los cuales 42 son médicos, 45 Enfermeras y Auxiliares de Enfermería, 6 Odontólogos, 5 psicólogos y 3 trabajadores sociales. Los restante 87 son despachadores de farmacia, técnicos y auxiliares de laboratorio clínico, fisioterapeutas, administradores, cuidadores, afanadoras, secretarias, técnicos de recursos humanos, jardineros y conductores.

Al momento de realizar la investigación, también se estaba desarrollando una evaluación del desempeño por miembros de la Escuela de Salud Pública, dirigido principalmente a los trabajadores y con participación de la comunidad, según esta evaluación las principales necesidades encontradas a la fecha eran de entrenamiento en técnicas de supervisión y monitoreo.

El centro de Salud Pedro Altamirano tiene una larga historia de conflictos laborales, que ocasiona mucha interrupción de los servicios de salud que ofrece a la población. La actual directora del Centro de Salud se encuentra completando sus primeros 2 años en el puesto, después de haber laborado como sub-directora de atención médica en otro centro de salud de Managua.

RESULTADOS

Es importante recordar que el fin último de esta metodología consiste en destacar los principales logros obtenidos e identificar las oportunidades de mejoramiento en la calidad total de cada centro. En la medida que se identifiquen específicamente las amenazas y oportunidades en un proceso de gerencia de calidad total, mayor éxito se podrá obtener ya que se pueden definir las metas y objetivos a alcanzar basado en evidencia. Esto impactará sin lugar a duda en las condiciones de salud.

Los resultados obtenidos después de la aplicación de los instrumentos propuestos en el Centro de Salud Pedro Altamirano están presentados en el CUADRO 4, en donde se encuentran los valores absolutos que obtuvieron las diferentes categorías analizadas.

En el Gráfico 1 se analizó el valor porcentual obtenido por cada una de las mismas observando que las categorías de Liderazgo, Gerencia y Desarrollo de RRHH y Satisfacción del Usuario Externo son las que alcanzaron mayor puntaje con un 68%, 68% y 78% respectivamente del valor máximo propuesto para cada una de ellas. Las categorías de Información y Análisis, Planificación estratégica de calidad y Gerencia de procesos de calidad apenas lograron acumular un 30% del máximo puntaje. La de más baja calificación fue la de Resultados operacionales de calidad que obtuvo solamente un 20%.

SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO

El tiempo medio de espera encontrado para ser atendido por admisión fue de 32 minutos y de casi una hora para ser atendido por el médico lo que implica para el usuario estar dispuesto a perder un tiempo mínimo de 2 horas cuando requiere los servicios de esta unidad. Es de suma importancia hacer notar que este tiempo de espera se encuentra considerablemente disminuido, en relación a evaluaciones previas que ha realizado la dirección del centro de salud, en las que se reporta un tiempo medio de espera de hasta 6 horas. En conversación sostenida con la Directora del Centro de Salud, se hizo referencia que esto se pudo lograr al modificar el mecanismo de admisión que contribuía en más del 50% en este largo tiempo de espera.

Al analizar el puntaje obtenido por cada una de las categorías examinadas resulta interesante observar que la categoría Satisfacción del Usuario Externo fue la que alcanzó el mayor porcentaje (78 %) del valor máximo esperado (Gráfico 2), resultado que puede parecer paradójico, dados los antecedentes de interrupción del servicio, las limitaciones presupuestarias, los problemas laborales y algún grado de insatisfacción de los usuarios internos (trabajadores). Esto se pudo constatar a través de las encuestas que de alguna manera influyen en la calidad de servicios que presta esta unidad de salud.

Se encontró baja satisfacción en cuanto a la atención de Farmacia y Laboratorio. Se obtuvo una moda de 3 respectivamente lo que es fiel reflejo del desabastecimiento,

en cuanto a medicamentos y materiales de laboratorio del que son objeto las unidades de salud estatales. De igual manera influye la situación de escasez de insumos médicos y problemas con la programación y distribución de los mismos dentro del proceso de descentralización administrativa/financiera del Ministerio de Salud. No podemos obviar que el tipo de población que acude a esta unidad es de bajos o muy bajos recursos económicos hecho que ayuda a explicar un tanto estos resultados.

En cuanto a la atención de enfermería, del personal médico, personal de admisión, los servicios que ofrece el centro de salud y las condiciones higiénicas del mismo, alcanzó un alto índice de satisfacción con una moda de 4. A pesar que el usuario expresó un alto nivel de satisfacción en cuanto a sentirse comprendido por el médico con una moda de 5, no sucedió lo mismo con el grado de oportunidad que se le brindó para solicitar explicaciones durante la consulta que se redujo a una moda de 3.

Aparentemente la población que acude a esta unidad se encuentra satisfecha con los horarios de atención y los diferentes servicios de especialidades médicas que se ofrecen ya que se encontró con una moda de 4.

No obstante, estos resultados de satisfacción no necesariamente corresponden a un proceso activo de búsqueda de calidad y satisfacción de las necesidades de los usuarios en tanto son el reflejo de una población que no tiene más opciones para llenar sus necesidades de salud y que se ha adaptado a los servicios que se le brindan de manera gratuita.

No se puede negar que existen algunos indicios de manejo gerencial orientados hacia calidad en algunos miembros del equipo de dirección, ya que han recibido cursos de capacitación gerencial en algunos momentos de su práctica administrativa y que a pesar de la situación de crisis política, económica que atraviesa el país se evidencia el interés por transformar algunos hábitos y actitudes del personal de salud para obtener mejores resultados. Según la directora de esta unidad, *"...es posible realizar transformaciones a pesar de las limitaciones y que a través de conversaciones sostenidas con miembros de la comunidad se percibe que hay un nivel importante de satisfacción en la población con los servicios brindados."*

LIDERAZGO Y GERENCIA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Desde otra perspectiva, las categorías Liderazgo y Gerencia de Desarrollo de Recursos Humanos alcanzaron un valor porcentual del 68% respectivamente reflejando un nivel razonable de aceptación en la gestión global de la Unidad.

Analizando las variables que componen la categoría de Liderazgo se encontró que en el caso de esta unidad todas contribuyeron en igual proporción al puntaje global obtenido, las variables utilizadas fueron: gerente modelo, transmisión de valores y principios, estructura organizacional y trabajo en equipo (Gráfico 3) con una moda de 4.

Al realizar el análisis por departamento, se encontró que el de Epidemiología mostró el más bajo nivel de Liderazgo con una moda de 1, seguido por el de Laboratorio con una moda de 3.5. El resto de departamentos del centro de salud obtuvieron una moda de 4. Se puede concluir que el departamento de Epidemiología es el que más reforzamiento requiere en el área de Liderazgo, los otros tienen un nivel aceptable (Gráfico 4).

En relación a la categoría de Gerencia de Recursos Humanos, se observó que de las variables que fueron analizadas: capacitación recibida, grado de empoderamiento y ausentismo/rotación del personal obtuvieron una moda de 4 respectivamente. La variable reconocimiento fue la que menos contribuyó al puntaje global obtenido presentando una moda de 2 (Gráfico 5). El grado de insatisfacción a nivel del reconocimiento está dado tanto por falta de estímulos materiales (salarios) como morales.

En cuanto a las variaciones obtenidas por departamentos se encontró que el Departamento de Estadística fue el que reflejó la moda más baja siendo de 2 seguido por el personal de Epidemiología y Atención Médica con una moda de 3. El resto obtuvo una moda de 4 ó 5, reflejando una adecuada satisfacción de los trabajadores en esta área (Gráfico 6).

INFORMACION Y ANALISIS, PLANIFICACION ESTRATEGICA DE CALIDAD Y GERENCIA DE PROCESOS DE CALIDAD.

Las categorías de Información y Análisis, Planificación Estratégica de Calidad y Gerencia de Procesos de Calidad solamente alcanzaron un 35.4%, 34.7% y 37.5% del valor máximo propuesto para cada una de ellas. Se considera que estos resultados son explicables dado que, a pesar de que se cuentan con algunos instrumentos gerenciales de planificación, estos no se encuentran claramente orientados hacia un enfoque de calidad y de satisfacción de usuarios.

Esto lo podemos confirmar al observar que el componente de *incorporar las necesidades de los usuarios a la planificación estratégica de calidad*, según los trabajadores del centro de salud se realiza de manera consistente dado que obtuvo una moda de 4 (Gráfico 7). Sin embargo, al realizar la entrevista con miembros del equipo de dirección, se notó que la planificación es realizada en base a los principales problemas que identifica y prioriza la Unidad de salud, sin tomar en cuenta la opinión de los usuarios externos. Asimismo al analizar las variables de adecuación, de abastecimiento técnico material y empoderamiento como componentes del grado de satisfacción del empleado se encontró que obtuvieron una moda de 4 (Gráfico 8). Sin embargo este resultado no se corresponde con lo observado al momento de aplicar el instrumento 004 (Guía de observación de terreno). Esto se explica por un estilo de dirección vertical que prevalece en el sistema de salud pública.

Por otro lado se pudo constatar la falta de utilización de herramientas como el "Benchmarking", ya que sus puntos de referencia para establecer comparación de los resultados obtenidos por la unidad de salud lo constituyen sus mismos resultados de períodos anteriores. Se considera que esto conduce a una poca amplitud de criterios en cuanto a los índices de comparación y de mejoría que se pueden alcanzar y podría justificar en alguna medida la pobreza de los resultados en cuanto a calidad se refiere.

Al compartir los resultados obtenidos con la Directora del Centro, ella manifestó que eran resultados esperados y que no contradice otras evaluaciones que el centro de salud realiza de manera ocasional a través de pláticas informales sostenidas con representantes de la comunidad en el caso de la satisfacción del usuario externo y a través de otras investigaciones realizadas por estudiantes de la escuela de salud pública en el caso de otras categorías.

El Centro de Salud Pedro Altamirano se encuentra con un programa o un enfoque de gerencia de calidad que enfatiza la satisfacción de los usuarios internos y externos. Analizando los resultados del diagnóstico se considera que el alto grado de satisfacción del usuario externo fue la razón principal por la cual este centro de salud se pudo calificar con un 603. Como se señaló anteriormente, la cultura de los usuarios externos, las condiciones económicas y sociales de ellos y sus expectativas son factores que contribuyeron al desplazamiento positivo de los resultados globales. Sin embargo no hay que negar que efectivamente este centro de salud tiene un alto nivel de liderazgo y consecuentemente alto nivel de satisfacción del usuario interno, siendo este factor principal lo que contribuyó al alto grado de satisfacción de los usuarios externos.

3.2 CENTRO DE SALUD "FRANCISCO MORAZAN"

ANTECEDENTES

El Centro de Salud Francisco Morazán cubre una población urbana de aproximadamente 60,400 habitantes. Está ubicado en el distrito 2 de la ciudad de Managua. El centro de salud cubre tres Puestos Médicos, dos que son propiamente del Ministerio de Salud y otro que es de la Iglesia Católica que opera dos veces por semana donde labora un médico del Ministerio de Salud y miembros de la comunidad.

Según el organigrama del Centro de Salud cuenta con ocho Departamentos: Dirección, Sub-Dirección Docente, Sub-Dirección de Atención Médica, Departamento de Epidemiología, Administración, Jefatura de Enfermería, Estadística e Insumos Médicos, Farmacia, Laboratorio y Trabajo Social.

La plantilla del personal es de 100 trabajadores, que se distribuyen de la siguiente manera: 27 médicos, 25 enfermeras y auxiliares de enfermería, 7 odontólogos, 2 psicólogos, 1 trabajador social, 1 nutricionista, 9 de estadísticas, 2 técnicos de fisioterapia, 3 del higiene del medio, 5 de farmacia y 13 miembros de administración

El ambiente laboral al momento de realizar el presente estudio se encontraba realmente turbulento, dada la actividad desplegada por los dos sindicatos que existen en la unidad de salud. La Federación de Trabajadores de la Salud (FETSALUD) y la Federación Independiente de Trabajadores (FIT). La Directora del centro de salud era apoyada por el grupo del FIT y esto le generaba mucha oposición de parte de los trabajadores que pertenecen a FETSALUD. Se evidenciaba un ambiente tenso, de desconfianza, de miedo ante el futuro inmediato ya que recientemente se habían realizado elecciones de autoridades del país lo que agravó las contradicciones existentes en el personal de salud. Aparentemente no se había realizado un manejo adecuado del conflicto y la polarización era evidente.

RESULTADOS

A diferencia del Centro de Salud Pedro Altamirano, en esta unidad la categoría que mayor valor porcentual alcanzó fue la de Gerencia de Recursos Humanos con un 60% del valor máximo que podía acumular. Seguido por la categoría de Liderazgo con un 58% y Satisfacción del Usuario con un 52%. Las categorías de Información y Análisis obtuvo 28.5%, la de Planificación Estratégica de Calidad 32.7% y Gerencia de Procesos de Calidad 35.5%. Siendo la categoría de Resultados Operacionales de Calidad la que menor porcentaje acumuló con un 18.5% (Gráfico 9).

GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

Al analizar la categoría de Gerencia de Recursos Humanos se encontró que las variables que más contribuyeron al puntaje global obtenido fueron las de Empoderamiento y Ausentismo/rotación con una moda de 4 y las variables de Capacitación y Reconocimiento mostraron una moda de 2 y 1 respectivamente (Gráfico 10), lo que se traduce en un alto grado de insatisfacción de los usuarios internos en cuanto al reconocimiento que perciben tanto moral como material los empleados de esta unidad de salud.

Al realizar el análisis por departamentos se encontró que el personal de los departamentos de fisioterapia, administración y enfermería fueron los que mostraron los más bajos niveles de satisfacción en cuanto a la gestión de recursos humanos se refiere con una moda de 1, 2 y 2 respectivamente, seguidos por los departamentos de epidemiología y miembros del equipo de dirección con una moda de 3. El resto de departamentos mostraron una moda de 4, resultando exclusivamente el área de laboratorio clínico con una moda de 5. Vale la pena señalar que en esta Unidad de salud existían políticas salariales diferenciadas que favorecían al personal del laboratorio lo que nos puede explicar en alguna medida esta gran dispersión de los resultados (Gráfico 11).

LIDERAZGO

En cuanto a la categoría de Liderazgo se refiere se encontró que la variable de gerente modelo fue la que contribuyó en menor escala con una moda de 3, presentando las otras variables analizadas una moda de 4 : trabajo en equipo, valores y principios, estructura organizacional(Gráfico 12).

El análisis por departamento mostró que los departamentos de fisioterapia, farmacia y enfermería obtuvieron una moda de 1,1y 2 respectivamente, representando los grupos de trabajadores que calificaron esta categoría en el nivel más bajo. Fueron seguidas por los departamentos de epidemiología y el equipo de dirección con una moda de 3. Atención médica, administración y estadísticas obtuvieron una moda de 4. El departamento de laboratorio mostró mayor puntaje con un amplio margen de diferencia con una moda de 5.

Se puede afirmar que en esta categoría también se refleja mayor grado de satisfacción del equipo de laboratorio a diferencia al resto de personal por los incentivos monetarios que reciben como función del desempeño (Gráfico 13).

SATISFACCION DEL USUARIO EXTERNO

El porcentaje global de Satisfacción del Usuario Externo obtenido en esta unidad de salud fue de un 53%, marcando una significativa diferencia respecto al alcanzado en el otro centro de salud (78 %) en esta misma categoría.

El tiempo promedio de espera para ser atendido en admisión fue de 17.5 minutos y para ser atendido por el médico de 52 minutos.

Analizando cada una de las variables utilizadas en esta categoría se observó que de manera general existe un alto grado de satisfacción con la variable de servicios que ofrece la unidad de salud donde alcanzó una moda de 5. El grado de satisfacción alcanzado con atención médica, higiene del centro, horarios de atención y con el personal de admisión también fue alto ya que se obtuvo una moda de 4. El grado de satisfacción con el departamento de enfermería fue intermedio con una moda de 3. El mayor grado de inconformidad fue respecto a los departamentos de laboratorio y farmacia que obtuvieron una moda de 2. Es interesante notar que hay una correlación negativa entre el grado de satisfacción mostrado por el personal de laboratorio y el grado de satisfacción que reflejan los usuarios externos con este mismo personal.

En las variables utilizadas para evaluar esta categoría a través de las encuestas a los empleados se obtuvo una moda de 4. Esto significa que no hay correspondencia entre lo expresado por los empleados que hicieron constar que tienen la capacidad de dar repuesta a las necesidades de los usuarios externos y el grado de satisfacción de éstos respecto al servicio recibido (Gráfico 16).

Al igual que en el Centro de Salud Pedro Altamirano, las categorías de Información y análisis, planificación estratégica de calidad y gerencia de procesos de calidad son las que demuestran el menor grado de desarrollo y por lo tanto es esperado también que la categoría de resultados operacionales de calidad sea la que más bajo porcentaje alcance.

De manera puntual es importante señalar que las necesidades del usuario externo y del personal interno no son tomadas en cuenta a los efectos de la planificación estratégica del centro según los resultados obtenidos con una moda de 1.

En el caso del Centro de Salud Francisco Morazán no se pudo compartir los resultados del diagnóstico con los miembros del equipo de dirección en vista que estos fueron trasladados a otro centro con el cambio de gobierno en enero de 1997.

En general se puede concluir que existe un nivel medio bajo de gerencia de calidad total con un puntaje de 479 y esto se puede atribuir en gran parte a la insatisfacción de los usuarios internos y externos y un liderazgo mediocre.

De manera global este centro de salud obtuvo resultados muchos más bajos que el Centro de Salud Pedro Altamirano. Se considera que los factores socio-económicos son influyentes en las expectativas de los usuarios externos en lo que a calidad se refiere. Existe una diferencia marcada entre la clientela del Centro de Salud Frasisco Morazán, de clase trabajadora y medio-bajo y el Pedro Altamirano cuya clientela es de una población de bajo o nulos ingresos. Esto puede sesgar los resultados obtenidos en esta categoría.

VII. CONCLUSIONES

1. Generales

Las conclusiones principales del estudio demuestran lo siguiente:

- A. Existe un interés en los niveles de SILAIS y local por contar en una metodología para evaluar la gerencia de calidad de los centros de salud lo cual hizo posible la realización del estudio.
- B. La utilización de las técnicas participativas en la construcción y aplicación de la metodología de evaluación constituye el principal factor facilitador para la contextualización y operacionalización de la misma.
- C. La aplicación de la metodología promueve la comparación de los centros de salud como modelo de análisis de la calidad.
- D. Esta metodología constituye un instrumento para el mejoramiento continuo de calidad de bajo costo y poca complejidad tecnológica.

2. Aplicación de la Metodología a los dos Centros de Salud

En general debe considerarse que los factores socio-económicos son determinantes para evaluar el nivel de satisfacción de las expectativas del usuario externo en relación a calidad en los servicios de salud. Fue posible apreciar una marcada diferencia entre los usuarios del Centro de Salud Francisco Morazán, de clase trabajadora, y el Pedro Altamirano al que asiste una población muy pobre.

Centro de Salud Pedro Altamirano

La aplicación de la metodología al Centro de Salud Pedro Altamirano permitió comprobar que efectivamente esta unidad de salud está trabajando con un enfoque de gerencia de calidad total con énfasis en la satisfacción de los usuarios externos e internos, por lo que pudo calificar con un 603. Uno de los factores determinantes en este resultado lo constituyó el alto nivel de liderazgo y el desarrollo de la gerencia de recursos

Centro de Salud Francisco Morazán

De manera general se puede concluir que este centro de salud se encuentra en una situación de gerencia de calidad total medio bajo con un puntaje de 479 debido en gran medida al alto grado de insatisfacción de los usuarios internos y externos.

En lo que corresponde a la aplicación de la metodología podemos concluir que la misma es de mucha utilidad y de gran validez para poder analizar gerencia de calidad total en los servicios de salud. Su vigencia y potencialidad como instrumento de diagnóstico está dado por la flexibilidad con que sea aplicada y por la contextualización del ambiente en el que se decida su implementación.

VIII. RECOMENDACIONES

Se considera las siguientes recomendaciones para el futuro:

- 1. Aplicar la metodología en un número mayor de unidades de salud haciendo mayor énfasis en la fase final de la evaluación.**
- 2. La aplicación de la metodología deberá ser precedido por talleres de capacitación al personal antes de ser implementada.**
- 3. Hacer presentación de la metodología a los asesores del Ministerio de Salud proponiendo su incorporación como una herramienta para la gestión de la calidad.**

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Embajada de los Estados Unidos de América. Managua, Nicaragua. Enero 1996.
2. FIDEG 1996.
3. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud: República de Nicaragua, 28 de Octubre 1993, p. 41 - 43.
4. Hart, Christopher W.L., Bogan, Christopher E. The Baldrige: What it is, How it's Won, How to use it to Improve Quality in Your Company. New York, McGraw - Hill, Inc., 1992.
5. Roemer, M.I., Montoya - Aguilar, C. Evaluación y Garantía de la Calidad en la Atención Primaria de la Salud. OPS 1997 p. 3
6. IBID, p. 26
7. Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica. Evaluación del Desempeño del Equipo de Salud. OPS/OMS, San José, Costa Rica. 1994, p. XI
8. Ministerio de Salud - Gobierno de Nicaragua. Primer Taller sobre Calidad Total en los Servicios de de Salud: Informe Final. Junio 1995.
9. Gilmore, Carol M., Moraes Novaes, Humberto. Manual de Gerencia de la Calidad. Serie HSP - UNI Manuales Operativos Paltex Vol. III No. 9. Washington, D.C.: OPS, 1996.
10. Donabedian, Avedis. The Seven Pillars of Quality. Arch. Pathology Lab. Med. Vol. 114, Nov. 1990, p. 1115.
11. Donabedian, Avedis. La Calidad de la Atención Médica. Cap. I, La Definición de la Calidad : Una Exploración Conceptual. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A., p. 4 - 5
12. Jaspers, Joseph, King, Jennifer y David Pendleton. La Consulta Médica : Un Análisis Social y Psicológico. En : Centro de Análisis y Programas Sanitarios; tendencias actuales en educación sanitaria. Barcelona No. 8. Marzo 1987.
13. Climent, Graciela Irma. Relación Médico - Paciente : Una Vinculación Inquietante. Cuadernos Médicos Sociales. Argentina No. 67. 1994, p. 62
14. Piura, J. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. 2a. Ed. Managua : El Amanecer, 1995, p. 26 - 30; 53 - 61.
15. Hoter, Debra L. Y Judith A. Hall. Studies of Doctor - Patient. Respuesta de los Pacientes a las Recomendaciones del Médico, pp. 480 - 8. En White, Kerr. L. Et al. Edit. Washington, OPS. 1992 p. 1228 (Pub. Cient. No. 534).

ANEXOS

Cuadro 1

**Guía de Ponderación de las Siete Categorías del
Premio Malcolm Baldrige
Gerencia de Calidad Total
Ajustadas al Sector Salud de Nicaragua**

	LIDERAZGO	INFORMACION Y ANALISIS	PLANIFICACION ESTRATEGICA DE CALIDAD	GERENCIA PROCESO CALIDAD	GERENCIA Y DESARROLLO DE RRHH	RESULTADOS OPERACIONALES DE CALIDAD	SATISFACCION USUARIO	TOTAL
ASIGNACION ORIGINAL	9%	8%	6%	14%	15%	18%	30%	100%
ASIGNACION PROPUESTA	20%	7%	8%	8%	20%	7%	30%	100%

Cuadro 3

**Guía de Ponderación de las Siete Categorías del
Premio Malcolm Baldrige
Gerencia de Calidad Total
Según Instrumento de Diagnóstico**

	LIDERAZGO	INFORMACIÓN Y ANÁLISIS	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE CALIDAD	GERENCIA PROCESO CALIDAD	GERENCIA Y DESARROLLO DE RRHH	RESULTADOS OPERACIONALES DE CALIDAD	SATISFACCIÓN USUARIO
Instrumento 001 (Cuestionario al personal)	160	17.5	20	20	150	0	30
Instrumento 002 (Cuestionario de usuarios)	0	0	0	0	0	0	210
Instrumento 003 (Guía de Entrevista)	0	17.5	20	20	0	35	30
Instrumento 004 (Guía de Observación de Terreno)	40	35	40	40	50	35	30
Total	200	70	80	80	200	70	300

Cuadro 4

**Resultados del Diagnóstico de Gerencia de Calidad Total del
Centro de Salud Pedro Altamirano
Según Instrumento de Diagnóstico
Managua, Diciembre 1996**

	LIDERAZGO	INFORMACIÓN Y ANÁLISIS	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE CALIDAD	GERENCIA PROCESO CALIDAD	GERENCIA Y DESARROLLO DE RRHH	RESULTADOS OPERACIONALES DE CALIDAD	SATISFACCIÓN USUARIO	TOTAL
1-001	116.1	11.8	12.8	15.9	96.3	0	22.9	275.8
1-002	0	0	0	0	0	0	180.6	180.6
1-003	0	8	10	4	0	10	15	47
1-004	20	5	5	10	40	5	15	100
Total	136.1	24.8	27.8	29.9	136.3	15	233.5	603.4

Cuadro 5

Resultados del Diagnóstico de Gerencia de Calidad Total del
Centro de Salud Francisco Morazán
Según Instrumento de Diagnóstico
Managua, Diciembre 1996

	LIDERAZGO	INFORMACIÓN Y ANÁLISIS	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE CALIDAD	GERENCIA PROCESO CALIDAD	GERENCIA Y DESARROLLO DE RRHH	RESULTADOS OPERACIONALES DE CALIDAD	SATISFACCIÓN USUARIO	TOTAL
I-001	103.2	11	11.2	14.4	89.6	0	21.5	250.9
I-002	0	0	0	0	0	0	117.6	117.6
I-003	0	4	10	4	0	8	10	36
I-004	10	5	5	10	30	5	10	75
Total	113.2	20	26.2	28.4	119.6	13	159.1	479.5

ANEXO 1

Orientaciones para el llenado del Instrumento 001 Cuestionario al Personal Diagnóstico de Calidad Total

Este cuestionario debe ser llenado solo de manera individual y voluntaria. Es estrictamente confidencial y se le solicita contestarlo con la mayor honestidad posible. El objetivo principal del cuestionario es obtener sus opiniones y sentimientos en relación a los temas planteados. Es importante aclarar antes de llevar a efecto este cuestionario algunos conceptos para su ubicación al momento de responder:

Grupo de trabajo: Se refiere al conjunto de personas que laboran en función de obtener un objetivo común. Por ejemplo: Grupo de Trabajo de Odontología, Grupo de Trabajo de Administración, etc.

Jefe: Se refiere a la persona responsable del servicio o departamento donde el trabajador realiza sus labores cotidianas; jefe inmediato independientemente de que no pertenezca a su misma categoría profesional.

El sistema de valoración de este cuestionario está basado en una escala numérica la cual tiene un rango de 5 a 1, siendo:

- 5: Muy Satisfecho
- 4: Satisfecho
- 3: Ni Satisfecho ni insatisfecho
- 2: Insatisfecho
- 1: Muy Insatisfecho

En este cuestionario siempre hay que dar respuesta a las preguntas, englobando el número seleccionado; no hay que dejar ninguna pregunta en blanco ya que no existe el puntaje cero. En caso de considerar que alguna pregunta no corresponde o no es aplicable a su lugar de trabajo, se recomienda dar el menor puntaje. Muchas gracias por su cooperación.

Instrumento 001

La siguiente información sobre su persona será utilizada para realizar mediciones sólo a nivel de la Unidad de Salud (U/S). La información NO será compartida con nadie y es confidencial. Por favor agregue cualquier comentario que usted crea que sea útil al final del cuestionario.

Datos Generales

SEXO : F _____
M _____

UNIDAD DE SALUD : _____

CATEGORÍA PROFESIONAL:

Médico(a): _____
Enfermero(a): _____
Auxiliar de enfermería: _____
Técnico de Laboratorio: _____
Farmacéutico(a): _____
Otro(a): _____

DEPARTAMENTO O SERVICIO AL QUE PERTENECE: _____

ANTIGÜEDAD EN LA U/S: Cuánto tiempo tiene usted de trabajar en esta unidad de salud?

Instrumento 001

La siguiente información sobre su persona será utilizada para realizar mediciones sólo a nivel de la Unidad de Salud (U/S). La información NO será compartida con nadie y es confidencial. Por favor agregue cualquier comentario que usted crea que sea útil al final del cuestionario.

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDOS
1. Existe una buena cooperación entre los integrantes de mi grupo de trabajo.	5	4	3	2	1
2. En general las condiciones físicas de mi lugar de trabajo son satisfactorias (Ej. Ventilación, iluminación, espacio para trabajar).	5	4	3	2	1
3. Entiendo cómo se evalúa la realización de mi trabajo.	5	4	3	2	1
4. Creo que tengo la oportunidad de crecer y desarrollarme profesionalmente en este trabajo.	5	4	3	2	1
5. Estoy satisfecho en la forma en que se cubre las ausencias de personal (p.Ej: subsidio, vacaciones, inasistencias, plazas vacantes).	5	4	3	2	1
6. Existen suficientes oportunidades para mi de recibir capacitación, para mis habilidades en mi cargo actual.	5	4	3	2	1
7. La U/S nos mantiene informados sobre los temas que nos afectan.	5	4	3	2	1
8. Tengo confianza en las decisiones de mi jefe.	5	4	3	2	1
9. Las decisiones que toma el grupo directivo de la U/S, que conciernen a sus empleados, son generalmente justas.	5	4	3	2	1
10. Tengo la oportunidad de participar en la realización de los planes (anuales, semestrales, mensuales) de mi U/S.	5	4	3	2	1
11. Puedo explicar claramente a otros la dirección estratégica de la U/S.	5	4	3	2	1
12. El personal de la U/S entiende claramente las necesidades de nuestros usuarios.	5	4	3	2	1

Instrumento 001

La siguiente información sobre su persona será utilizada para realizar mediciones sólo a nivel de la Unidad de Salud (U/S). La información NO será compartida con nadie y es confidencial. Por favor agregue cualquier comentario que usted crea que sea útil al final del cuestionario.

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	Nº DE ACUERDO Nº EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
13. Mi jefe comunica los objetivos de la U/S en forma efectiva.	5	4	3	2	1
14. Para mi jefe la satisfacción de los usuarios es sumamente importante.	5	4	3	2	1
15. Dentro de mi grupo de trabajo nos tomamos el tiempo necesario para discutir e intercambiar opiniones.	5	4	3	2	1
16. En mi grupo de trabajo se toman en cuenta las diferentes opiniones.	5	4	3	2	1
17. Mi jefe trata respetuosamente al personal.	5	4	3	2	1
18. Tengo la flexibilidad para organizar mi trabajo de manera tal, que logre alcanzar mis objetivos de trabajo, balanceándolos con mis necesidades personales y familiares.	5	4	3	2	1
19. Me siento estimulado para proponer nuevas y mejores formas de hacer las cosas.	5	4	3	2	1
20. Tengo la autoridad para tomar decisiones que mejoren los resultados de mi trabajo.	5	4	3	2	1
21. Mi jefe mantiene un buen equilibrio entre tomar una decisión y dejar que el grupo decida.	5	4	3	2	1
22. El personal busca distintas alternativas para obtener los recursos necesarios y así alcanzar sus objetivos de trabajo.	5	4	3	2	1
23. Los miembros de mi grupo de trabajo toman la iniciativa para obtener la información que necesitan.	5	4	3	2	1
24. Los planes de la U/S son dados a conocer al personal antes de ser	5	4	3	2	1

Instrumento 001

La siguiente información sobre su persona será utilizada para realizar mediciones sólo a nivel de la Unidad de Salud (U/S). La información NO será compartida con nadie y es confidencial. Por favor agregue cualquier comentario que usted crea que sea útil al final del cuestionario.

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
implementados.					
25. Mi jefe se comunica bien.	5	4	3	2	1
26. Me siento realizado en mi trabajo.	5	4	3	2	1
27. En esta U/S se recolecta sistemáticamente información acerca de las necesidades de los usuarios.	5	4	3	2	1
28. Las sugerencias de los usuarios se toman en cuenta al momento de realizar los planes de la U/S.	5	4	3	2	1
29. Existen revisiones sistemáticas de los planes para evaluarlos y ajustarlos.	5	4	3	2	1
30. Mi grupo de trabajo busca formas de cambiar los procesos de trabajo para incrementar la productividad.	5	4	3	2	1
31. La información de la U/S es fácil de obtener.	5	4	3	2	1
32. Recibo información sobre la manera de cómo realizo mi trabajo de manera que me ayuda a mejorar en él.	5	4	3	2	1
33. Mi jefe está siempre disponible, cuando tengo preguntas o necesito su ayuda.	5	4	3	2	1
34. Cuando hago un excelente trabajo mis logros son reconocidos.	5	4	3	2	1
35. Se realiza reconocimiento por desempeño sistemáticamente en mi U/S.	5	4	3	2	1
36. La gente en mi grupo de trabajo coopera para realizar las tareas.	5	4	3	2	1
37. Mi grupo de trabajo coopera con otros grupos de trabajo para lograr los	5	4	3	2	1

	objetivos de la U/S.	5	4	3	2	1
38.	Los miembros de mi grupo de trabajo son capaces de resolver entre ellos sus conflictos.	5	4	3	2	1
39.	Mi jefe estimula al personal a hablar cuando está en desacuerdo con una decisión.	5	4	3	2	1
40.	La satisfacción de empleados es una alta prioridad para mi jefe.	5	4	3	2	1
41.	El personal puede sugerir la implementación de cambios en los procesos de trabajo sin tener que pasar por muchos niveles de autorización.	5	4	3	2	1
42.	Mi jefe actúa conforme a lo que él orienta al personal.	5	4	3	2	1
43.	En mi opinión las estrategias de trabajo de mi U/S facilitan la obtención de los resultados deseados.	5	4	3	2	1
44.	El personal cuenta con los recursos necesarios para alcanzar los resultados de la U/S.	5	4	3	2	1
45.	Los procesos y procedimientos de trabajo me permiten satisfacer las demandas de los usuarios en forma efectiva.	5	4	3	2	1
46.	Los miembros de mi grupo de trabajo comparten los recursos disponibles.					

**Por favor preste
atención al cambio
en las respuestas**

	MUY SATISFECHO	SATISFECHO	NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	INSATISFECHO	MUY INSATISFECHO
Qué tan satisfecho está usted con estos aspectos de su trabajo?					
47. Su cargo de trabajo	5	4	3	2	1
49. Su estabilidad	5	4	3	2	1
49. Reconocimiento por el desempeño	5	4	3	2	1
50. Su salario	5	4	3	2	1
51. El trato de respeto y justicia	5	4	3	2	1
52. Considerándolo todo, cómo calificaría Ud. su satisfacción en su trabajo en este momento?	5	4	3	2	1

Comentarios adicionales:

ANEXO 2

Guía de Puntuación del Instrumento 001

Para obtener la puntuación de cada una de las seis categorías evaluadas en el Instrumento 001 se debería seguir los siguientes pasos:

1. Se suma el puntaje obtenido en las preguntas que evalúan cada una de las categorías según la Guía de Agrupamiento de las preguntas por Categoría (Ver página siguiente).
2. Se multiplica la sumatoria obtenida por un valor constante. Esta constante resulta de dividir el puntaje máximo que puede obtenerse a través de este instrumento, que se encuentra señalado en el Cuadro 3, entre el máximo puntaje que se puede alcanzar de acuerdo al número de preguntas que evalúan la categoría.

En el caso de Liderazgo el puntaje máximo que se puede obtener según el Cuadro 3 es de 160. El número de preguntas que evalúa esta categoría en el Instrumento 001 es de 19. Si se sabe que el mayor valor es de 5 para cada pregunta, entonces se multiplica $19 \times 5 = 95$. Por lo tanto la constante para esta categoría será igual a $160 \text{ entre } 95 = 1.7$.

Las constantes que se utilizaron para evaluar los resultados de la validación de los instrumentos fueron las siguientes.

Liderazgo	-	1.7
Información y Análisis	-	1.2
Planificación Estratégica de Calidad	-	0.6
Gerencia de Procesos de Calidad	-	0.4
Gerencia y Desarrollo de RRHH	-	1.3
Satisfacción de Usuario	-	0.8

Estos pasos se hace para cada una de las seis categorías evaluadas en el Instrumento 001. Ejemplo: Si el puntaje total de la Categoría de Liderazgo es de 68, se multiplica $68 \times 1.7 = 115.6$. Este resultado se coloca en la casilla correspondiente a esta categoría en un cuadro similar al Cuadro 3.

3. Los resultados obtenidos se ubican en las casillas que corresponden a cada categoría para el Instrumento 001 tal y como se muestra en el Cuadro 3.
4. Estos resultados se sumarán a los puntajes obtenidos a través de los otros instrumentos una vez tabulados.
5. Para realizar el análisis particular por departamentos o desglosar las categorías en sus diferentes variables se utiliza la medida de tendencia central: MODA.

Guía de Agrupamiento de preguntas por Categoría Basado en el Instrumento - 001

LIDERAZGO

- 01. _____
- 08. _____
- 09. _____
- 11. _____
- 13. _____
- 15. _____*
- 16. _____*
- 17. _____
- 21. _____*
- 25. _____
- 32. _____
- 33. _____
- 36. _____*
- 37. _____*
- 38. _____*
- 39. _____*
- 40. _____
- 42. _____*
- 46. _____*

TOTAL: _____

GERENCIA DE PROCESOS DE CALIDAD

- 19. _____*
- 20. _____*
- 21. _____
- 22. _____*
- 23. _____
- 27. _____
- 30. _____
- 37. _____
- 38. _____
- 43. _____
- 46. _____*

TOTAL: _____

PLANIFICACION ESTRATEGICA DE CALIDAD

- 10. _____
- 15. _____*
- 16. _____*
- 24. _____
- 27. _____
- 28. _____
- 29. _____

TOTAL: _____

GERENCIA Y DESARROLLO DE RRHH

- 02. _____
- 03. _____
- 04. _____
- 05. _____
- 06. _____
- 07. _____
- 15. _____*
- 16. _____*
- 18. _____
- 19. _____
- 26. _____
- 34. _____
- 35. _____
- 37. _____*
- 38. _____*
- 41. _____*
- 46. _____*
- 47. _____
- 48. _____
- 49. _____
- 50. _____
- 51. _____
- 52. _____

TOTAL: _____

SATISFACCION DE USUARIO

- 12. _____
- 14. _____
- 20. _____
- 22. _____
- 29. _____
- 30. _____
- 44. _____
- 45. _____

TOTAL: _____

INFORMACION Y ANALISIS

- 24. _____
- 31. _____*
- 37. _____*

TOTAL: _____

ANEXO 3

Orientaciones para el llenado del Instrumento 002 Encuesta de Satisfacción de Usuario Diagnóstico de Calidad Total

Se recomienda que esta encuesta sea llenado por un encuestador (a) y que se le solicita al usuario su colaboración para contestarlo de manera voluntaria tratando de realizarlo en un lugar cómodo y privado. Asimismo, es importante que esta encuesta sea llenado después de la consulta. El sistema de valoración de este cuestionario esta basado en una escala numérica la cual tiene un rango de 5 a 1, siendo:

- 5: Muy Satisfecho
- 4: Satisfecho
- 3: Ni Satisfecho ni insatisfecho
- 2: Insatisfecho
- 1: Muy Insatisfecho

Tome nota de que en la pregunta número 19, el sistema de valoración cambia a una escala numérica la cual tienen un rango de 5 a 1, siendo:

- 5: Mucho
- 4: Bastante
- 3: Algo
- 2: Poco
- 1: Nada

En caso que el usuario no tenga opinión o no conoce algunos de los servicios (tales como el laboratorio y la farmacia), se sugiere que le de un 3: Ni Satisfecho Ni Insatisfecho.

Este cuestionario se ha elaborado para conocer la opinión de los usuarios a cerca de la calidad de los servicios que ofrece esta Unidad de Salud (U/S). Es muy importante su punto de vista ya que sus repuestas son de mucho valor para mejorar los servicios que le brindamos.

Datos Generales

1. FECHA : _____
2. U/S : _____
3. SERVICIO QUE CONSULTO:

Medicina General	: _____	Odontología	: _____
Pediatría	: _____	Dispensarizado	: _____
Gineco-obstetricia	: _____	Otro	: _____
4. DOMICILIO (Barrio) : _____
5. ESCOLARIDAD : _____
6. EDAD DE PACIENTE : _____
7. PERSONA QUE LLENA LA ENCUESTA:
Paciente: _____ Padre/Madre: _____ Acompañante: _____
8. HA VISITADO ANTERIORMENTE ESTA UNIDAD DE SALUD?
Si : _____ No : _____
9. TIPO DE USUARIO:

No Pagado	: _____
Pagado	: _____
Asegurado	: _____
10. CUANTO TIEMPO TUVO QUE ESPERAR PARA SER ATENDIDO(A) EN ADMISION? _____
11. CUANTO TIEMPO TUVO QUE ESPERAR PARA SER ATENDIDO(A) POR EL MEDICO? _____

	MUY SATISFECHO	SATISFECHO	NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	INSATISFECHO	MUY INSATISFECHO
12. Está satisfecho(a) de la forma que fue recibido y atendido en Admisión?	5	4	3	2	1
13. Está satisfecho(a) de la forma que fue recibido y atendido por la Enfermera (o)?	5	4	3	2	1
14. Está satisfecho(a) de la forma que fue recibido y atendido por la Farmacia?	5	4	3	2	1
15. Está satisfecho(a) de la forma que fue recibido y atendido por el Laboratorio?	5	4	3	2	1
16. Está satisfecho(a) con las condiciones higiénicas y ambientales que ofrece esta Unidad de Salud?	5	4	3	2	1
17. Está satisfecho(a) de los horarios de consulta que tiene esta Unidad de Salud?	5	4	3	2	1
18. Está satisfecho(a) de cómo le escuchó su médico?	5	4	3	2	1
19. Está satisfecho(a) con los diferentes Servicios médicos que ofrece esta Unidad de Salud?	5	4	3	2	1

***Por favor preste atención al cambio
en las respuestas***

	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
20. Cree usted que el médico le entendió y le comprendió todo lo que usted le dijo?	5	4	3	2	1
21. Recibió una explicación clara de todo lo que el médico le encontró?	5	4	3	2	1
22. Tuvo oportunidad de preguntarle al médico acerca del problema por el que le consultó?	5	4	3	2	1
23. Está usted claro(a) del tratamiento y recomendaciones que tiene que cumplir?	5	4	3	2	1

24. Volvería usted otra vez a este Centro/Puesto de Salud?

Si : _____

No : _____

Por qué : _____

25. Qué es lo que más le gusta de este Centro/Puesto de Salud?

26. Qué es lo que menos le gusta de este Centro/Puesto de Salud?

26. Qué sugerencias nos puede dar para mejorar la atención?

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 4

Guía de puntuación del Instrumento 002

Para obtener la puntuación de cada aspecto evaluado en la Encuesta de Satisfacción de Usuario (Instrumento 002):

1. Se realiza la sumatoria simple de los valores obtenidos en cada una de las preguntas y se divide entre el número total de encuestas realizadas. De esa manera se trabaja con el valor promedio para cada una de las preguntas.
2. Los promedios obtenidos para cada una de las preguntas se suman entre sí y se obtiene el promedio general para el Centro o Puesto de Salud analizado.
3. Se realiza el cálculo proporcional del promedio general alcanzado con respecto al puntaje máximo que se puede obtener a través de este instrumento. (Ver Cuadro 3)

Ejemplo: Un promedio óptimo de 5 puntos equivale a 210 puntos. Si la unidad de salud obtuvo un promedio de 3, entonces el puntaje alcanzado será de 126.

$$\begin{array}{r} 5 \quad - \quad 210 \\ 3 \quad - \quad x \\ \hline x = \frac{3 \times 210}{5} = 126 \end{array}$$

4. Se vacía el puntaje obtenido en la casilla correspondiente a Satisfacción del Usuario similar al Cuadro 3.

Tiene Usted proyectado en la planificación algún indicador en función de la calidad? Si lo tiene, cuales son? (F)

Existe un sistema de quejas? (F)

Existe un buzón de sugerencias? (F)

Realiza encuesta de satisfacción de empleados? (F)

Se realiza evaluación de la relación con los principales proveedores? (D)

En cuánto tiempo se da repuesta a las quejas y/o sugerencias? (D)

En qué medida están siendo utilizadas las quejas y/o sugerencias para mejorar los procesos de atención? (D)

Existe alguna estrategia para el mejoramiento continuo de los servicios? (D)

Existe un sistema de estímulos en su U/S (materiales o morales)? (E)

Cómo se organizan las reuniones formales? (Cuál es la conducta de las reuniones formales, los procedimientos?) (D)

ANEXO 6

Guía de Puntuación del Instrumento 003

La entrevista con los directivos de las unidades de salud es un método eminentemente cualitativo, sin embargo para efectos de obtener el puntaje total de cada categoría, se requiere asignar valoración numérica a las categorías a evaluarse mediante este procedimiento.

Se sugiere la siguiente distribución de puntaje, esta distribución se podrá ajustar según las necesidades del entrevistador (a):

Información y Análisis (B) :

Esta categoría valora si se recopilan datos sobre morbi-mortalidad, satisfacción de las necesidades de los usuarios y información general de los recursos humanos tal como la utilización de esta información por el personal y la gerencia en la toma de decisión. Los indicadores a tomar en cuenta al momento de dar valor a esta categoría incluyen: el grado de utilización de los datos estadísticos (de morbi-mortalidad, satisfacción de los usuarios externos y información sobre los recursos humanos), la difusión de los datos y su accesibilidad y el uso de la técnica de *benchmarking*. El máximo puntaje que puede darse a esta categoría es de 20, lo cual es el equivalente de un 25% del total de la misma.

PUNTUACIÓN	RESULTADOS
1 - 4	Si se considera que se recolecta algunos datos relacionados a morbi-mortalidad o satisfacción del usuario externo o recursos humanos de la unidad.
5 - 10	Si recopila datos sobre por lo menos dos de estos temas y se ocupa la información en la toma de decisiones.
11 - 15	Si se recopila y analiza la información de los tres temas y se utiliza dicha información para la planificación.
16 - 20	Si cuenta con un sistema de información desarrollada que reúne todas las características anteriormente señaladas y además utiliza la técnica de <i>benchmarking</i> .

Planificación Estratégica de Calidad (C) :

Esta categoría examina los procesos sistemáticos que la unidad de salud emplea

para alcanzar una alta calidad en su desempeño. Los indicadores a tomar en cuenta incluyen: grado de relación del proceso de planificación habitual de la unidad de salud con la planificación en función de la calidad, la existencia de metas de corto y largo plazo para alcanzar calidad y la existencia de técnicas de comparación (benchmarking). Esta categoría tiene un máximo de 20 puntos, lo cual es el equivalente de un 25% del total de la misma.

PUNTUACIÓN	RESULTADOS
1 - 4	Si se considera que no existe relación entre el proceso de planificación habitual con la planificación en función de calidad.
5 - 10	Si existe un mínimo de relación entre el proceso de planificación habitual con la planificación en función de calidad y se plantean algunas metas de corto plazo.
11 - 15	Si existe relación entre el proceso de planificación habitual con la planificación en función de calidad, se plantean algunas metas de corto y largo plazo y se realizan eventualmente evaluaciones comparativas con otras unidades.
16 - 20	Si existe una fuerte relación entre el proceso de planificación habitual con la planificación en función de calidad, se plantean metas de corto y largo plazo y se realizan sistemáticamente evaluaciones comparativas con otras unidades aplicando la técnica del benchmarking.

Gerencia de Procesos de Calidad (D) :

Esta categoría examina los procesos sistemáticos que la unidad de salud emplea para alcanzar una alta calidad en su desempeño. Los indicadores utilizados incluyen el tiempo de repuesta a las quejas de los usuarios externos, la existencia de estrategias para el mejoramiento continuo de los servicios y el tipo de relación con los proveedores. Esta categoría puede alcanzar un máximo de 20 puntos, lo cual es el equivalente de un 25% del total de la misma.

PUNTUACIÓN	RESULTADOS
1 - 4	Si se considera que existe alguna estrategia para el mejoramiento continuo de los servicios y algún tipo de evaluación con los proveedores.
5 - 10	Si tiene definidas estrategias para el mejoramiento continuo y/o algún

tipo de evaluación con los proveedores que le está ayudando a mejorar la relación con ellos.

- 11 - 15 Si existe y se monitorea un proceso de mejoramiento continuo de los servicios, se realiza una evaluación sistemática de la relación con los proveedores y se empieza a dar repuesta a las quejas y sugerencias de los usuarios externos.
- 16 - 20 Si cuenta con un sistema desarrollado de los indicadores antes señalados.

Resultados Operacionales de Calidad (F) :

Esta categoría examina los niveles de implementación de un programa de calidad. Los indicadores para medir esta categoría incluyen la existencia de un sistema de recopilación de información sobre la satisfacción de los empleados y los usuarios externos y el uso de herramientas de calidad.

El total de puntos que puede alcanzar esta categoría a través de la entrevista es de 35 puntos, lo cual es el equivalente de un 50% del total de esta categoría.

PUNTUACIÓN

RESULTADOS

- 1 -11 Si la unidad de salud recopila cualquier información sobre satisfacción de usuarios externos y/o sobre la situación de calidad de la unidad.
- 12-23 Si la unidad de salud tiene establecido algún mecanismo de monitoreo de satisfacción de los usuarios externos e internos y si se encuentran indicios de que se utilizan instrumentos para medir la situación de calidad.
- 24-35 Si la unidad de salud realiza encuestas de satisfacción de usuario externo de manera sistemática, evalúa el desarrollo de procesos de calidad a través de cuestionarios al personal y usa varios instrumentos para medir la calidad.

Es importante señalar que en esta metodología el sistema de puntuación no cuenta con el cero.

ANEXO 7

Instrumento 004 Guía de Observación de Terreno para la Identificación de Utilización de Herramientas de Calidad

Objetivo: Convalidar y complementar la información obtenida en las entrevistas con el equipo de dirección.

Procedimiento:

Se señalan las actividades que el equipo investigador debería realizar para constatar y obtener algunos elementos claves para completar el diagnóstico de cada Unidad de Salud o Municipio. En esta guía se brindan los elementos básicos aunque pueden aumentarse según los criterios y necesidades de información de los investigadores. Las preguntas se pueden realizar en el orden que considere conveniente el entrevistador(a). Las categorías a ser evaluadas por cada pregunta se encuentran entre paréntesis.

Observar el uso de la información disponible a través de revisión de los archivos, revisión de los planes y análisis de la incorporación de la información en el desarrollo de los planes. (B)

Observar el trabajo y la forma de interactuar del personal de salud. (A,E,F)

Revisar los planes anuales, semestrales, mensuales, etc. para analizar la incorporación de una visión. (C)

Observación de existencia de un Sistema de Quejas. (F)

Observación de existencia de un Buzón de Sugerencias. (F)

Existencia de encuestas de satisfacción de empleados. (F)

Existencia de una evaluación de la relación con los principales proveedores. (D)

Ver en que medida están siendo utilizado las quejas y/o sugerencias para mejorar los procesos de atención. (C)

Ver si existe alguna estrategia para el mejoramiento continuo de los servicios. (D)

Observar el proceso de realización de reuniones de los equipos de trabajo. (A,E,F)

Observar la forma en que los jefes de departamentos y el Director mismo de la Unidad de Salud utilizan su tiempo, como tienen distribuido su tiempo (observar cuales son las principales actividades de los jefes y directores). (A)

Observar el proceso de planificación durante las reuniones formales e informales (C)

Revisar los archivos de la oficina de Recursos Humanos de la Unidad de Salud para investigar sobre el nivel de ausentismo y rotación del personal. (E)

Observar el sistema de reconocimiento público a los trabajadores. (E)

Observar si existe un programa de capacitación del personal. (E)

ANEXO 8

Guía de puntuación de instrumento 004

Con la Guía de Observación de Terreno para la Identificación de Utilización de Herramientas de Calidad se evalúan las siguientes categorías:

Liderazgo (A) :

El máximo puntaje que se puede obtener es de 40 puntos, que corresponde al 20% de la valoración total. Se sugiere la siguiente calificación:

PUNTUACIÓN	RESULTADOS
1 - 10	No se evidencian conceptos de gerencia de calidad, no existe trabajo en equipo, no se desarrollan reuniones formales de trabajo.
11 - 20	El concepto de gerencia de calidad es de poca importancia, se realizan reuniones solamente en caso de urgencia y se observan indicios de trabajo en equipo en el grupo de dirección.
21 - 30	Se observa algún interés y compromiso en el personal en torno a la calidad. El grupo de dirección se encuentra parcialmente integrado en equipo, las reuniones planificadas son realizadas en un 50%.
31 - 40	Todo el equipo de dirección realiza actividades conforme planificación para alcanzar objetivos de calidad y se aprecia un alto interés participativo y compromiso de parte del personal. Existe plena conciencia de la importancia del trabajo en equipo.

Información y análisis (B) :

El máximo puntaje que puede obtenerse es de 35, lo que corresponde al 50% del total de la evaluación de esta categoría y se asigna de la siguiente manera:

PUNTUACIÓN	RESULTADOS
1 - 11	No existen planes escritos en base a la información obtenida y analizada por la unidad.
12 - 23	Existen algunos documentos que toman en cuenta algunos problemas detectados a través de la información obtenida y analizada por la unidad.

24 - 35 Se constata la existencia de planes escritos en base a los principales problemas detectados, las necesidades de los usuarios y las sugerencias de los trabajadores. Se encuentra a disposición del que los necesite y son del dominio de todo el personal las principales metas y objetivos de la unidad.

Se constata la existencia de análisis de tendencias y se conocen las fortalezas y debilidades de la unidad lo que permite obtener mejores resultados de calidad.

Planificación Estratégica de Calidad (C) :

El máximo puntaje obtenido es de 40, lo que representa el 50% del total de la categoría y se asigna de la siguiente manera:

PUNTUACIÓN	RESULTADOS
1 - 10	NO se evidencia relación entre el proceso de planificación habitual con la planificación en función de calidad.
11 - 20	Existe un mínimo de relación entre el proceso de planificación habitual con la planificación en función de calidad y se plantean algunas metas de corto plazo con criterios de calidad.
21 - 30	En los planes se observa relación entre el proceso de planificación habitual con la planificación en función de calidad, se plantean algunas metas de corto y largo plazo y se realizan eventualmente evaluaciones comparativas con otras unidades.
31 - 40	La planificación es realizada de manera integral tomando en cuenta los criterios de calidad en todo momento. Se plantean metas de corto y largo plazo y se realizan sistemáticamente evaluaciones comparativas con otras unidades aplicando la técnica del benchmarking.

Gerencia de Procesos de Calidad (D) :

El máximo puntaje obtenido es de 40 puntos, lo que representa el 50% del puntaje total de la categoría.

PUNTUACIÓN	RESULTADOS
1 - 10	No se observa que existan estrategias para el mejoramiento continuo de los servicios y no hay evaluación con los proveedores.
11 - 20	Se tienen definidas algunas estrategias para el mejoramiento continuo y/o algún tipo de evaluación con los proveedores que le permite mejorar la relación con ellos.
21 - 30	Se implementa y se monitorea un programa de mejoramiento continuo de los servicios, se realiza una evaluación sistemática de la relación con los proveedores y se empieza a dar repuesta a las quejas y sugerencias de los usuarios externos.
31 - 40	Se implementa y se monitorea un programa de calidad total en los servicios, se realiza una evaluación sistemática de la relación con los proveedores y se da repuesta a las quejas y sugerencias de los usuarios externos en menos de 72 hrs.

Gerencia y Desarrollo de Recursos Humanos (E) :

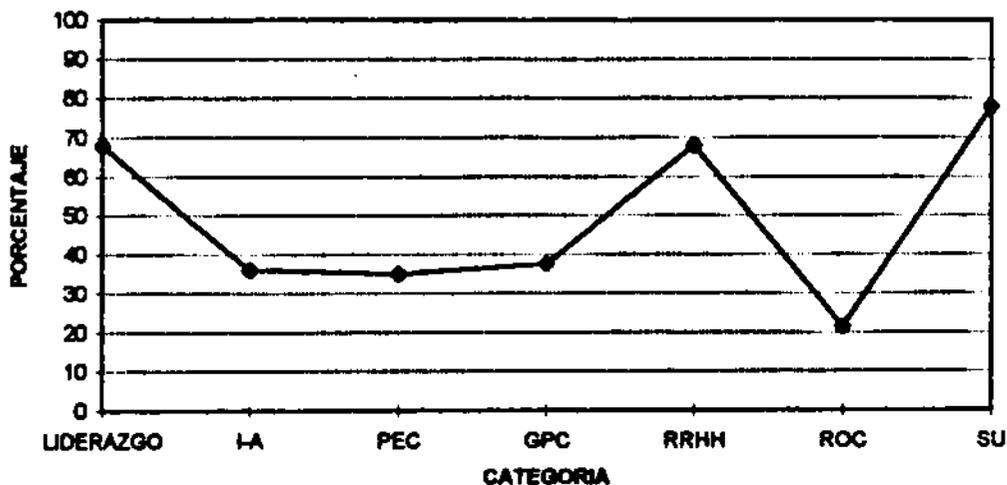
El máximo puntaje obtenido por esta categoría es de 50, lo que representa el 25% del total de la misma y se distribuye de la siguiente manera:

PUNTUACIÓN	RESULTADOS
1 - 10	No existe ninguna política de desarrollo para el personal de las unidades de salud.
11 - 20	Se brindan capacitaciones de manera esporádica a los empleados, no hay educación continua, no existe sistemas de reconocimiento al desempeño y se percibe descontento generalizado en el grupo de trabajadores.
21 - 30	Se programan capacitaciones de manera regular para todos los empleados, hay indicios de educación continua, de manera irregular se realizan reconocimientos al desempeño y se percibe descontento moderado en el grupo de trabajadores.

- 31 - 40** Se programan capacitaciones de manera regular para todos los empleados, hay educación continua, de manera regular se realizan reconocimientos al desempeño con estímulos morales y materiales y se percibe que los empleados se encuentran satisfechos.
- 41 - 50** Se programan capacitaciones de manera regular para todos los empleados, hay educación continua, de manera regular se realizan reconocimientos al desempeño con estímulos morales y materiales y se percibe que los empleados se encuentran totalmente satisfechos y con una alta participación en esfuerzos de mejoramiento de la calidad.

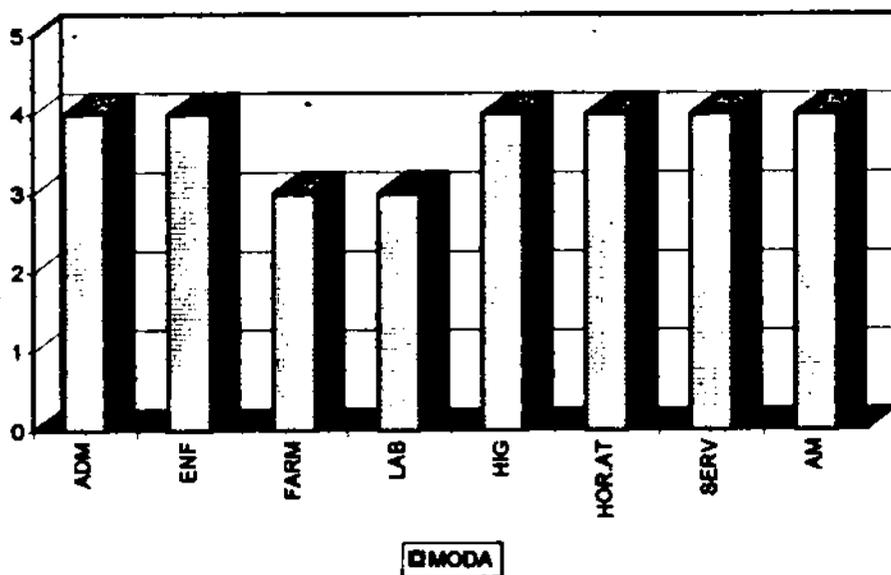
**GRAFICO N° 1
UNA METODOLOGÍA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO**

RESULTADOS DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS



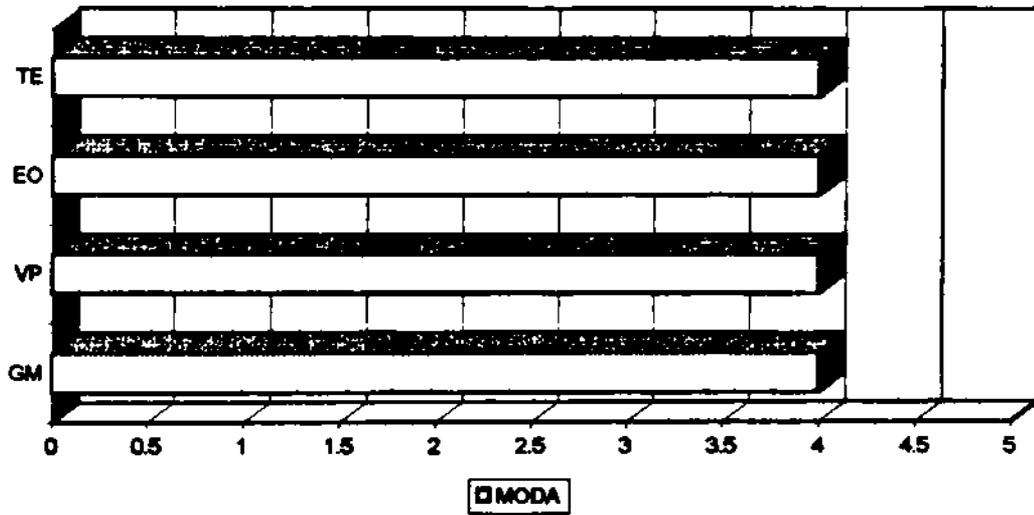
**GRAFICO N° 2
UNA METODOLOGÍA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO**

SATISFACCION DE USUARIO EXTERNO



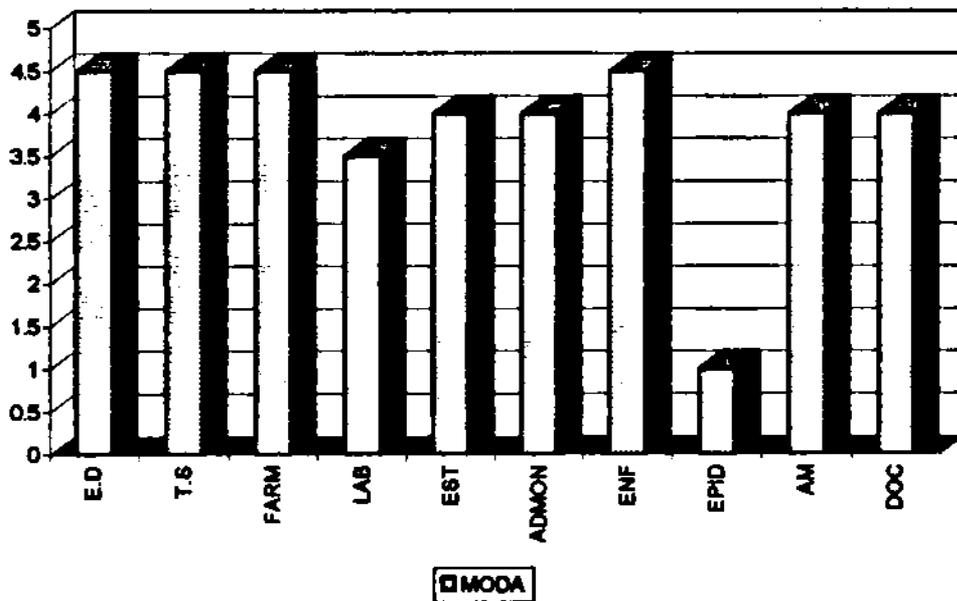
**GRAFICO N° 3
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO**

LIDERAZGO



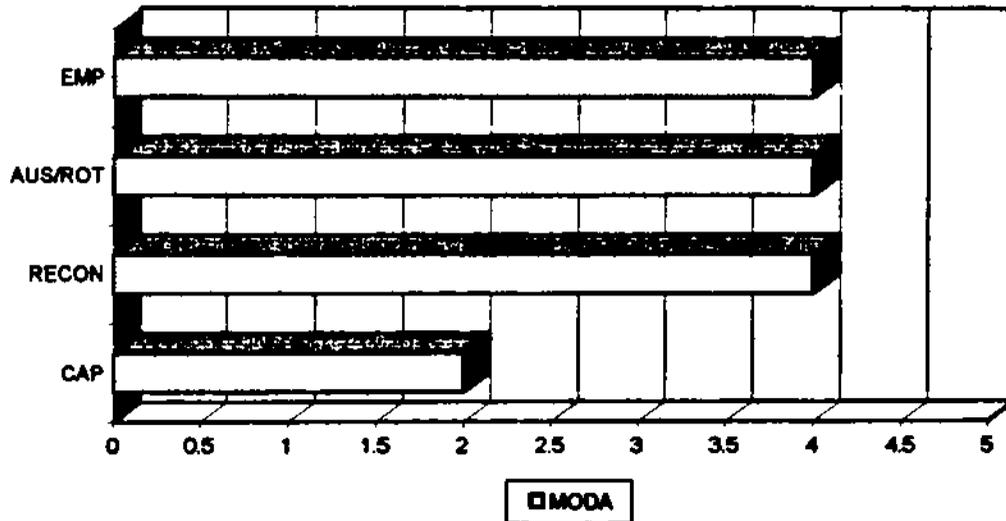
**GRAFICO N° 4
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO**

**LIDERAZGO
POR DEPARTAMENTOS**



**GRAFICO N° 5
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO**

GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS



**GRAFICO N° 6
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO**

**GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS
POR DEPARTAMENTOS**

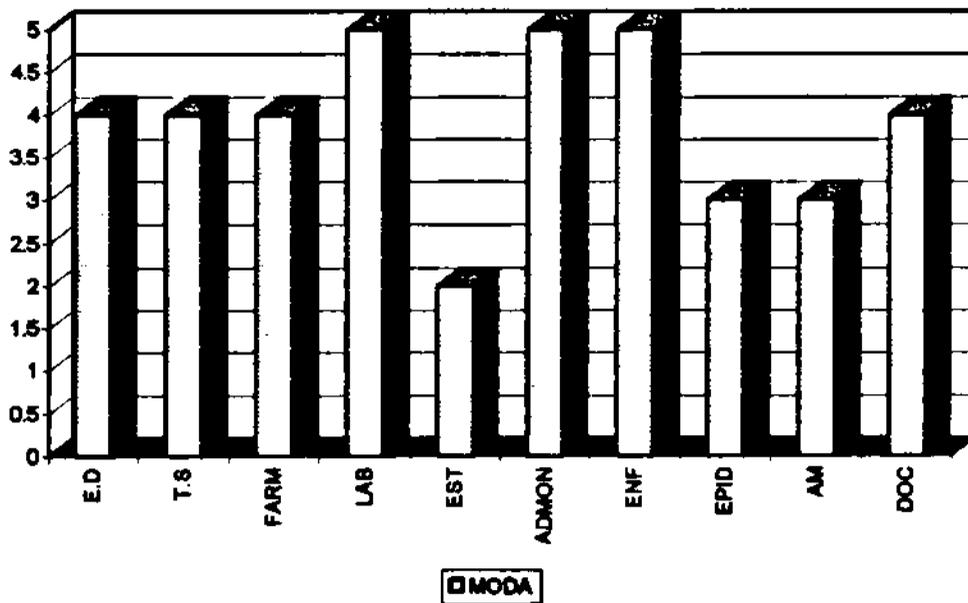


GRAFICO N° 7
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO
PLANIFICACION ESTRATEGICA DE CALIDAD

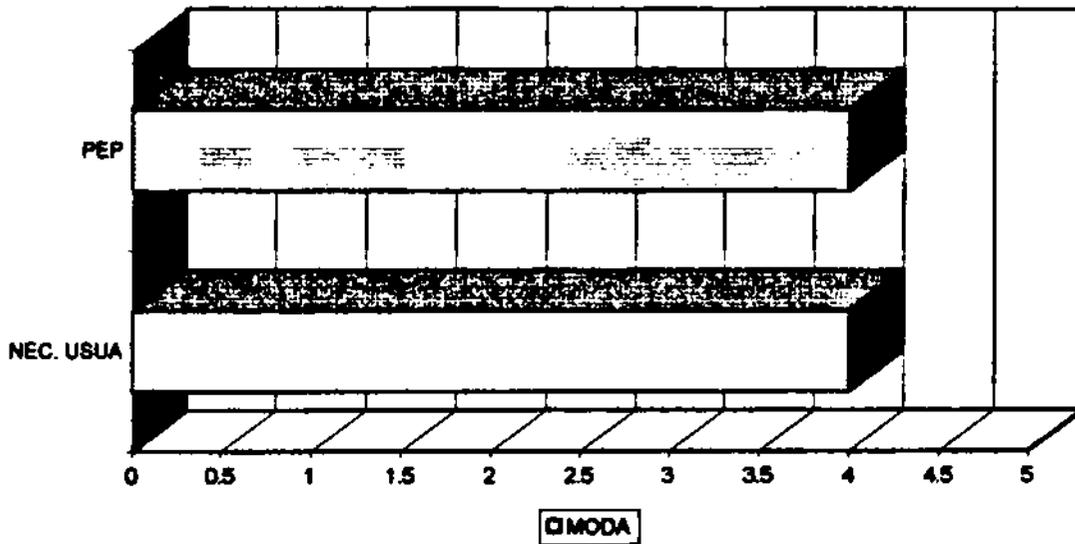


GRAFICO N° 8
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD PEDRO ALTAMIRANO
SATISFACCION DE USUARIOS

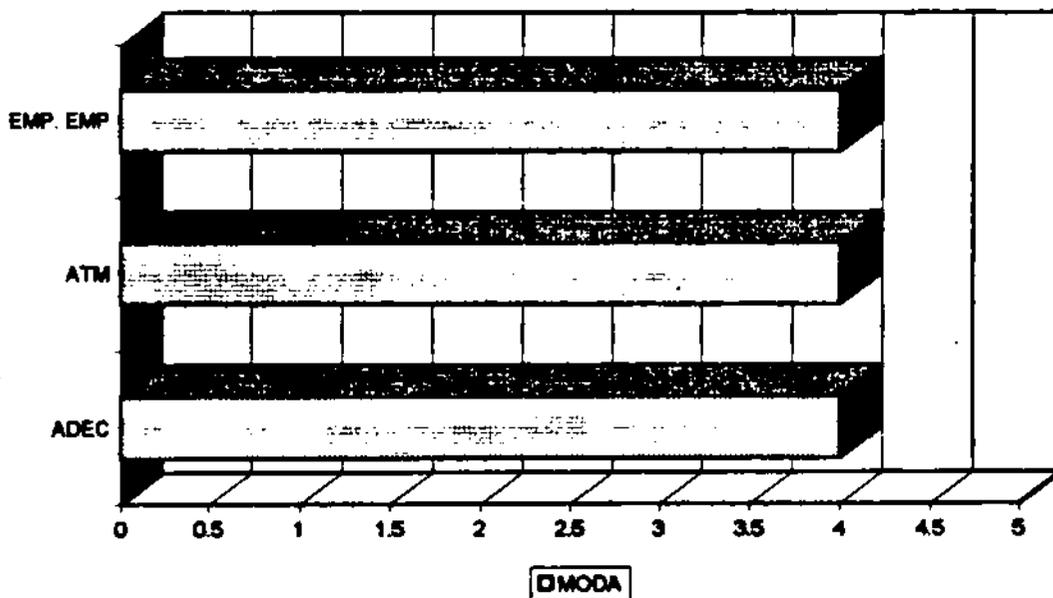


GRAFICO N° 9
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD FRANCISCO MORAZAN

RESULTADOS DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS

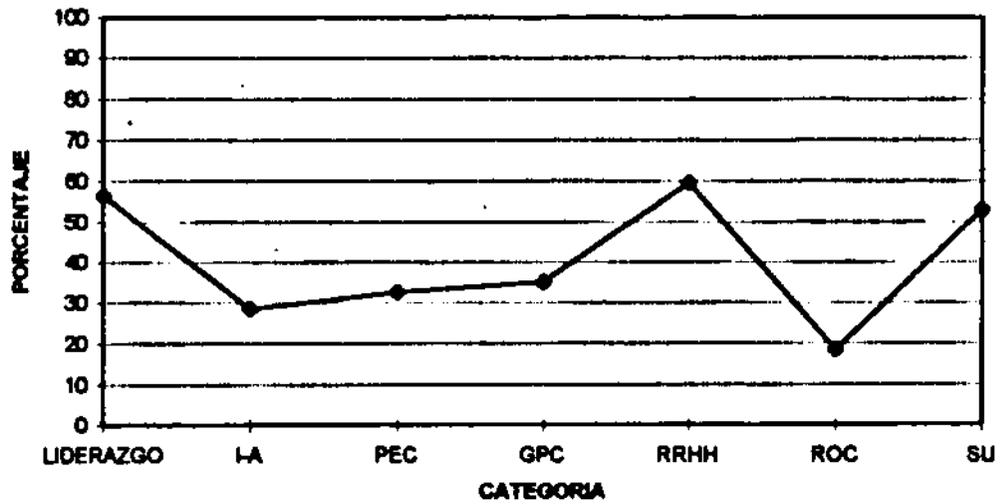


GRAFICO N° 10
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD FRANCISCO MORAZAN

GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

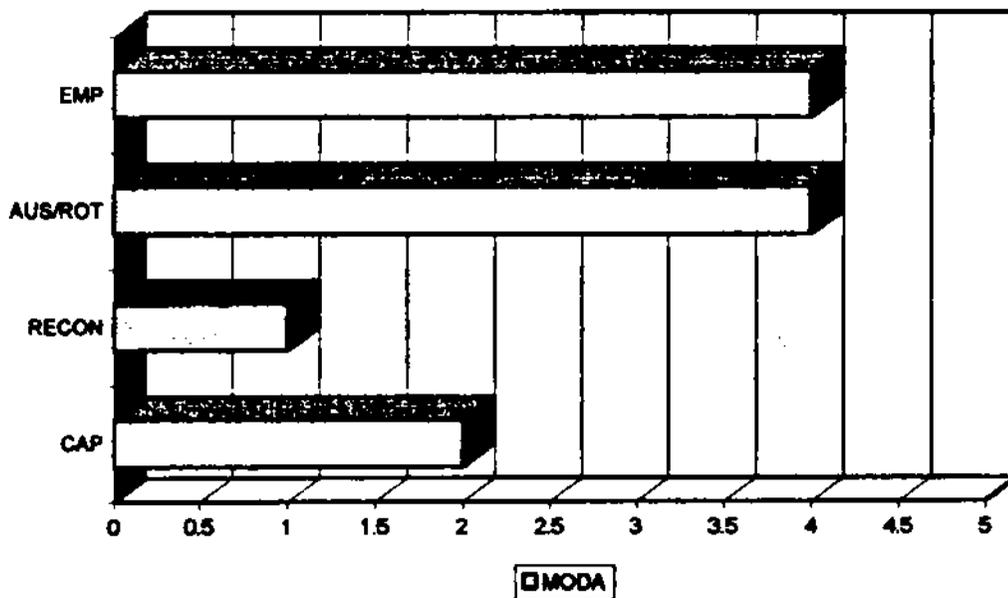


GRAFICO N° 11
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD FRANCISCO MORAZAN

GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS
POR DEPARTAMENTOS

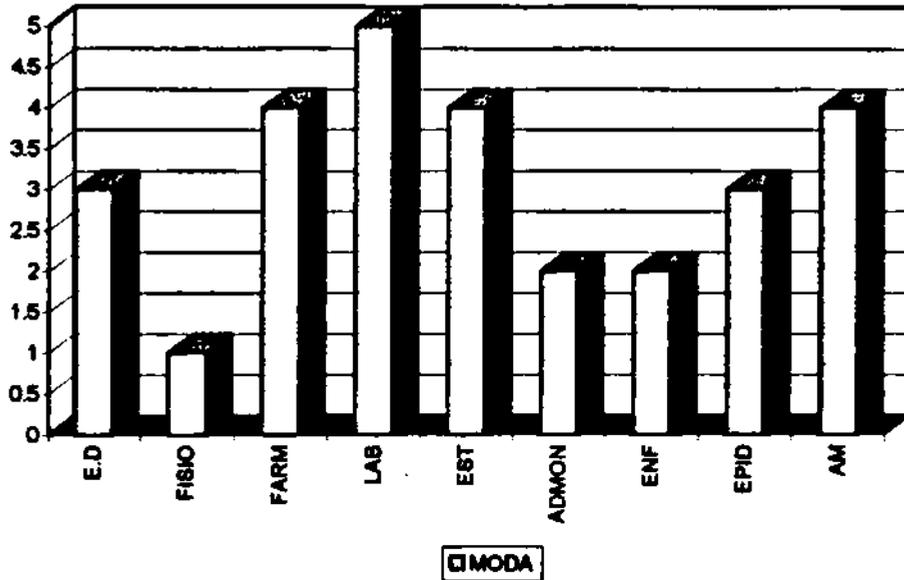
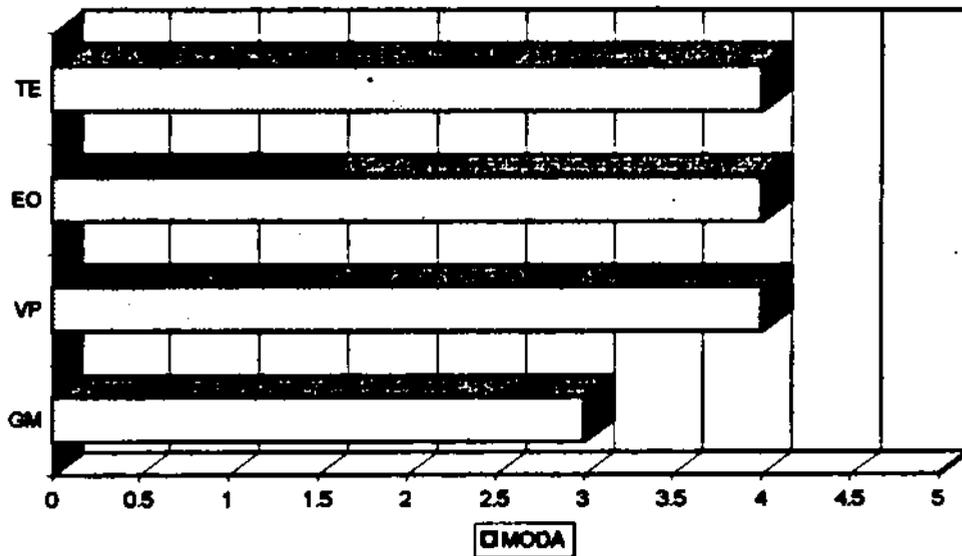
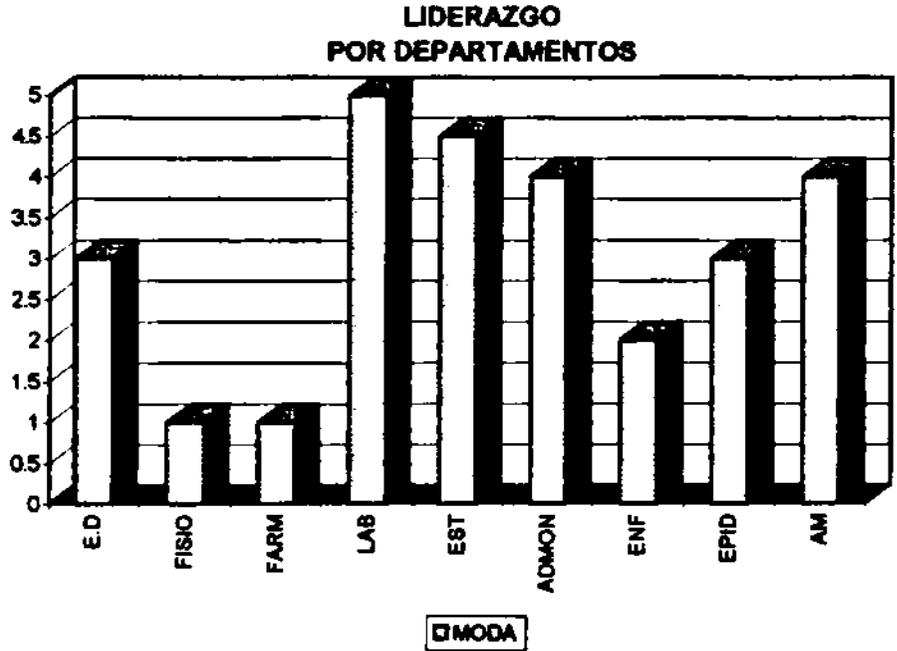


GRAFICO N° 12
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD FRANCISCO MORAZAN

LIDERAZGO



**GRAFICO N° 13
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD FRANCISCO MORAZAN**



**GRAFICO N° 14
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD FRANCISCO MORAZAN**

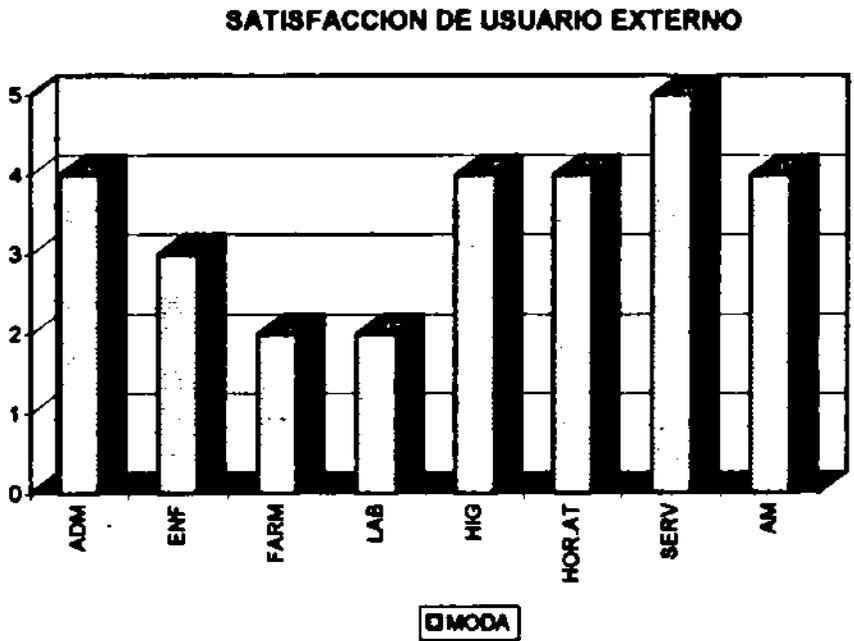


GRAFICO N° 15
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD FRANCISCO MORAZAN
PLANIFICACION ESTRATEGICA DE CALIDAD

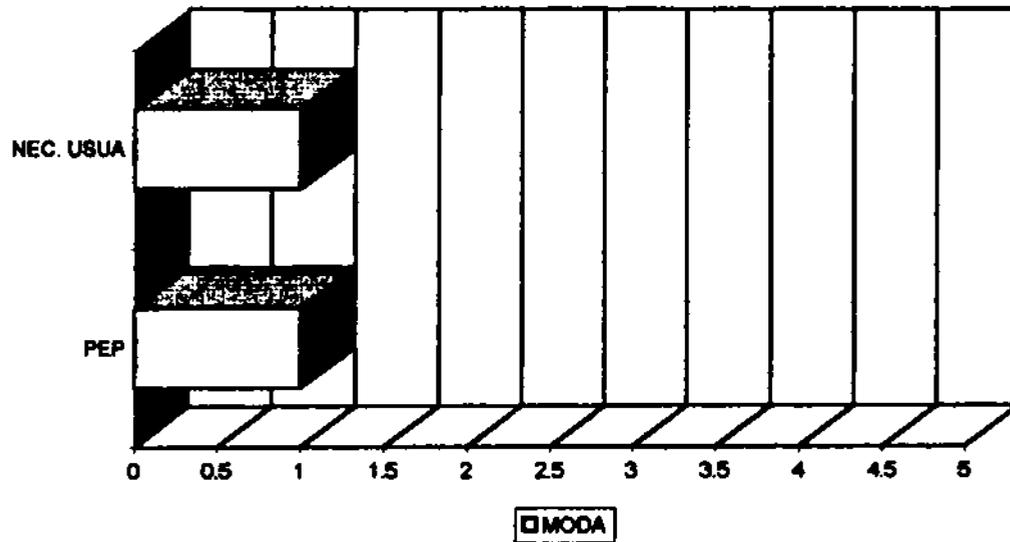
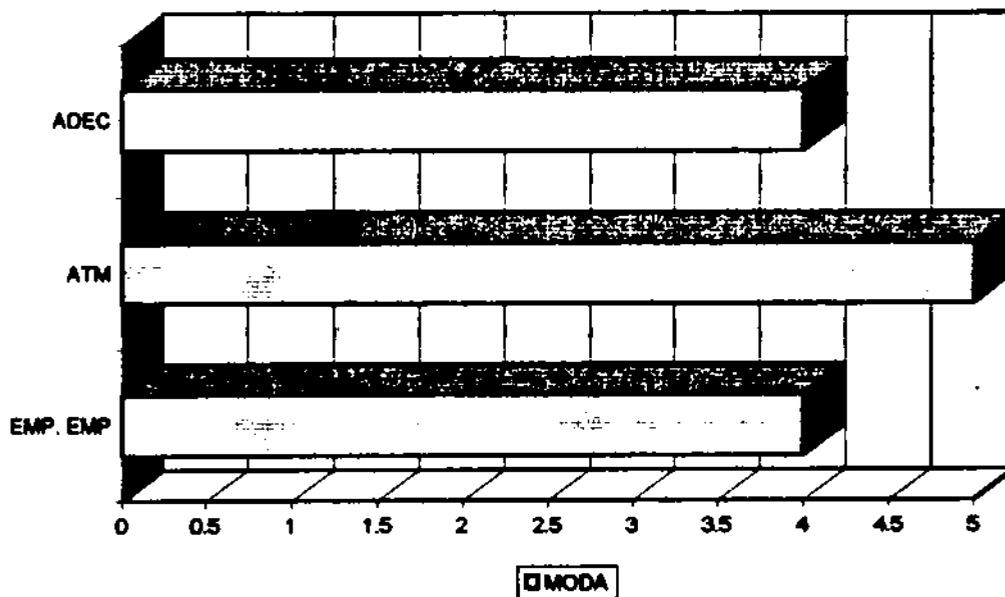


GRAFICO N° 16
UNA METODOLOGIA DE EVALUACION
GERENCIA DE CALIDAD TOTAL
CENTRO DE SALUD FRANCISCO MORAZAN
SATISFACCION DE USUARIOS



LEYENDA GRAFICOS

IA	INFORMACION Y ANALISIS
PEC	PLANIFICACION ESTRATEGICA DE CALIDAD
GPC	GERENCIA DE PROCESOS DE CALIDAD
RRHH	RECURSOS HUMANOS
ROC	RESULTADOS OPERACIONALES DE CALIDAD
SU	SATISFACCION DE USUARIO
ADM	ADMINISTRACION
ENF	ENFERMERIA
FARM	FARMACIA
LAB	LABORATORIO
HIG	HIGIENE
HOR/LAT	HORARIO DE ATENCION
SERV	SERVICIOS
AM	ATENCION MEDICA
FISIO	FISIOTERAPIA
EST	ESTADISTICA
TE	TRABAJO EN EQUIPO
EO	ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
VP	VALORES Y PRINCIPIOS
GM	GERENTE MODELO
EMP	EMPODERAMIENTO
AUS/ROT	AUSENTISMO / ROTACION
RECON	RECONOCIMIENTO
CAP	CAPACITACION
E.D	EQUIPO DE DIRECCION
T.S	TRABAJO SOCIAL
EST	ESTADISTICA
EPID	EPIDEMIOLOGIA
DOC	DOCENCIA
PEP	PARTICIPACION DE EMPLEADOS EN PLANIFICACION
NEC. USUA	NECESIDAD DE USUARIOS
ADEC	ADECUACION
ATM	ABASTECIMIENTO TECNICO MATERIAL
EMP.EMP	EMPODERAMIENTO DE EMPLEADOS
