

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA**
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, ADMINISTRATIVAS Y CONTABLES
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA



**“IMPLEMENTACIÓN DEL ÓRGANO DE CONTROL
INSTITUCIONAL PARA SERVICIOS
ASISTENCIALES” CASO: ESSALUD AYACUCHO**

Presentado por:

PRADO PILLACA, Fredy Raul
SALVATIERRA QUISPE, José Victor

Tesis para optar el Título Profesional de:

CONTADOR PÚBLICO

AYACUCHO - PERÚ
2007

DEDICATORIA

Dedicamos con todo cariño a nuestras familias quienes han depositado en nosotros toda su confianza y esfuerzo. **GRACIAS..... ¡¡¡¡¡**

Fredy R. Prado Pillaca José V. Salvatierra Quispe.

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación titulado "IMPLEMENTACION DEL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL PARA SERVICIOS ASISTENCIALES" CASO: ESSALUD AYACUCHO obedece al problema latente en ESSALUD Ayacucho, hospital de tipo II por organización y servicio a los asegurados.

Es común ver la falta de atención adecuado por parte de ésta institución y de quienes laboran dentro de ella; la carencia de especialidades médicas, personal médico idóneo así como personal tanto administrativo como auxiliar desarrollarse dentro de áreas a las que fueron asignados, con la consecuencia de ver perjudicado a los pacientes asegurados originando descontento de quienes hacen uso de dichos servicios.

Nuestra inquietud en conocer las causas por las que se utiliza únicamente medicamentos básicos y una plana de profesionales de bajo nivel del mismo modo una desatención masiva, corroborado con la inexistencia de control interno como acciones preventivas, concurrentes y posteriores.

El escenario de la administración de ESSALUD merece atención especial, si la implementación del sistema de control Institucional puede contribuir en la mejoría de los servicios a los asegurados, de ahí, nuestro afán de investigar ello. Con el mejoramiento de la gestión y cobertura en salud.

El trabajo comprende Cinco (05) capítulos que indica lo siguiente:

Capítulo I : Aspectos metodológicos

Capítulo II : Marco teórico y conceptual

Capítulo III : Control Interno en la Gestión Asistencial en Salud y su
Importancia.

Capítulo IV : Análisis e interpretación de los resultados obtenidos.

Capítulo V : Propuesta de Mejoramiento continuo de los procesos.

Esperando que ésta investigación sirva de referencia para futuras investigaciones.

Los Autores.

INDICE

	página
Dedicatoria	2
Introducción	3
CAPITULO I	
1.1 Aspectos Metodológicos	8
1.2 Planteamiento del Problema	8
1.3 Justificación de la Investigación	10
1.4 Delimitación del Problema	10
1.5 Formulación del Problema	11
1.6 Objetivo General	11
1.7 Objetivos Específicos	11
1.8 Hipótesis	12

CAPITULO II

MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

ANTECEDENTES TEÓRICOS SOBRE CONTROL INTERNO

2.1 Sistema de Control Interno	15
2.2 Teorías sobre Calidad Total.	19
2.3 Principios de la Gestión de Calidad	30
2.3.1 Requisitos de la Norma ISO 9001	34
2.4 Sistema de Gestión de la Calidad	37
2.4.1 Responsabilidad de la Dirección	40
2.4.2 Gestión de Recursos	42
2.4.3 Realización del Producto	43
2.4.4 Medición, Análisis y Mejora	52

2.4.5	Implementación del Sistema de Calidad	56
2.4.6	Diagnóstico, Definición y Planeamiento	58
2.4.7	Documentación e Implementación	59
2.4.8	Auditorías de Calidad	64
2.4.9	Certificación	65
2.4.10	Conceptos de Auditoría de Calidad	66
2.5	Teorías sobre Salud Pública	70
2.6	La Teoría de la Burocracia	75
2.7	Base Legal	75
2.8	Estructura Orgánica Actual	94

CAPITULO III

CONTROL INTERNO EN LA GESTION ASISTENCIAL EN SALUD Y SU IMPORTANCIA.

3.1	Objetivo Principal del Sistema Nacional de Control Ley N° 27785.	110
3.2	Aplicabilidad del Sistema de Control	110
3.3	Principios de Control Gubernamental.	111
3.4	Alcance del Control Interno	114
3.5	Procedimientos Básicos de Auditoría en la Gestión Asistencial en Salud	116
3.6	Importancia del Control Interno en la Gestión Asistencial	122

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

4.1	Inadecuado Sistema de Control Interno Actual en los Servicios Asistenciales a los Asegurados.	124
-----	---	-----

4.2	El alto Costo de Medicamentos Especiales origina la atención con Medicamentos Básicos. Suministro de Medicamentos Básicos.	135
4.3	Existencia de profesionales médicos, técnicos asistenciales, instrumental medico no ideales.	149
4.4	Inobservancia de las acciones de control previo, concurrente y posterior por los funcionarios y servidores.	152

CAPITULO V

PROPUESTA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS PROCESOS

5.1	Propuesta : Mejoramiento continuo de los procesos de servicios de la Gerencia Departamental Ayacucho Tipo C	156
5.2	Propuesta de Mejoramiento Continuo de los Procesos de Implementación para mejoramiento de EsSalud Ayacucho.	158
5.2.1	Respecto a la Cobertura del Seguro de Salud	159
5.2.2	Respecto a la Gestión	162

	CONCLUSIONES	164
	RECOMENDACIONES	165
	BIBLIOGRAFÍA	166

CAPITULO I
ASPECTOS METOLOGICOS
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La razón de ser de las instituciones dedicadas a la prestación de servicios de salud asistencial, es la que corresponde a la salud preventiva y correctiva a la ciudadanía, en el caso de ESSALUD a los asegurados bajo este sistema de prestación de servicio, presumiéndose la calidad en el servicio, con atención de personal especializado y de alta calificación: Médicos, Biólogos, Obstetrices, Enfermeras, etc.

Por otro lado en el caso de EsSalud, se suministran a los asegurados sólo medicamentos básicos por el bajo costo, entregando grandes cantidades de medicamentos a cada paciente, sin asegurar su pronta recuperación, situación que convierte al servicio como de baja calidad.

Siendo la salud derecho reconocido por la Constitución Política del Estado, debe ser orientado a toda la población asegurada, con servicios de calidad en forma oportuna, con utilización eficiente, eficaz y transparente de los escasos recursos de la Institución y participación de personal calificado y capacitado en forma permanente, con remuneraciones razonables acorde a la realidad.

EsSalud funciona de manera descentralizada, con relativa autonomía y muy a pesar de su importancia no cuenta con el Órgano de Control Institucional que actúe como ente fiscalizador, por encontrarse centralizado este organismo en la ciudad de Lima. Las Inspectorías instaladas en la ciudad de Lima, se abocan a fiscalizar básicamente la administración de recursos materiales, económicos y financieros y no así a la parte asistencial, que viene a ser la función más importante de EsSalud en el ámbito nacional.

El manejo político de EsSalud en los últimos años ha deteriorado su imagen institucional y ha bajado considerablemente la calidad de servicio asistencial, dejando insatisfecha a la población asegurada que acude a atenderse, siendo necesario corregir aquellas desviaciones, para mejorar el servicio con profesionales competentes.

Así mismo se ha identificado la débil implementación de recursos humanos calificados en la parte asistencial. No existen planes estratégicos de desarrollo en la gestión asistencial. No se observa una evaluación permanente de la gestión asistencial, a través de un órgano de control institucional o comisiones especiales, que permitan implementar medidas correctivas oportunas, frente a posibles errores o fraudes al interior de la organización, situación esta que nos motiva para realizar una investigación y plantear alternativas para el logro de objetivos y metas planteadas en el Plan Estratégico de Desarrollo de EsSalud a nivel del País.

Por lo general la auditoria como una especialización básicamente interviene en la parte Financiera para opinar sobre la razonabilidad de los Estados Financieros, y en parte de gestión administrativa, para medir el uso racional y transparente de los recursos humanos, materiales, económicos y

financieros del Estado y la correcta aplicación de las normas legales, directivas, acuerdos, reglamentos internos aplicables a cada sector, siendo el caso particular de ESSALUD, la implementación pésima de control interno como acción previa, concurrente y posterior en los servicios asistenciales, para propiciar un servicio de calidad a los beneficiarios del Departamento de Ayacucho y Provincias.

JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

A través del trabajo de investigación, pensamos contribuir en el fortalecimiento de EsSalud en sus servicios asistenciales, con cambios sustanciales en su visión y misión, en beneficio de la población asegurada, proponiendo la participación de profesionales de salud debidamente capacitados y calificados, así como la dotación de medicamentos que permitan mejorar la salud de los pacientes.

La presente investigación permitirá conocer el sistema de trabajo actual del Hospital (ESSALUD Huamanga, Nivel I) y plantear alternativas que permitan optimizar la atención a los asegurados, acorde a los cambios y avances de la ciencia y tecnología en Salud.

El problema planteado en la actualidad es latente y requiere alternativas de solución viables.

Los tesisistas conocemos el problema y contamos con estudios de diplomacia en control de los servicios de salud.

DELIMITACION DEL PROBLEMA

El trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital tipo 2 de ESSALUD de Ayacucho, que cuenta con una población asegurada de 80,047

personas aproximadamente sin embargo el número de pacientes crónicos en estos últimos años van incrementando.

FORMULACION DEL PROBLEMA

PROBLEMA GENERAL

- 1.0. ¿Por qué, no se ha implementado el órgano de control institucional en ESSALUD de Ayacucho, orientado a mejorar los servicios asistenciales a los asegurados?

PROBLEMAS ESPECIFICOS

- 1.0. ¿Cuál es la estructura del órgano de control interno actual en ESSALUD y cómo se viene brindando los servicios a los asegurados de la zona de influencia?
- 2.0. ¿Por qué ESSALUD, sólo utiliza medicamentos básicos y no garantiza mejorar la salud de los asegurados?
- 3.0. ¿Por qué ESSALUD no cuenta con profesionales debidamente capacitados y especializados, para dar mejor atención a los asegurados?
- 4.0. ¿Los funcionarios y servidores de ESSALUD realmente conocen y practican el control previo, concurrente y posterior en la prestación de servicios asistenciales?

OBJETIVO GENERAL

Establecer las causas que no permitieron implementar el órgano de control institucional de ESSALUD de Ayacucho que permitan brindar servicio de calidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.0. Describir la estructura del órgano de control interno actual en ESSALUD y las modalidades de los servicios asistenciales a los asegurados de la zona de influencia.

- 2.0. Determinar las causas por las que ESSALUD sólo utiliza medicamentos básicos que no garantizan mejorar la salud de los asegurados.
- 3.0. Establecer los factores por las que ESSALUD no cuenta con profesionales debidamente capacitados y especializados, para dar mejor atención a los asegurados.
- 4.0. Evaluar si los funcionarios y servidores de ESSALUD realmente conocen y practican el control previo y concurrente en los servicios asistenciales.

HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL

A falta de la implementación del órgano de control institucional en la prestación de servicios asistenciales no es a satisfacción de los asegurados.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- 1.0. La estructura del sistema de control interno actual no está adecuado a las exigencias de servicios asistenciales requeridos por los asegurados.
- 2.0. ESSALUD presta atención a los asegurados con medicamentos básicos puesto que los medicamentos especiales tienen un alto costo.
- 3.0. Los profesionales que conforman la plana de médicos, los técnicos así como el instrumental médico de prestación asistencial no son los ideales, situación por lo que el hospital no puede atender enfermedades de alto riesgo y labores especializadas.
- 4.0. A nivel de funcionarios y servidores del ESSALUD no se practica las acciones de control previo y concurrente de los servicios asistenciales, seguimiento del cabal cumplimiento de las funciones administrativas.

VARIABLES INDEPENDIENTES

- X Órgano de control institucional

INDICADORES:

- X1 Normas generales de control interno
- X2 Normas internas de la institución
- X3 Personal capacitado y especializado
- X4 Instrumental médico
- X5 Control previo y concurrente.

VARIABLES DEPENDIENTES

- Y Servicios asistenciales

INDICADORES:

- Y1 Deterioro de la imagen institucional.
- Y2 Servicios asistenciales de baja calidad.
- Y3 Atención a los asegurados con medicamentos básicos.
- Y4 Descontento de los asegurados

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. **Observación:** Mediante el cual hemos comprendido la atención asistencial a los asegurados in situ.
2. **Análisis de componentes:** Mediante el cual nos ha permitido describir la estructura orgánica actual de ESSALUD.

POBLACION

La población sobre el cual hemos trabajado son los asegurados en ESSALUD del Departamento de Ayacucho en aproximadamente en 80,047 asegurados.

De otro lado tomamos en cuenta a los pacientes crónicos.

Asimismo las especialidades que tienen mayor demanda con la llegada de los médicos especialistas de Lima como: Oftalmología, Otorrinolaringología, Medicina General, Cirugía, Traumatología, Gastroenterología y Cardiología.

También hemos considerado importante parte de la población la atención promedio de pacientes por mes de 3,500 asegurados.

MUESTRA:

La muestra representativa para el presente trabajo hemos estratificado en el siguiente orden, considerando que el recurso humano es lo primordial:

Asegurados atendidos	4,500
Profesionales especializados en salud	80
Personal administrativo funcionarios	30
Personal de servicio	10
Personal asistencial técnico	40

CAPITULO II

MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

2.0 ANTECEDENTES TEÓRICOS SOBRE CONTROL INTERNO⁽¹⁾

2.1 SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Constituye una serie de políticas y procedimientos adoptados por la administración, para ayudar al cumplimiento del objetivo, en la medida de lo posible, la ejecución ordenada y eficiente de las actividades, incluyendo la sujeción de las políticas administrativas, la salvaguarda de los activos, la prevención y detección de fraudes y errores, la exactitud e integridad de los registros contables y la preparación oportuna de la información financiera contable.

El sistema de control interno va más allá de los aspectos directamente relacionados con las funciones del sistema de contabilidad y comprende:

- a. **El ambiente de control.**- Concepto, disposición y acciones generales de los directores y la administración con respecto al sistema de control interno y su importancia en la entidad. Este ambiente afecta la eficacia de los procedimientos de controles específicos. Un ambiente de control consistente, por ejemplo que posee controles estrictos de presupuesto y una auditoría interna eficiente, puede complementar de modo importante

a los procedimientos de controles específicos. Este ambiente de control consistente, no puede ser por sí mismo, sin embargo se puede asegurar la eficacia del sistema de control interno general. Los factores de control interno son:

- La función del directorio y su cometido
- La filosofía de la administración y su modalidad operativa
- La estructura organizacional de la entidad y sus métodos para asignar autoridad y responsabilidad.
- El sistema de control administrativo, incluyendo la función de la auditoría interna, las políticas y procedimientos, para con el personal y la separación de funciones.

a. **Los procedimientos de control.**- Los procedimientos de control están constituidos por los procedimientos y políticos adicionales al ambiente de control y al sistema contable.

El auditor debe determinar la manera que la entidad ha aplicado las políticas y procedimientos, su uniformidad de aplicación y que persona las ha llevado a cabo, para concluir que efectivamente están operando.

OBJETIVOS DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CONTROL.- Los procedimientos de control persiguen diferentes objetivos y se aplican en distintos niveles de organización y del procesamiento de las transacciones.

Entre otros se tienen los siguientes objetivos:

1. Debida autorización de transacciones y actividades.
2. Adecuada segregación de funciones y responsabilidades.
3. Diseño y uso de documentos y registros apropiados que aseguren el correcto registro de las operaciones.

4. Establecimiento de dispositivos de seguridad que protejan los activos.
5. Verificación independiente de la actuación de otros y adecuada evaluación de las operaciones registradas.

TIPOS DE PROCEDIMIENTOS DE CONTROL

Los procedimientos de control pueden ser:

De carácter preventivo y de carácter detectivo:

Los procedimientos de carácter preventivo son establecidos para evitar errores durante el desarrollo de las transacciones.

Los procedimientos de control de carácter detectivo tienen como finalidad detectar los errores o las desviaciones que durante el desarrollo de las transacciones, no hubieran sido identificados por los procedimientos de control preventivos.

Factores Específicos del Ambiente de Control, el Sistema Contable y los Procedimientos de Control.- Los factores que deben considerarse de una empresa o entidad son los siguientes:

1. Tamaño de la entidad.
2. Características de la industria en la que opera.
3. Organización de la entidad.
4. Naturaleza del sistema de contabilidad y de las técnicas de control establecidas.
5. Problemas específicos del negocio.
6. Requisitos legales aplicables.

El establecimiento y mantenimiento de toda una estructura de control interno representa una gran responsabilidad de la administración,

para proporcionar una seguridad razonable de que se logran los objetivos de una entidad.

Por lo tanto la gerencia debe vigilar en forma constante la estructura de control interno, con la finalidad de ver si opera en forma eficaz o si se debe modificar de acuerdo a las condiciones existente dentro de la empresa.

Toda estructura de control interno se puede ver afectada en su efectividad por varias causas, tales como errores de juicio, descuido, malos entendidos en las instrucciones, descuidos, fatigas del personal, el caso omiso por parte de la gerencia, entre otras.

En una auditoria, el auditor deberá documentar su conocimiento y comprensión de la estructura del control interno, como parte del proceso de planeación. La forma y alcance de la documentación se vera afectada por el tamaño y complejidad de la entidad y la naturaleza de la estructura del control interno.

Conjunto de políticas y procedimientos adicionales al ambiente de control, que establece la administración para llevar a cabo sus objetivos específicos, entre los procedimientos tenemos.

- Conciliación de informes, revisión y aprobación
- Comprobación de la precisión aritmética de las operaciones
- Aplicación y ambiente de control de los sistemas de información computarizado.
- Mantenimiento y revisión de las cuentas de control y saldos de comprobación.
- Aprobación y control de los documentos de gestión
- Comparación de los datos internos con información externa

- Limitación directa de acceso físico a los recursos y registros
- Comparación y análisis de los resultados financieros con los montos presupuestados.
- Comparación y análisis de los componentes de gestión.

2.2 TEORIAS SOBRE CALIDAD TOTAL.

La Calidad Total es una nueva forma de vida en la que nos proponemos hacer bien todo lo que nos venga por hacer en cualquier lugar y en todo momento.

Empresarialmente, la calidad es una estrategia efectiva para ser competitivos y su compromiso fundamental es el de mejorar la calidad humana en todos los niveles y ámbitos de la empresa a través del trabajo participativo.

Esta, se basa en un nuevo entendimiento del cliente Nuestros clientes internos y externos.

Porque el objetivo es que entendamos nuestros procesos de trabajo y efectuemos el mejoramiento necesario para satisfacer a nuestros clientes.

En la actualidad los cambios son cada vez más fuertes y más frecuentes, son casi CONSTANTES, debido a que la tecnología, la capacidad gerencial, la innovación aplicada, en general los intangibles, adquieren cada vez más importancia.

Antes un cliente buscaba un buen producto o un producto barato ahora hay que brindarle un buen producto a buen precio y con buen servicio, ahora hay que brindarle todo al cliente, por la velocidad del cambio, los ciclos de vida del producto se reducen, lo que no se corrige en un lugar se corrige en otro, y ese otro lugar puede estar en otro país o en otro continente.

La importancia de las economías nacionales decrece frente al aumento de la importancia de la economía mundial, hoy la ECONOMIA MUNDIAL.

Hoy en día todo es competencia y además existe la necesidad de estar en la búsqueda de la CALIDAD TOTAL ES PERMANENTE porque la eficiencia y la calidad de hoy, seguro no será suficiente mañana.

El proceso de la calidad total es una filosofía de liderazgo orientada al cliente con un enfoque integrado, que promueve la mejora continua para alcanzar ventajas comparativas.

Los Pilares de la Calidad Total:

- 1 Entender que la calidad total es una cultura de desarrollo personal y organizacional.
- 2 Es imperioso establecer una política coherente, total incluso fanática: la calidad es la primera prioridad.
- 3 Entender que el cliente es el que manda.
- 4 Que se requiere el compromiso y participación total de los miembros de la organización.
- 5 Comprender que la mejor forma de control es el autocontrol y que la prevención es parte esencial de un trabajo libre de errores.
- 6 Comprender que la calidad total es un proceso de mejoramiento continuo.

Es necesaria la presencia de líderes modelos, que impulsen el compromiso con la calidad total.

Planteamientos filosóficos de DEMING.

Las principales teorías de Deming para una buena administración se resumen:

- 1 Crear constancia con el propósito de mejorar el producto y el servicio.

- 2 Adoptar la nueva filosofía.
- 3 Dejar de depender de la inspección en masa.
- 4 Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio.
- 5 Mejorar siempre y constantemente el sistema de producción y servicio.
- 6 Implantar la formación.
- 7 Adoptar e implementar el liderazgo.
- 8 Desechar el miedo.
- 9 Derribar las barreras entre las áreas de staff.
- 10 Eliminar el eslogan, exhortaciones y metas para la mano de obra.
- 11 Eliminar los cupos numéricos para mano de obra.
- 12 Eliminar los objetivos numéricos para los directivos.
- 13 Eliminar las barreras que privan a la gente de su derecho a estar orgullosas de su trabajo.
- 14 Estimular la educación y el auto mejora de todo el mundo.
- 15 Actuar para lograr la transformación.

La Norma ISO 9000 y el Sistema de Gestión de la Calidad⁽²⁾

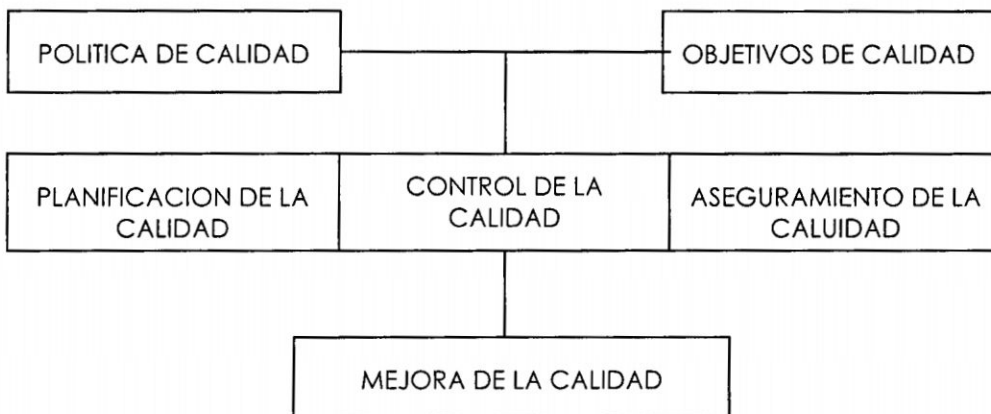
ISO (la organización Internacional de Normalización) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización, fundada en 1947 en Ginebra, Suiza. El Perú es miembro a través de INDECOPI.

Tiene como objetivo básico establecer normas que representen y traduzcan el consenso de los diversos países, con la finalidad de regular actividades socioeconómicas, públicas y privadas, para de esta manera ofrecer un determinado producto o servicio en condiciones óptimas de calidad. Por ejemplo las normas y estándares ISO, denominados patrones voluntarios.

(2)Secretaría Central ISO- Ed.ISO "ISO 9001-Sistema de Gestión de Calidad-Requisitos"

(3)La ISO ha promulgado estándares destinados a los sistemas de gestión de calidad (serie ISO 9000 y sistemas de gestión ambiental (serie ISO 14000). También ha desarrollado una serie de documentos conocidos como la serie 10000. Estos documentos son de naturaleza más técnica y proporcionan soporte a los otros documentos de calidad. Incluidos en estos estándares están la serie 10011 para la calificación de las empresas auditorias y os auditores del sistema de gestión de la calidad.

Un sistema de gestión de la calidad se desarrolla con el objetivo de dirigir y controlar los aspectos de la organización respecto a la calidad. Es un rasgo característico encontrar los siguientes elementos:

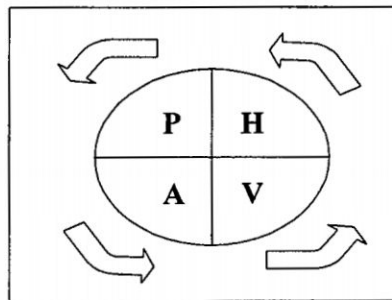


El enfoque a través de un sistema de gestión de la calidad anima a las organizaciones a analizar los requisitos del cliente, definir los procesos que contribuyen al logro de los productos aceptables para el cliente y a mantener estos procesos bajo control. Un sistema de gestión de la calidad puede proporcionar el marco de referencia para la mejora continua con el objeto de incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción del cliente.

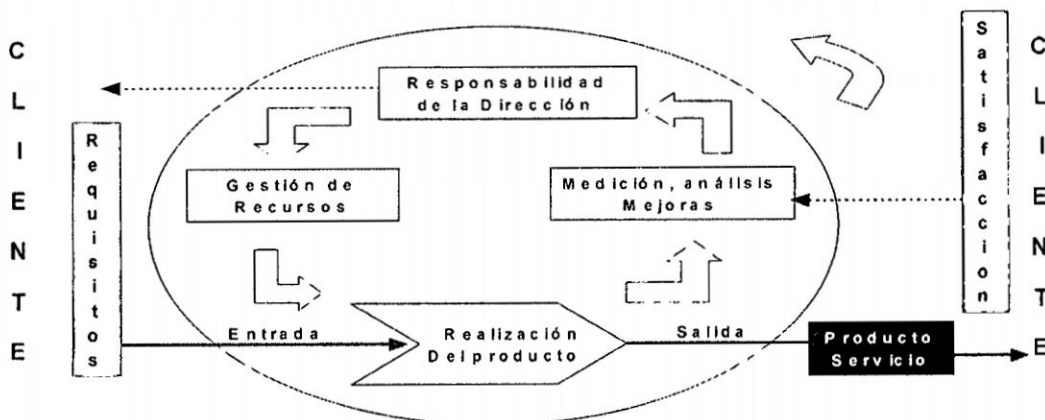
Una característica importante en el modelo de gestión de la calidad de la ISO 9000:2000 es la aplicación sistemática del ciclo P-H-V-A (Planear – Hacer – Verificar – Actuar), también conocido por sus siglas en inglés P-D-C-A (Plan-Do-

Check-Act), creado por el Dr. Deming. Donde “planear” se refiere a la determinación de metas, objetivos y políticas, y los métodos y procedimientos para alcanzar objetivos previstos, “hacer” a la ejecución de las actividades de acuerdo con las políticas y procedimientos; “verificar” es la comprobación de los efectos de la ejecución de las actividades respecto a los objetivos y normas establecidas, y “actuar” corresponde a las acciones realizadas en función a los resultados de la verificación.

Ciclo P - H - V - A



La propia norma ISO 9001, puede esquematizarse como un proceso de mejora continua, orientado al cliente, recogiendo sus necesidades, traduciéndolas en productos y servicios y entregándolos al cliente, buscando tenerlo satisfecho:



Modelo del Sistema de Gestión de Calidad

Estructura de la Norma ISO 9000:2000

Las Normas fueron publicadas por primera vez en 1987. La serie ISO 9000 de la nueva versión publicada a finales del 2000, esta formada por tres conjuntos de normas o criterios relacionados con la gestión de la calidad. Estas son:

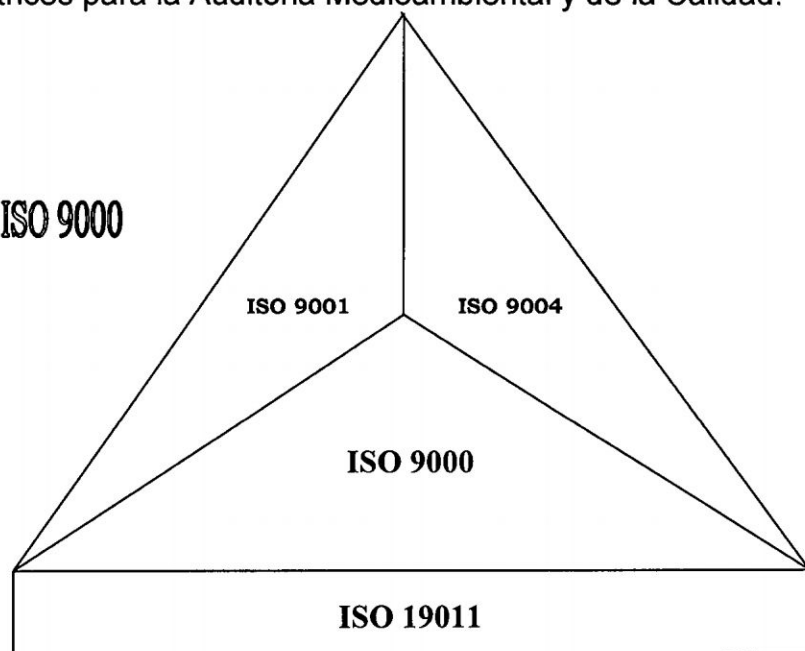
ISO 9000: Sistema de Gestión de Calidad. Fundamentos y Vocabulario

ISO 9001: Sistema de Gestión de Calidad. Requisitos

ISO 9004: Sistema de Gestión de Calidad. Recomendaciones para la mejora del desempeño

ISO 19011: Directrices para la Auditoria Medioambiental y de la Calidad.

Familia de Normas ISO 9000



La Norma ISO 9000 describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología utilizada.

La Norma ISO 9000 especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su

capacidad para proporcionar productos y servicios que cumplan los requisitos de sus clientes y reglamentarios que le apliquen, con el objetivo de aumentar la satisfacción del cliente.

La Norma ISO 9004 proporciona directrices que consideran tanto la eficacia como la eficiencia del sistema de gestión de la calidad. El objetivo de esta norma es la mejora del desempeño de la organización y la satisfacción de los clientes y de las partes interesadas.

La Norma ISO 19011 proporciona orientación relativa a las auditorías de sistemas de gestión de la calidad y de gestión ambiental.

Todas estas normas juntas forman un conjunto coherente de normas de sistemas de gestión de la calidad que facilitan el entendimiento para el desarrollo del comercio nacional e internacional. Su aplicación cubre todos los aspectos de una organización para su administración, por ejemplo, marketing, diseño y desarrollo de productos y servicios, planificación, producción, servicios de post ventas, entre otros.

Cuando están implementados estos estándares con frecuencia complementan los estándares y especificaciones técnicas del producto, asegurando al cliente que los procesos y sistemas usados por un proveedor son realmente consistentes con los requerimientos contractuales para la calidad

Los estándares de la serie 9000 no son específicos a un determinado tipo de producto, ni a una industria en particular. Son genéricas y se centran en los sistemas para administrar la calidad. La finalidad de los estándares es su uso como modelo de desarrollo de sistemas de calidad enfocado sobre

procedimientos documentados. De los tres estándares, la ISO 9000 e ISO 9004 son básicamente de soporte, esto es, no son obligatorios para condiciones contractuales. La norma ISO 9001 es un estándar de gestión de calidad, usado en situaciones contractuales, que especifica un conjunto de requisitos, para que a través de acciones gerenciales, las organizaciones puedan asegurar la calidad de sus productos y servicios.

Los requisitos especificados ponen énfasis en la prevención de problemas o situaciones indeseables que se pudieran presentar en los procesos que caracterizan los negocios de las empresas. La Norma ISO 9001 fue elaborada en perspectiva a la gestión y el aseguramiento de la calidad en situaciones contractuales y es usada para registrar los sistemas de calidad de los proveedores.

Aún cuando ISO 9000 e ISO 9004 proporcionan una guía sobre atributos requeridos para los programas de calidad, el estándar por si mismo no especifica tecnologías a usar en la implantación de los diferentes elementos del sistema de calidad, por lo que no existe una sola forma de aplicar la Norma. Las organizaciones están en libertad de encontrar su propia forma de aplicarla. A este rasgo se le pueden considerar entonces como una oportunidad de ser creativo.

La competencia en el mercado es un factor determinante para lograr la calidad. Ningún otro factor se ha mostrado capaz de sustituirlo eficazmente. En la situación crucial a la que se enfrentan muchas empresas e instituciones, la competitividad calidad / costo puede perfectamente significar el éxito o el fracaso, sobrevivir o desaparecer en el mercado.

Relacionado a este tema, desde hace varias décadas existe un interés creciente por dar confianza a los clientes, y que estos puedan sentirse cómodos en lo referente a los sistemas de aseguramiento de la calidad utilizados por sus proveedores. Las organizaciones tanto industriales, comerciales o gubernamentales, encargadas de suministrar productos y/o servicios destinados a satisfacer las necesidades de los clientes o usuarios, se han visto en la necesidad de crear relaciones de confianza con sus clientes o potenciales clientes, dentro del marco de la competencia global.

La evolución de los estándares ha sido la siguiente:

1 Selección de proveedores en base a la calidad del producto.

El proceso de selección de proveedores basado en la calidad de sus productos es tan antiguo como el comercio mismo; pero hasta los años 70 el comprador no adoptaba medidas para determinar, en forma previa a la firma de un contrato, la garantía de que un proveedor cuente con un sistema de calidad. Es en esta época que los grandes compradores, particularmente compañías de la industria automotriz y gobiernos, requieren adquirir considerables cantidades de bienes sumamente fiables

2 Cientes requieren asegurar la calidad de productos en el lugar de origen.

Para asegurar la calidad de los productos con antelación a su distribución, estos grandes compradores empezaron a especificar sus normas de la calidad en los contratos con sus proveedores. Allí, no solo acuerdan las condiciones de precio, calidad y distribución; sino también en las condiciones de producción y con frecuencia en el control de los productos que se van a

comprar. Esta fue una práctica común en muchos países industrializados en la década del setenta.

Estas políticas de compra parecieron funcionar bien para grandes compradores, pero después de un tiempo comenzaron a surgir algunas deficiencias. Por ejemplo, se descubría que un proveedor debía asegurar la calidad mediante numerosas visitas de inspección de sus operaciones de producción en función de satisfacer a clientes diferentes. Esto aumenta los costos más que la calidad.

3 Los países desarrollan normas propias sobre calidad.

El desarrollo industrial que tuvo lugar después de la segunda guerra mundial, produjo un aumento considerable en la complejidad de productos y procesos, que fue mucho más significativo en los Estados Unidos, a consecuencia de esto, los norteamericanos trataron de normar la calidad y desarrollaron las normas MIL-Q-9858 que recoge especificaciones de un sistema de calidad y la MIL-I-45208 que establece los requisitos de un sistema de inspección. Ambas normas se usan actualmente y son exigidas en todos los contratos con el Ministerio de Defensa de los Estados Unidos. Estas normas fueron la base para una serie de normas desarrolladas por la OTAN, para la norma británica BS 5750 (1979)

4 Desarrollo de las normas de Gestión de la Calidad.

La ISO vislumbró la necesidad de estandarizar los temas de calidad a nivel internacional, debido principalmente a que la interpretación de los principales conceptos estaban muy confusos. Términos como 'administración

por la calidad', 'control de calidad', 'sistemas de calidad', 'política de calidad', etc. Tenían diferentes significados de país a país, incluso a nivel de industrias.

El primer comité ISO para asuntos de calidad fue formado en 1980 y se llamó 'Comité Técnico TC-178' integrado por Canadá, Estados Unidos, Francia, Holanda e Inglaterra como países miembros. Este comité creó los estándares de la serie ISO 9000, los cuales fueron publicados en el año 1987, y son revisados cada 5 años.

Es importante notar que las normas ISO serie 9000 no son un invento europeo. Diferentes países participaron en su proceso de desarrollo, y siguen contribuyendo a la actualización y revisión de las normas. Su incorporación a las normas nacionales se realiza siempre de forma voluntaria.

La serie de normas ISO 9000 fue originalmente escrita como una guía genérica para ser usada durante las negociaciones entre el comprador y su proveedor. Actualmente, sin embargo, las entidades de tercera parte (conocidas como certificadoras) pueden certificar mediante la verificación objetiva si las prácticas y el sistema de calidad de una organización cumplen con los requerimientos de un estándar de la serie ISO 9000.

Durante su revisión y desarrollo, las versiones preliminares de las mencionadas normas son identificadas según la nomenclatura siguiente:

WD: Working Draft

CD: Committee Draft

DIS: Draft International Standard

FDIS: Final Draft International Standard

La actual versión de la Norma, incorpora aspectos fundamentales de la gestión de una organización; es por ello que dejó de ser una norma de aseguramiento para, propiamente denominarse, norma de gestión de la calidad. Esta herramienta colabora decididamente con la organización en el logro de resultados.

2.3 PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. Se puede lograr el éxito implementando y manteniendo un sistema de gestión que este diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas. La gestión de una organización comprende la gestión de la calidad entre otras disciplinas de gestión.

Como resultado de revisar las mejores prácticas, se han identificado ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño. Estos son:

- (1) Enfoque al Cliente
- (2) Liderazgo
- (3) Participación del personal
- (4) Enfoque basado en procesos
- (5) Enfoque de sistemas para la gestión
- (6) Mejora Continua
- (7) Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones
- (8) Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor

(1) Enfoque al Cliente

- 1 Comprensión de las necesidades y expectativas de los clientes en cuanto a los productos, plazos y condiciones de entrega, precio, etc.
- 2 Enfoque equilibrado entre las necesidades y expectativas de los clientes y las partes interesadas
- 3 Comunicación de las necesidades y expectativas de toda la organización
- 4 Medición de la satisfacción y acciones sobre resultados
- 5 Relaciones con el cliente

(2) Liderazgo

- 6 Pro actividad y liderazgo mediante el ejemplo
- 7 Comprensión y respuesta a los cambios en el ambiente externo
- 8 Consideración de todas las partes interesadas
- 9 Establecimiento de una clara visión de futuro de la organización
- 10 Establecimiento de valores compartidos y modelos de desempeño o comportamiento ético en todos los niveles de la organización
- 11 Construcción de confianza y eliminación del temor
- 12 Suministro a la gente de recursos y libertad, requeridos para actuar con responsabilidad y compromiso

(3) Participación del personal

- 13 Aceptación de la propia responsabilidad para resolver problemas
- 14 Búsqueda activa de oportunidades con el fin de realizar mejoras
- 15 Búsqueda activa de oportunidades para incrementar su competencia, conocimiento y experiencia.

16 Libertad para compartir el conocimiento y experiencia en equipos y grupos

17 Enfoque hacia la creación de valores para los clientes

18 Innovación y creatividad en la promoción de los objetivos de la organización

19 Entusiasmo y orgullo por pertenecer a la organización

(4) Enfoque basado en procesos

20 Definición del proceso para lograr el resultado deseado

21 Identificación de las entradas y salidas del proceso

22 Identificación de las interrelaciones de l proceso con las funciones de la organización

23 Identificación de posibles riesgos e impactos de los procesos en los clientes y proveedores

24 Incorporación de otras partes interesadas en dichos procesos, estableciendo la clara responsabilidad, autoridad y compromiso para la gestión del proceso.

(5) Enfoque de sistema para la gestión

25 Definición del sistema mediante la identificación o el desarrollo de los procesos que afecten a un determinado propósito

26 Estructuración del sistema para lograr el propósito en forma más eficiente

27 Comprensión de las interdependencias entre los procesos del sistema

28 Mejora continua del sistema, a través de la medición y evaluación

29 Establecimiento de las limitaciones de los recursos antes de la acción

(6) Mejora continua

- 30 Hacer la mejora continua de los productos, procesos y sistemas
- 31 Objetivos en cada persona de la organización
- 32 Aplicación de los conceptos de mejoramiento básicos: mejora progresiva y mejora de logro
- 33 Empleo de evaluaciones periódicas contra criterios establecidos de excelencia a fin de identificar áreas de mejora potencial
- 34 Mejora continua de la eficiencia y eficacia en todos los procesos
- 35 Suministrar educación y formación adecuada a cada miembro de la organización acerca de métodos y herramientas de mejora continua: Ciclo P-H-V-A, Solución de Problemas, Tormenta de Ideas, entre otras.

(7) Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones

- 36 Toma de medidas y recolección de datos e información pertinente para el objetivo
- 37 Aseguramiento que los datos e información son suficientemente confiables y accesibles
- 38 Análisis de los datos e información por métodos válidos
- 39 Comprensión del valor de las técnicas estadísticas apropiadas.
- 40 Toma de decisiones y realización de acciones con bases en los resultados del balance del análisis lógico, con la experiencia e intuición.
- 41 Definición del proceso para lograr el resultado deseado
- 42 Identificación de las entradas y salidas del proceso

(8) Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor

43 Identificación y selección de proveedores clave

44 Establecimiento de relaciones con el proveedor que equilibren las ganancias a corto plazo con las consideraciones a largo plazo para la organización y la sociedad en general

45 Creación de comunicaciones claras y abiertas

46 Iniciación conjunta de desarrollo y mejoramiento de productos y procesos

47 Compartir información y planes futuros

48 Reconocimiento de mejoramiento y logros del proveedor

Estos Principios constituyen la base de las Normas ISO 9000, y deben estar siempre presentes durante la auditoria de calidad, tanto entre los auditores como en los auditados.

2.3.1 Requisitos de la Norma ISO 9001

Es una relación de requisitos para un sistema de gestión de calidad, cuando una organización:

- 1 Necesita demostrar su capacidad para proporcionar productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y reglamentarios aplicables
- 2 Aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los reglamentarios aplicables.

Todos los requisitos son genéricos, por lo tanto aplicables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

Cuando uno o varios requisitos no se puedan aplicar debido a la naturaleza de la organización y de su producto, pueden considerarse para su exclusión. Sin embargo puede afectar la conformidad con la Norma, salvo los requisitos del capítulo 7 y que no afecten la capacidad o responsabilidad de la organización para suministrar productos que cumplan con los requisitos del cliente y los reglamentarios establecidos.

En el documento de la Norma ISO 9001, los capítulos 1, 2 y 3 son introductorias. A partir del capítulo 4 se establecen los requisitos, así:

4	Sistema de Gestión de la Calidad
4.1	Requisitos generales
4.2	Requisitos de la Documentación
4.2.1	Generalidades
4.2.2	Manual de la calidad
4.2.3	Control de documentos
4.2.4	Control de los registros
5	Responsabilidad de la dirección
5.1	Compromiso de la dirección
5.2	Enfoque al cliente
5.3	Política de calidad
5.4	Planificación
5.4.1	Objetivos de la calidad
5.4.2	Planificación del sistema de gestión de la calidad
5.5	Responsabilidad, autoridad y comunicación
5.5.1	Responsabilidad y autoridad
5.5.2	Representante de la Dirección
5.5.3	Comunicación interna
5.6	Revisión por la Dirección
5.6.1	Generalidades
5.6.2	Información para la revisión
5.6.3	Resultados de la revisión
6	Gestión de los recursos

6.1	Provisión de recursos
6.2	Recursos humanos
6.2.1	Generalidades
6.2.2	Competencia, toma de conciencia y formación
6.3	Infraestructura
6.4	Ambiente de trabajo
7	Realización del producto
7.1	Planificación de la realización del producto
7.2	Procesos relacionados con el cliente
7.2.1	Determinación de los requisitos relacionados con el producto
7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados con el producto
7.2.3	Comunicación con el cliente
7.3	Diseño y desarrollo
7.3.1	Planificación del diseño y desarrollo
7.3.2	Elementos de entrada para el diseño y desarrollo
7.3.3	Resultados del diseño y desarrollo
7.3.4	Revisión del diseño y desarrollo
7.3.5	Verificación del diseño y desarrollo
7.3.6	Validación del diseño y desarrollo
7.3.7	Control de los cambios del diseño y desarrollo
7.4	Compras
7.4.1	Proceso de compras
7.4.2	Información de las compras
7.4.3	Verificación de los productos comprados
7.5	Producción y prestación de servicios
7.5.1	Control de la producción y de la prestación del servicio
7.5.2	Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio
7.5.3	Identificación y trazabilidad
7.5.4	Propiedad del cliente
7.5.5	Preservación del producto
7.6	Control de los dispositivos de medición y seguimiento
8	Medición, análisis y mejora
8.1	Generalidades

8.2	Seguimiento y medición
8.2.1	Satisfacción del cliente
8.2.2	Auditoria interna
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos
8.2.4	Seguimiento y medición del producto
8.3	Control del producto no conforme
8.4	Análisis de datos
8.5	Mejora
8.5.1	Mejora continua
8.5.2	Acción correctiva
8.5.3	Acción preventiva

2.4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Como sistema de gestión de la calidad, exige como requisito general que la organización establezca, documente, implemente y mantenga dicho sistema; así como mejore continuamente su eficacia.

Específicamente debe:

- 1 Identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión e la calidad y su aplicación en la organización.
- 2 Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.
- 3 Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces;
- 4 Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el aseguramiento de estos procesos.
- 5 Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos

- 6 Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planeados y la mejora continua de los procesos.

La documentación es un aspecto controlado por la norma, con la finalidad de disponer de un elemento de referencia para ejecutar las actividades de los procesos.

Para desarrollar el control establece primeramente que la documentación debe incluir:

- 1 Declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad
- 2 Un manual de la calidad
- 3 Los procedimientos documentados requeridos por la Norma
- 4 Los documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de los procesos
- 5 Los registros requeridos por la Norma.

La documentación cumple el papel de ser un medio estable y reconocible por todos respecto a lo que se debe hacer (procedimientos) y como debe hacerse las actividades (instrucciones de trabajo). Una recomendación importante es documentar lo estrictamente necesario, de manera tal de no llegar a la burocratización del proceso. Actualmente una práctica frecuente es la utilización de documentación electrónica, con la consiguiente facilidad tanto para la distribución como la actualización de los documentos.

Cuando se refiere a la documentación, no solamente la norma alude a los conocidos procedimientos, también se refiere a planos, folletos, normas legales (incluyendo las externas), fotografías, videos, grabaciones y demás

medios; lo importante es que hayan sido establecidos por la organización como necesarios.

También son considerados como tales, los registros, los cuales son documentos que presentan los resultados obtenidos en los procesos, y sirven para dar evidencia de las actividades realizadas.

El Manual de la Calidad es el documento que enuncia la política de calidad y describe el sistema de calidad de la organización. Esta descripción detalla como se interpreta y cumple cada una de las exigencias de la Norma ISO 9001.

Para el control de documentos, debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles para:

- 1** Aprobar los documentos
- 2** Revisar y actualizar los documentos
- 3** Asegurarse que se identifican los cambios y el estado de revisión actual
- 4** Garantizar que las versiones vigentes se encuentren disponibles para su uso.
- 5** Identificar documentos de origen externo y su distribución
- 6** Prevenir el uso de documentos obsoletos, incluyendo su identificación

Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables. Debe establecerse un procedimiento documentado para su control, incluyendo el tiempo de retención y la disponibilidad.

2.4.1 Responsabilidad de la Dirección

La Norma considera a la dirección de la organización un factor clave y de éxito del sistema de calidad. La falta de un claro compromiso, insuficiente enfoque al cliente o no evidenciar que se monitorea el sistema, son elementos suficientes para invalidar todo el sistema de calidad.

La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implantación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia. Lo expresa:

- 1** Comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios
- 2** Estableciendo la política de la calidad
- 3** Asegurando que se establecen los objetivos de la calidad
- 4** Llevando a cabo las revisiones por la dirección
- 5** Asegurando la disponibilidad de recursos

La alta dirección debe asegurarse que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente

Sobre la política de calidad, la alta dirección debe asegurar que:

- 1** Es adecuada al propósito de la organización
- 2** Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad
- 3** Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad
- 4** Es comunicada y entendida dentro de la organización
- 5** Es revisada para su continua adecuación.

La planificación es un aspecto controlado por la Norma. Exige que la organización establezca objetivos de la calidad, incluyendo aquellos asociados al producto. Estos objetivos deben establecerse en las funciones y niveles pertinentes de la organización, y como característica deben ser medibles y coherentes con la política de calidad. También requiere que la planificación tenga como finalidad el funcionamiento del sistema de calidad.

Considerando que los procesos de la organización deben tener una estructura adecuada que lo soporte, establece que las responsabilidades y autoridad estén definidas y sean comunicadas a todos los niveles.

Previendo que la calidad requiere de un direccionamiento, exige la designación de un miembro de la dirección quien, con independencia de otras responsabilidades, debe tener responsabilidad y autoridad sobre los procesos, capacidad para informar a la dirección sobre el desempeño del sistema o necesidad de mejora, promover el enfoque al cliente en todos los niveles de la organización.

La comunicación interna es la red por la que fluyen las decisiones, información y demás elementos de interrelación entre los miembros de la organización, por lo que exige que se encuentren establecidos los procesos de comunicación.

La revisión por la dirección es una actividad crítica para el sistema de gestión de la calidad, por lo cual a intervalos planificados, debe revisarse, para asegurarse su conveniencia y eficacia. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios, incluyendo la política de la calidad y objetivos de la calidad.

Para efectuar la revisión de la dirección, se requiere como información de insumo:

- 1** Resultado de auditorias
- 2** Retroalimentación del cliente
- 3** Resultado de los procesos y conformidad del producto
- 4** Estado de las acciones correctivas y preventivas
- 5** Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección anteriores
- 6** Cambios que pueden afectar al sistema de gestión de la calidad
- 7** Recomendaciones para la mejora

Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir decisiones y acciones relacionadas con:

- 1** La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos
- 2** La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente
- 3** La necesidad de recursos

2.4.2 Gestión de recursos

Los procesos para llevarse a cabo, requieren de recursos, tanto físicos (materiales, insumos, e infraestructura) como humanos. La Norma exige que la organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el funcionamiento del sistema de la calidad y para aumentar la satisfacción del cliente.

En el tema de los recursos humanos, es necesario que el personal que realice trabajos que afecten la calidad del producto debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.

Para ser más específico, respecto a la competencia, toma de conciencia y formación, la organización debe:

- 1** Determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afecten la calidad del producto
- 2** Proporcionar formación y/o capacitación
- 3** Evaluar la eficacia de las acciones tomadas
- 4** Asegurarse que el personal es consciente de la importancia de la capacitación y de su contribución al logro de los objetivos de la calidad
- 5** Mantener registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia

La infraestructura cuando sea aplicable, es un elemento a considerar por la organización. Puede estar referida a **(6.3)**:

- 1 Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados
- 2 Equipo para los procesos
- 3 Servicios de apoyo.

También considera que el ambiente de trabajo sea el necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto **(6.4)**

2.4.3 Realización del producto

El control del proceso de la producción es una actividad fundamental del sistema de calidad para cumplir con los objetivos del negocio.

La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto. La planificación de la realización del producto debe

ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad. (7.1)

Para la planificación debe considerarse, cuando sea apropiado:

- 1** Los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto;
- 2** La necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el producto;
- 3** Las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo y prueba específicas para el producto así como los criterios para la aceptación del mismo;
- 4** Los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen los requisitos.

Para producir el producto o generar el servicio, se hace necesario determinar y revisar los requisitos relacionados con el producto y la comunicación con el cliente (7.2)

En particular para los productos, la organización debe determinar (7.2.1):

- 1** Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma,
- 2** Los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido,
- 3** Los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto, y
- 4** Cualquier requisito adicional determinado por la organización.

La organización debe revisar los requisitos relacionados con el producto (7.2.2). Esta revisión debe efectuarse antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente (por ejemplo envío de ofertas, aceptación de contratos o pedidos, aceptación de cambios los contratos o pedidos) y debe asegurarse de que:

- 5** Están definidos los requisitos del producto,
- 6** Están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente, y
- 7** La organización tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.

Deben mantenerse registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma.

Cuando el cliente no proporcione una declaración documentada de los requisitos, la organización debe confirmar los requisitos del cliente antes de la aceptación. Cuando se cambien los requisitos del producto, la organización debe asegurarse de que la documentación pertinente sea modificada y de que el personal correspondiente sea consciente de los requisitos modificados.

Sobre la comunicación con el cliente, la organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los mismos (7.2.3), relativas a:

- 1** La información sobre el producto,
- 2** Las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones, y
- 3** La retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas.

La organización debe planificar y controlar el diseño y desarrollo del producto (7.3.1).

Durante la planificación del diseño y desarrollo la organización debe determinar:

- 4** Las etapas del diseño y desarrollo,
- 5** La revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del diseño desarrollo, y
- 6** Las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo.

La organización debe gestionar las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y desarrollo para asegurarse de una comunicación eficaz y una clara asignación de responsabilidades (7.3.1).

Deben determinarse los elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto mantenerse registros. Estos elementos de entrada deben incluir:

- 7** Los requisitos funcionales y de desempeño,
- 8** Los requisitos legales y reglamentarios aplicables,
- 9** La información proveniente de diseños previos similares, cuando sea aplicable, y
- 10** Cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo.

Estos elementos deben revisarse para verificar su adecuación, Los requisitos deben estar completos, sin ambigüedades y no deben ser contradictorios.

Los resultados del diseño y desarrollo deben proporcionarse de tal manera que permitan la verificación respecto a los elementos de entrada para el

diseño y desarrollo, y deben aprobarse antes de su liberación (7.3.3). Los resultados del diseño y desarrollo deben:

- 11** Cumplir los requisitos de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo.
- 12** Proporcionar información apropiada para la compra, la producción y la prestación del servicio,
- 13** Contener o hacer referencia a los criterios de aceptación del producto, y
- 14** Especificar las características del producto que son esenciales para el uso Seguro y correcto.

En las etapas adecuadas, deben realizarse revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado (7.3.4)

- 16** Evaluar la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir los requisitos, e

- 17** Identificar cualquier problema y proponer las acciones necesarias.

Los participantes en dichas revisiones deben incluir representantes de las funciones relacionadas con la(s) etapa(s) de diseño y desarrollo que se está(n) revisando. Deben mantenerse registros de los resultados de las revisiones y de cualquier acción necesaria.

Se debe realizar la verificación, de acuerdo con lo planificado para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo (7.3.5). Deben mantenerse registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria.

Se debe realizar la validación del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado (7.3.6) para asegurarse de que el producto resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto, cuando sea conocido. Siempre que sea factible, la validación debe completarse antes de la entrega o implementación del producto. Debe mantenerse registros de los resultados de la validación y de cualquier acción que se necesaria.

Los cambios del diseño y desarrollo deben identificarse y deben mantenerse registros. Lo cambios deben revisarse, verificarse y validarse, según sea apropiado, y aprobarse antes de su implementación (7.3.7). La revisión de los cambios del diseño y desarrollo debe incluir la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto ya entregado.

Deben mantenerse registros de los resultados de la revisión de los cambios y de cualquier acción que sea necesaria.

Las compras es un tema considerado por la Norma, estableciendo requisitos para el proceso de adquisición, la información de compras y la verificación de los productos comprados (7.4). Al respecto la organización debe:

Asegurarse de que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados. El tipo y alcance del control aplicado al proveedor y al producto adquirido debe depender del impacto del producto adquirido en la posterior realización del producto o sobre el producto final.

Evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. Deben establecerse los criterios para la selección, la evaluación y la re-evaluación.

Deben mantenerse los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas (7.4.1).

La información de las compras debe describir el producto a comprar, incluyendo, cuando se, apropiado:

- 1** Requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos,
- 2** Requisitos para la calificación del personal, y
- 3** Requisitos del sistema de gestión de la calidad.

La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor. La organización debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple los requisitos de compra especificados (7.4.3).

Cuando la organización o su cliente quieran llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la organización debe establecer en la información de compra las disposiciones para la verificación pretendida y el método para la liberación del producto.

La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas (7.5.1). Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable

- 1** La disponibilidad de información que describa las características del producto,
- 2** La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario,

- 3** El uso del equipo apropiado,
- 4** La disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición,
- 5** La implementación del seguimiento y de la medición, y
- 6** La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.

La organización debe validar aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores (7.5.2). Esto incluye a cualquier proceso en el que las deficiencias se hagan aparentes únicamente después de que el producto esté siendo utilizado o se haya prestado el servicio.

La validación debe demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados.

La organización debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluyendo, cuando sea aplicable:

- 1** Los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos,
- 2** La aprobación de equipos y calificación del personal,
- 3** El uso de métodos y procedimientos específicos,
- 4** Los requisitos de los registros, y
- 5** La revalidación.

Cuando sea apropiado, la organización debe identificar el producto por medios adecuados través de toda la realización del producto (7.5.3).

La organización debe identificar el estado del producto con respecto a los requisitos seguimiento y medición. Cuando la trazabilidad sea un requisito, la organización debe controlar y registrar identificación única del producto.

La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo control de la organización o estén siendo utilizados por la misma (7.5.4) La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto. Cualquier bien que sea propiedad del cliente que se pierda, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuado para su uso debe ser registrado y comunicado al cliente.

La organización debe preservar la conformidad del producto durante el proceso interno y entrega al destino previsto (7.5.5). Esta preservación debe incluir la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación debe aplicarse también, a las partes constitutivas de un producto.

La organización debe determinar el seguimiento y la medición a realizar, y los dispositivos medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto con los requisitos determinados (7.6)

La organización debe establecer procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición.

Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe:

- 1** Calibrarse o verificarse a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales; cuando no existan tales patrones debe registrar la base utilizada para la calibración o la verificación;
- 2** Ajustarse o reajustarse según sea necesario;
- 3** Identificarse para poder determinar el estado de calibración;
- 4** Protegerse contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición;
- 5** Protegerse contra los daños y el deterioro durante la manipulación, mantenimiento y el almacenamiento.

Además, la organización debe evaluar y registrar la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo no está conforme con los requisitos. La organización debe tomar las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto afectado. Deben mantenerse registros de los resultados de la calibración y la verificación.

Debe confirmarse la capacidad de los programas informáticos para satisfacer su aplicación prevista cuando éstos se utilicen en las actividades de seguimiento y medición de los requisitos especificados. Esto debe llevarse a cabo antes de iniciar su utilización y confirmarse de nuevo cuando sea necesario.

2.4.4 Medición, análisis y mejora

Estos tres elementos se fundamentan en el principio que lo que no se puede medir, no se puede mejorar (8.1). Específicamente se busca:

- 6 Demostrar la conformidad del producto
- 7 Asegurar la conformidad del sistema de gestión de calidad
- 8 Incrementar sostenidamente la eficacia del sistema de gestión de calidad.

Tal labor conlleva a determinar métodos de medición y análisis así como aplicar técnicas estadísticas.

Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de requisitos. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información. **(8.2.1)**

Siguiendo el principio del P-H-V-A, la norma mediante la Auditoría interna, revisa el sistema de calidad para determinar si:

- 9** Es conforme con lo planificado, con la Norma ISO 9001 y con otras disposiciones establecidas por la propia organización
- 10** Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz

Requiere planificar el programa de auditorías, considerando criterios, alcances, frecuencia y metodología. Sobre los auditores participantes, debe asegurarse su independencia y objetividad. También debe definirse un procedimiento documentado, y asegurar que la jefatura de las áreas auditada tome acciones para eliminar las no conformidades detectadas y se verifique el resultado de estas acciones. **(8.2.2.)**

La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados

planificados. De no alcanzarse dichos resultados, deben efectuarse correcciones y acciones correctivas para asegurar la conformidad **(8.2.3)**.

Con referencia al producto, la organización debe medir y hacer seguimiento de las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo. Esto debe realizarse en la etapa apropiada y planificada del proceso. **(8.2.4)**

La posibilidad de encontrar productos no conformes, aun cuando este implementado un sistema de calidad, es una realidad admisible, por lo que la norma no exige 'cero' defectos, sino la administración del producto no conforme. En tal sentido, requiere se identifique y controle el uso o entrega no intencional del producto, mediante un procedimiento documentado **(8.3)**.

Los productos no conformes se tratan:

- 1** Tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada
- 2** Autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente, y cuando sea aplicable, por el cliente
- 3** Tomando acciones para impedir su uso o aplicación previsto

Se deben mantener registros de las no conformidades, y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo concesiones que se hayan obtenido.

Cuando se corrige un producto no conforme, debe someterse a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.

Cuando se detecta un producto no conforme después de la entrega o cuando ha comenzado su uso, la organización debe tomar las acciones apropiadas respecto a los efectos (incluyendo los potenciales) de la no conformidad.

Las decisiones basadas en hechos, requiere que la organización determine, recopile y analice los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizarse la mejora continua. Eso debe incluir los datos generados del resultado y medición. **(8.4)**

El análisis de datos debe proporcionar información sobre:

- 1** La satisfacción del cliente.
- 2** La conformidad con los requisitos del producto.
- 3** Las características y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para efectuar acciones preventivas.
- 4** Los proveedores.

Conforme al principio de la mejora continua, la organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorias, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección **(8.5.1)**.

Además, la organización debe tomar acciones para eliminar la causa de las no conformidades con objeto de prevenir su ocurrencia. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas **(8.5.2)**

Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para:

- 1** Revisar las no conformidades (incluyendo quejas de clientes).
- 2** Determinar las causas de las no conformidades.

- 3** Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir.
- 4** Determinar e implementar las acciones necesarias.
- 5** Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- 6** Revisar las acciones correctivas tomadas.

Adicionalmente a las acciones correctivas, la Norma también requiere que la organización determine acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales
(8.5.3)

Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para:

- 1** Determinar las no conformidades potenciales y sus causas.
- 2** Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades.
- 3** Determinar e implementar las acciones necesarias.
- 4** Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- 5** Revisar las acciones preventivas efectuadas.

2.4.5 Implementación del Sistema de Calidad

La implementación del sistema de Calidad se realiza generalmente bajo el esquema de un proyecto, el cual demanda recursos en cantidad distinta para cada organización. Son factores importantes a considerar, el tamaño de la empresa, medida en cantidad de personas, las unidades organizacionales, la diversidad de procesos y las locaciones físicas. El plazo de implementación también es distinto en cada empresa, afecta sustantivamente el factor cultural.

Es decir, si la organización viene siguiendo los principios de la calidad, la implementación tan solo se limitará a darle el formato exigido por la Norma. Una situación contraria significará dedicar recursos al cambio de la actitud de las personas.

Es importante señalar que la implementación se puede efectuar bajo dos enfoques, el primero que busca la satisfacción del cliente y la mejora de los procesos y como complemento la certificación, y otro en el cual lo más importante es el logro de la certificación. En este último caso, mantener la calidad es un esfuerzo que tiene un alto costo para la organización; si bien es cierto se controla la calidad de los resultados, pero a costa de frecuentes correcciones y una ausencia notable de la creatividad.

Es usual para la implementación del Proyecto, conformar un Comité o grupo de implementación, donde participa el directivo principal, todas las jefaturas y lo dirige el representante de la dirección.

La implementación corresponde administrarla bajo la estructura de un proyecto, identificando actividades, objetivos, plazos, responsables, recursos e indicadores de avance. Un ejemplo de plan es el siguiente:

Diagnóstico, definición, planeamiento	Documentación e implementación	Auditoria	Certificación
<ul style="list-style-type: none"> ◊1 Diagnóstico ◊2 Plan de Implementación ◊3 Sensibilización ◊4 Política y Objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> ◊5 Entrenamiento ◊6 Documentación e Implementación ◊7 Registros ◊8 Manual de Calidad 	<ul style="list-style-type: none"> ◊9 Formación Auditores ◊10 Auditoria de Suficiencia ◊11 Auditoria de Eficacia ◊12 Acciones Correctivas ◊13 Revisión Dirección 	<ul style="list-style-type: none"> ◊14 Pre Auditoria de Certificación ◊15 Acciones Correctivas ◊16 Auditoria de Certificación

2.4.6 Diagnóstico, definición y planeamiento

La primera actividad corresponde al examen comparativo que se efectúa entre la organización actual y el modelo de gestión que demanda la Norma. En los resultados se verifica:

- 1** Cumplimiento de las exigencias de la Norma, con un alto grado de coincidencia entre los requisitos de la ISO 9001 y las prácticas de la organización, a lo sumo diferencias de nombres.
- 2** Cumplimiento parcial, en el cual los requisitos de la Norma se cumplen pero con faltantes que demandan efectuar cambios y asignar recursos.
- 3** Incumplimiento total, verificándose que muchos requisitos de la Norma no corresponde a las prácticas usadas por la organización.
- 4** Es previsible que a mayor brecha, la cantidad de recursos y el plazo aumente para implementar el Sistema. Los resultados sirven para definir el proyecto y estimar los costos de la implementación.

El diagnóstico también sirve para reconocer la cultura organizacional sobre la calidad. Por lo que corresponde en esta temprana etapa la sensibilización hacia la calidad, efectuada mediante charlas y cursos de capacitación dirigidos a todo el personal, y en donde el ejemplo de los directivos es un importante y decisivo factor. El propósito es diseminar en el personal los principios de la calidad, así como la capacitación en herramientas de la calidad. Cabe mencionar el rol protagónico que cumplen la dirección no solamente en el suministro de recursos, sino además en el ejemplo que deben mostrar. Como resultado, el personal debe encontrar beneficios tangibles en la práctica de estos nuevos principios.

2.4.7 Documentación e implementación

Esta fase se caracteriza por la elaboración del Manual de la Calidad, los procedimientos, la definición de responsabilidades (generalmente mediante el manual de funciones) y los registros.

El Manual de la Calidad es el documento que interpreta y hace explícito como la organización cumple con las exigencias de la Norma ISO 9001. Temas que se desarrollan son la política de calidad y los objetivos de la calidad. Los que demandan generalmente la organización haya definido su misión y su visión.

ABC	MANUAL DE LA CALIDAD	MC-02 Ver 3
8.2 Seguimiento y medición		
1. OBJETO Establecer las metodologías de seguimiento y medición de los procesos implicados en sistema de gestión de calidad de Fernando Gracia S.A. 2. ALCANCE Aplicación al establecimiento de métodos de seguimiento y medición en Fernando Gracia S.A. 3. DESCRIPCION 3.1 Seguimiento y medición La dirección se asegura de que se utilizan métodos eficaces y eficientes para identificar áreas para mejorar el desempeño del sistema de gestión de calidad. Pueden utilizarse los siguientes métodos : <ul style="list-style-type: none">- Encuestas de satisfacción del cliente y partes interesadas- Auditorias internas- Auto evaluación 3.1.1 Satisfacción del cliente La dirección establece procesos eficaces para recopilar analizar y utilizar la información sobre la satisfacción del cliente, pudiendo utilizar algunos de los siguientes métodos : <ul style="list-style-type: none">- Encuestas a clientes y usuarios- Retroalimentación sobre todos los aspectos de los productos- Requisitos del cliente e información contractual- Necesidades del mercado- Datos sobre la prestación del servicio- Información sobre la competencia		

Un ejemplo de una política es:

“ABC tiene como compromiso prioritario el mejoramiento continuo de sus procesos productivos y de los servicios que entrega, para satisfacer las necesidades y requerimientos de sus clientes”

Un ejemplo sobre objetivos de la calidad es:

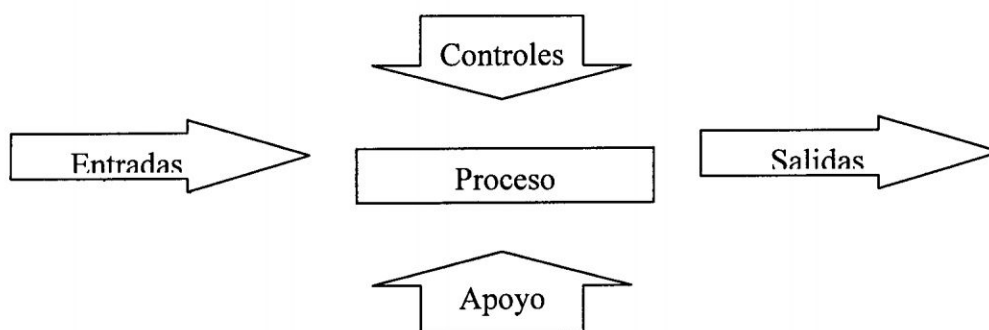
- *Incrementar el nivel de satisfacción del cliente al 65 %*
- *Reducir el plazo de atención de pedidos a 6 horas*
- *Disminuir el porcentaje de reclamos en 10 %*

Una manera de presentar la estructura de la documentación de la organización es mediante una pirámide, donde en la parte superior se ubican los documentos de mayor jerarquía, así:

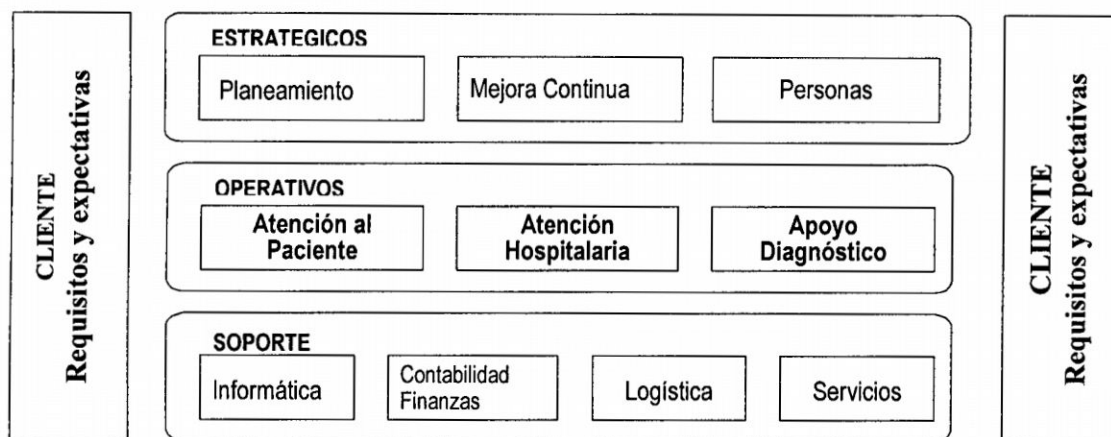


Corresponde también a esta etapa la definición de los procesos de la organización.

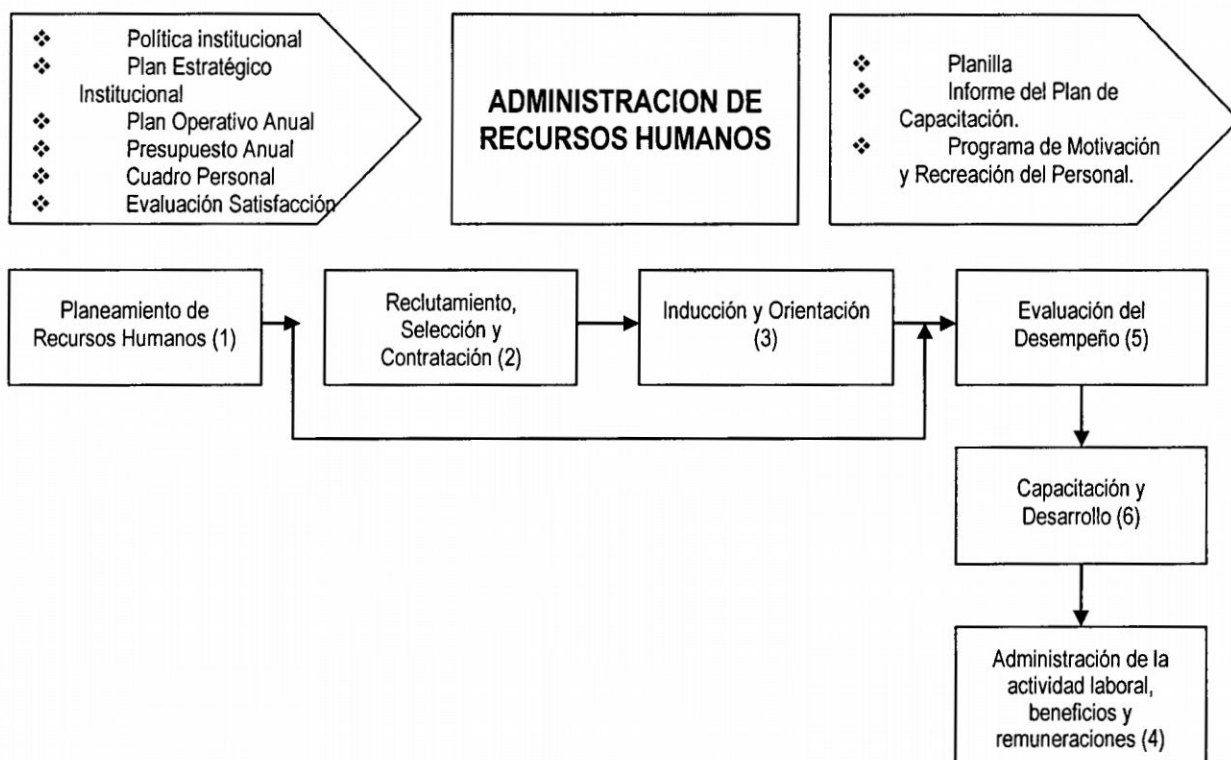
Un proceso es una actividad que transforma unos elementos de entradas (insumos, materiales, datos) en elementos de salidas (productos, resultados, información).



Generalmente se clasifican en procesos de gestión, los procesos operativos y los procesos de soporte. Los primeros sirven a la dirección para administrar la organización; los segundos, son aquellos referidos a su quehacer y cuya ausencia impediría cumplir con su misión; los últimos, cumplen con dar apoyo a los procesos anteriores.



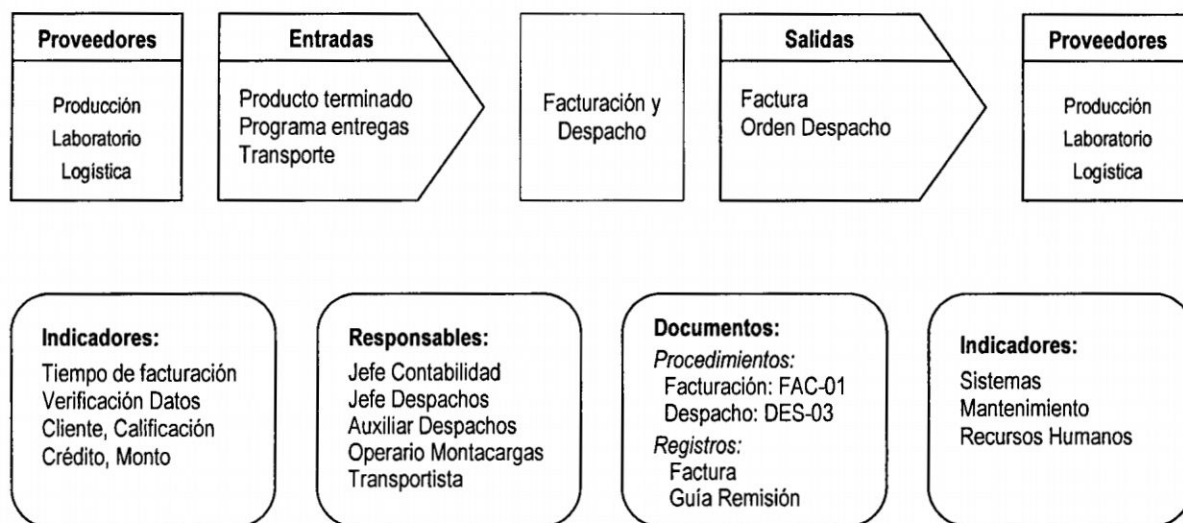
Ejemplo:



Una técnica frecuentemente usada para describir un proceso, es la denominada Caracterización de Procesos. Describe, los componentes del proceso y elementos básicos para comprender el proceso, así:

Proceso: Facturación y Despacho

Objetivo: Garantizar datos confiables y oportunos para realizar una adecuada facturación y entrega de los pedidos.



Un procedimiento es un documento que especifica la manera de hacer las cosas. Cada organización puede nombrarlos de manera particular. Los Procedimientos se pueden clasificar por su alcance en generales, específicos e instrucciones de trabajo. Los Procedimientos Generales están asociados a los conjuntos de procesos; los Procedimientos Específicos a un proceso en especial, y la Instrucción de Trabajo a una actividad de un proceso.

Los registros son datos e información que se conserva para dar evidencia de la ejecución de los procesos. Como ejemplo tenemos las historias clínicas, resultados de análisis, facturas, actas re reunión, entre otros. Cada organización

establece su propia relación de registros. Adicionalmente la Norma exige algunos registros, por ejemplo las acciones correctivas y preventivas.

Los registros pueden estar en cualquier medio, por ejemplo papel, cinta video, formato electrónico.

Es usual que los procedimientos e instrucciones de trabajo indiquen los registros asociados.

Ejemplo:

Pro salud	TRATAMIENTO DE LAS MENINGITIS AGUDAS BACTERIANAS	OPER-1001. Ver 03
<p>EVALUACION INICIAL DEL PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica - Datos epidemiológicos. Vacunaciones. - Exploración física - Hemocultivos - Hemograma, coagulación, bioquímica, PCR - Cultivos de posibles focos parameningeos - PL: Medida de presión - Bioquímica - Citología Gram - Cultivo: Identificación del germen y Determinación de CMI y/o CMB - Detección de Agentes bacterianos (Streptococo Agalactie o S. Pneumoniae en orina) - Fondo de ojo - Otoscopia - Rx tórax - TAC craneal. Indicaciones de TAC craneal: - Deterioro agudo del estado de conciencia. - Clínica de HTEC - Focalidad neurológica <p>TRATAMIENTO ANTIBIOTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio precoz, 30 minutos siguientes al establecimiento del diagnóstico. - Antibióticos bactericidas - Vía IV, en bolus para alcanzar altos picos séricos y en SNC (excepto en los casos que el bolus no sea adecuado , ejemplo Vancomicina) - Dosis altas <p>TRATAMIENTO INICIAL EMPIRICO</p> <p>Se basa en el resultado del GRAM, de los Ag bacterianos en el LCR y si no se dispone de ninguno de ellos de la edad del paciente y factores de riesgo</p>		

2.4.8 Auditorias de Calidad⁽⁴⁾

Esta tercera fase se inicia una vez que la organización considera que las dos primeras están adecuadamente implementadas.

Para efectuar las auditorias, debe primeramente haberse formado auditores internos de auditoria de calidad. Seleccionando entre el personal aquellos que por su capacidad analítica, objetividad, habilidades de comunicación y conocimientos de los procesos puedan desempeñar este rol, adicional a sus funciones habituales.

De acuerdo a las pautas establecidas por la Norma, debe elaborarse un Programa de Auditorias. Cuando se elabora por primera vez, el Plan debe alcanzar a todos los procesos pertenecientes al Sistema de Calidad. Cabe mencionar que por ser una experiencia inicial, es un circunstancia de aprendizaje tanto para auditores como para auditados. En la medida en que se realicen nuevas auditorias la eficacia de esta herramienta aumentará drásticamente.

También es importante anotar que la primera auditoria es de suficiencia, es decir verifica en primera instancia el cumplimiento de las exigencias de la Norma, las reglamentarias y las que se haya impuesto la propia organización, complementariamente se comprueba los resultados de los procesos y el cumplimiento de objetivos.

Tras la primera auditoria interna, es usual encontrar una cantidad significativa de no conformidades, que no debe preocupar demasiado a la dirección y que ameritan una revisión especial por parte del grupo

⁽⁴⁾VEASE A JOSÉ VILAR BARRIO "LA AUDITORIA DE LOS SISTEMAS DE GESTION DE CALIDAD"
(2002) PP= 10 - 25

implementador, con la finalidad de medir el grado de implementación del sistema y la suficiencia de los auditores y de los auditados.

Efectuada la revisión por la dirección, las acciones correctivas son ejecutadas y reportadas por los canales de comunicación establecidos, para su verificación mediante el seguimiento de auditoría. El resultado será el cierre o no de la “No Conformidad”. Aquellas calificadas como importantes o críticas, deben necesariamente estar ‘cerradas’ o superadas antes de continuar con la fase siguiente.

2.4.9 Certificación

Son efectuadas por entidades certificadoras con la finalidad de proporcionar confianza en la organización a los clientes actuales y potenciales.

Las certificadoras son organizaciones externas e independientes, que se encuentran acreditadas o reconocidas por organizaciones internacionales.

En nuestro medio tenemos a las empresas: SGS, Lloyd’s Register, Bureau Veritas, entre otras.

Seleccionada la empresa certificadora, su primera intervención se dedica a la revisión documentaria del sistema de gestión de la calidad, y sobre el cual hay un pronunciamiento inicial. De ser aceptada la documentación, se realiza la auditoría, para la cual la certificadora seleccionada auditores, elabora el plan de auditoría y establece los recursos que necesita.

Es ordinario encontrar ‘no conformidades’ de menor nivel en esta auditoría, por lo cual se establecen ‘acciones correctivas’ a ser desarrolladas por la organización. Posteriormente la certificadora enviará auditores para la verificación de la superación de las ‘no conformidades’ halladas.

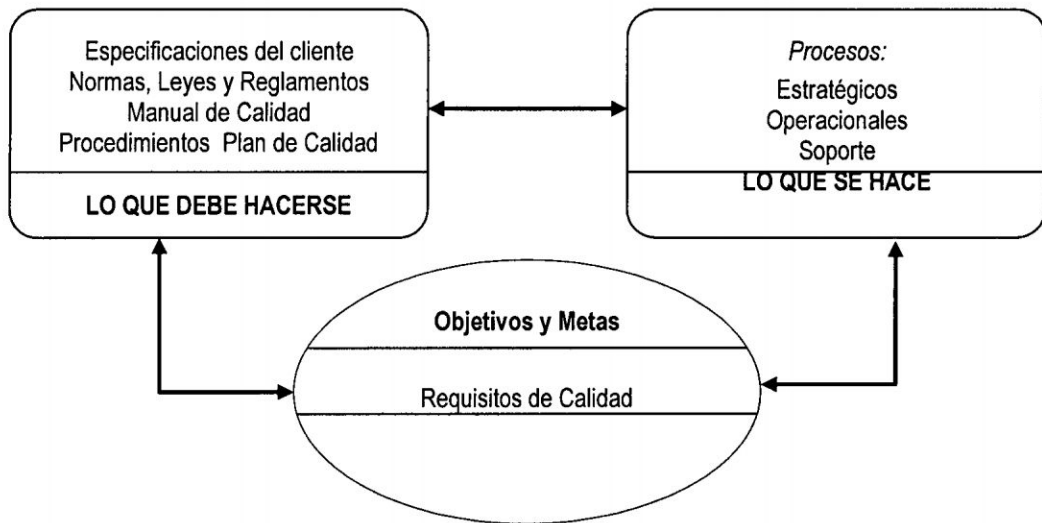
Con el informe favorable del seguimiento de la auditoria, (todas la no conformidades deben estar corregidas) la empresa certificadora emite el certificado en el cual se reconoce públicamente a la organización como poseedora de un sistema de calidad implementado. Este certificado tiene una validez de tres años.

2.4.10 Conceptos de Auditoria de Calidad.

La Auditoria es el examen sistemático e independiente para determinar si las actividades y los resultados referentes a la calidad cumplen con las disposiciones establecidas, las cuales son aplicadas de manera efectiva y son adecuadas para alcanzar los objetivos.

Mediante la auditoria de calidad se realizan revisiones sistemáticas de los procesos y procedimientos para evaluar el desempeño del sistema. Se reconocen tres aspectos fundamentales:

- 1 Lo que debe hacerse: Conformado por todo lo establecido, generalmente documentado y que se difunde previamente a la ejecución de los procesos.
- 2 Lo que se hace: Corresponde a las operaciones y actividades diarias que son ejecutadas en los procesos que componen el sistema de calidad.
- 3 Lo que se quiere lograr, son los objetivos y metas trazados para ser alcanzados en un plazo determinado. Su expresión cuantitativa o cualitativa es entendida por todos los que participan de los procesos involucrados.

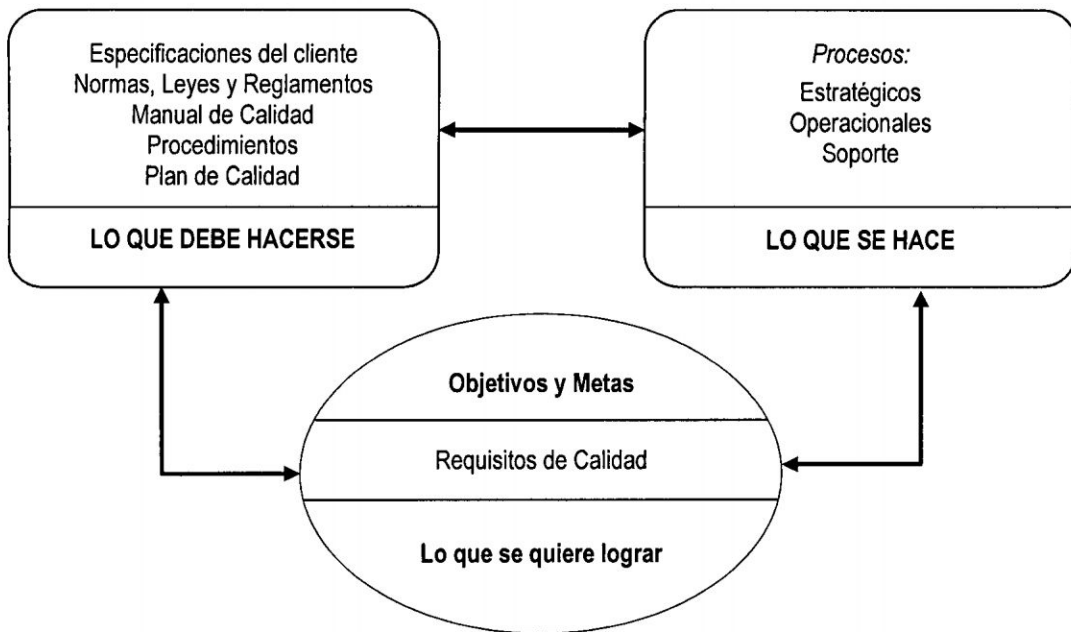


El Auditor como tal, examina estos tres aspectos de la realidad de los proceso con el objetivo de identificar discrepancias, hacerlas notar al auditado y propiciar una acción de mejora por parte del auditado.

Las Auditorías son sistemáticas y periódicas, generalmente se realizan en periodos semestrales o anuales, y son dirigidas a los aspectos críticos de los procesos. Su función es complementar y no sustituir la labor de las jefaturas. Por ser una visión independiente y objetiva, se encuentra en una posición favorable para detectar problemas u oportunidades de mejora.

Cimenta su labor con pruebas objetivas y hechos que no dejan lugar a la duda. Una vez registrada la situación problema, obliga a tomar una acción, en los niveles de la organización que sea necesario.

También por medio de las auditorías de calidad se evalúa las fortalezas y debilidades del sistema de gestión de calidad, la capacidad de los procesos para cumplir con los requisitos, verificar el compromiso del recurso humano, validar el uso eficaz y eficiente de los recursos suministrados a los procesos, evaluar las relaciones con las partes interesada, y ejecutar seguimiento de la eficacia de las acciones: correctivas, preventivas y de mejora.



Existen varias formas de clasificarlas, la primera por su procedencia son: Internas o Externas. Las Auditorias internas de calidad, son las que la propia organización se hace a si misma, mediante Auditores previamente formados y calificados. Cabe mencionar, que el personal auditor no debe pertenecer al área auditada, ni mantener alguna relación de dependencia. Las externas son realizadas por personal externo a la organización, y su grado de independencia es mayor. Este tipo de examen es el que permite la Certificación.

Otra manera de clasificar las auditorias de calidad es por su enfoque: de suficiencia, que verifica el cumplimiento o no de los requisitos; y de eficacia, que comprueba el logro de objetivos.

Relación de Conceptos:

1 *Calidad:*

Grado en el que un conjunto de características inherentes a un producto, cumple con los requisitos.

2 *Evidencia objetiva:*

Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para la revisión, y que están basados en hechos comprobables.

3 Hallazgo:

Resultado de la evaluación de la evidencia de auditoría, respecto a los criterios y objetivos de la auditoría

4 No Conformidad:

Incumplimiento de un requisito

5 Defecto:

Incumplimiento de un requisito asociado a un uso previsto o especificado (del producto o servicio)

6 Producto:

Resultado de un proceso. Existen cuatro categorías genéricas de productos:

- 1** Servicios (por ejemplo transporte)
- 2** Software (por ejemplo programas de cómputo)
- 3** Hardware (por ejemplo la parte mecánica de un motor)
- 4** Materiales procesados (por ejemplo, lubricante)

La mayoría de los productos contiene elementos que pertenecen a diferentes categorías de producto. La denominación del producto en cada caso como servicio, software, hardware o material procesado depende del elemento dominante. Por ejemplo, el producto ofrecido 'automóvil' está compuesto por hardware (por ejemplo, los neumáticos), materiales procesados (por ejemplo

combustible), software (por ejemplo, los programas informáticos del control del motor), y el servicio (por ejemplo las explicaciones relativas a su funcionamiento proporcionadas por el vendedor).

Un servicio es el resultado de llevar a cabo necesariamente al menos una actividad en la interfaz entre el proveedor y el cliente, y generalmente es intangible. La prestación de un servicio puede implicar, por ejemplo:

- 1** Una actividad realizada sobre un producto tangible suministrado por el cliente (por ejemplo la reparación de un automóvil);

2.5 TEORIAS SOBRE LA SALUD PUBLICA

Los Tres Dominios del Cuidado de la Salud

Según PHILIP MUSGROVE

En vista de que el mercado privado des-regulado y no subvencionado constituye una alternativa extrema a la intervención del gobierno en el cuidado de la salud, gran parte del debate para definir los roles públicos y privados dentro del sector gira en torno a la posibilidad, la forma y el grado en que los mercados pueden fallar.

La falla de mercado, como noción económica, hace referencia a las posibles discrepancias o al desequilibrio entre lo que el mercado provee y lo que los consumidores de servicios de salud, racionales y completamente informados, demandarían. No considera el concepto de necesidad del cuidado de la salud que teóricamente es un concepto insatisfactorio aunque difícil de prescindir (Culyer, 1995). La gente desea un cuidado de la salud no por su utilidad intrínseca sino porque piensa que lo necesita, y que si dicho cuidado no es brindado su salud se deteriorará o bien no mejorará. No obstante, gran parte de

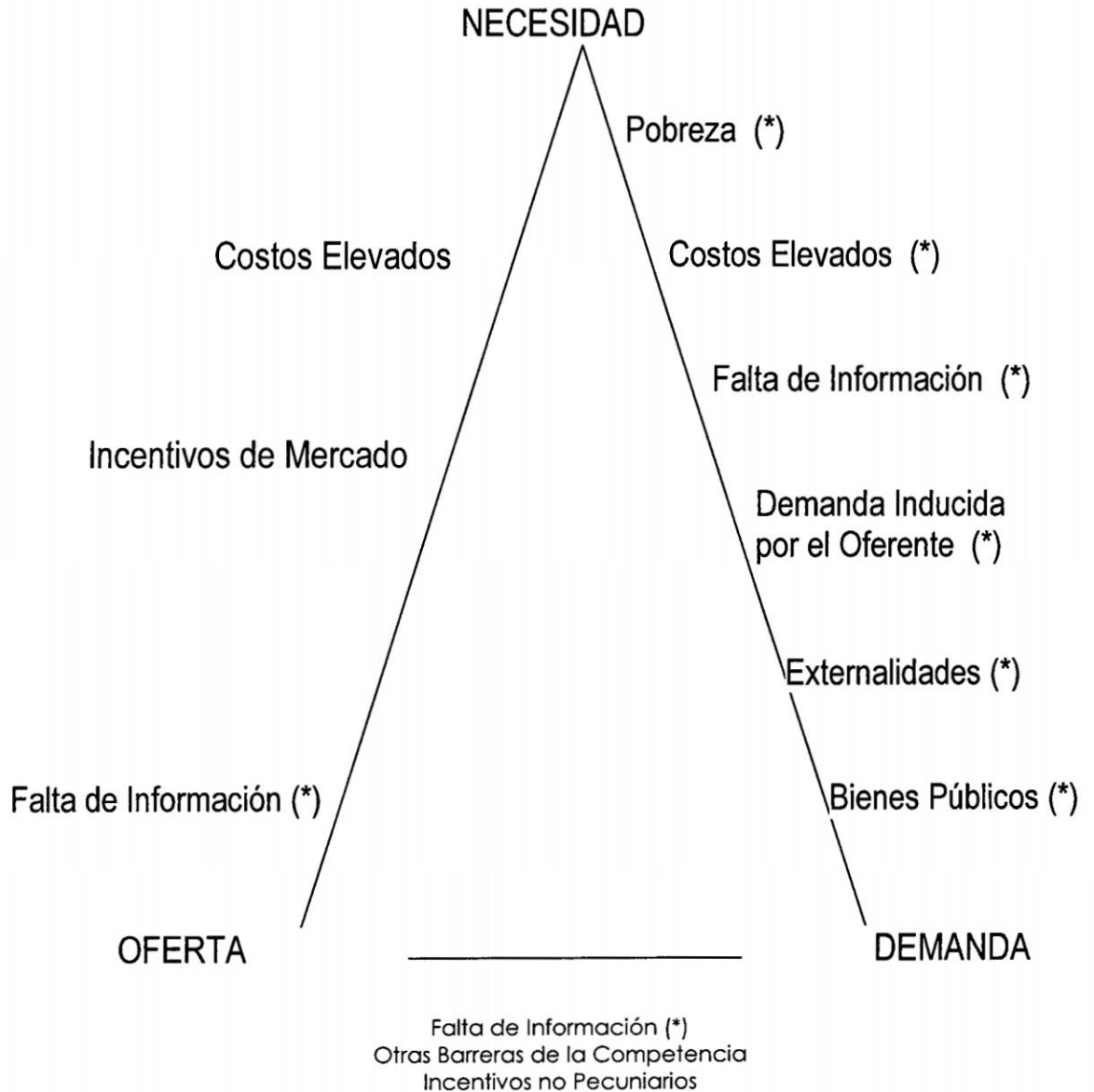
la crítica de los profesionales del cuidado de la salud y de los consumidores acerca de la forma en que los sistemas de salud operan trata explícitamente sobre las necesidades.

Así como la oferta y la demanda pueden no estar balanceadas, también puede existir un desequilibrio entre la demanda y las necesidades o entre las necesidades y la oferta de servicios, como lo muestra el Gráfico 2. Las fallas de mercado, en un estricto sentido económico, se encuentran entre las razones de estos desequilibrios (indicados en el gráfico a través de asteriscos). Otras fallas resultan de las barreras a la operación de los mercados privados competitivos para unir la oferta y la demanda. Otras distorsionan la demanda en función a la que hubiese estado basada en una información completa y simétrica, y si no hubiesen existido bienes públicos ni externalidades.

Esto provoca un desequilibrio entre la demanda y las necesidades. A pesar de que los mercados privados y competitivos generalmente constituyen la mejor forma de unir la oferta y la demanda, se encuentran en una peor posición para hacer que la oferta o la demanda concuerden con las necesidades de la gente. Por el contrario, la intervención pública en el mercado de la salud tiene como fin satisfacer estas necesidades y corre el correspondiente riesgo de no tomar en cuenta a la demanda. Un sistema puramente privado como también uno puramente público, es probable que controle uno de los tres desequilibrios potenciales con el costo de fallar en el control de los otros dos, o de uno de ellos, (Musgrove, 1995c). Esta es una de las principales razones de por qué los sistemas para el cuidado de la salud están lejos de ser enteramente privados o completamente públicos. (Dunlop y Martins, 1995).

GRAFICO N° 2

NECESIDAD, DEMANDA Y OFERTA DE CUIDADOS DE SALUD



(*) Fuentes de Fallas de Mercado
Fuente: Musgrove (1995b)

RESULTADOS DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Título: POR QUE LA GENTE UTILIZA LOS SERVICIOS DE SALUD,
desarrollado por Irwin M. Rosenstock

CONCLUSIONES: Solo se han dado los primeros pasos hacia una explicación sistemática de la conducta en relación con la salud y la enfermedad. Si bien muchos estudios sobre la utilización de los servicios preventivos y de tratamiento son valiosos para formular la política de salud pública, no arrojan luz sobre los factores determinantes de la conducta. Por otra parte, las últimas investigaciones sociológicas demuestran que la adopción de decisiones en materia de salud es un proceso en virtud del cual la persona pasa por una serie de etapas o fases sucesivas. Los acontecimientos que ocurren en cualquiera de estas etapas influyen en las elecciones que se hacen en etapas posteriores. Además, aun esas investigaciones se limitan por ahora a explicar aspectos circunscritos de la conducta con respecto a la salud.

Un modelo específico elaborado para explicar las decisiones sobre la salud personal adoptadas en ausencia de síntomas bien definidos puede servir de medio para explicar la conducta sanitaria preventiva. El modelo propuesto se basa en el supuesto de que para que se adopte la decisión de someterse a una prueba con fines preventivos o de detección, es necesario que se cumplan las siguientes condiciones:

1. La persona tiene la disposición psicológica necesaria para tomar medidas respecto a una determinada condición de salud. El grado de disposición de actuar se define en función de que la persona se considere susceptible a la condición de que se trata y de la medida en que estime que la posible ocurrencia de esa condición le acarreará graves consecuencias personales.

2. La persona cree que, en su caso, someterse a la prueba preventiva o de detección de que se trata será tanto factible como apropiado y reducirá su susceptibilidad a la enfermedad o la gravedad de esta según ella misma las percibe: además, no existen barreras psicológicas importantes que se opongan a la medida propuesta.

3. Se produce una señal o estímulo que desencadena la acción.

El modelo reúne las siguientes ventajas: ha resultado adecuado para explicar variaciones importantes en la conducta de grupos de individuos estudiados en distintas situaciones; está compuesto de un número pequeño de elementos: se puede, al parecer, aplicar a una amplia variedad de medidas sanitarias y, además, las creencias de contenido similar a las incluidas en el modelo son, al menos en principio, susceptibles de cambio mediante la educación.

A la fecha, se han observado algunos defectos en el modelo. No se ha hecho una aplicación experimental de las variables digna de ser tomada en cuenta; faltan datos sobre la función que cumplen las señales en la explicación de la conducta con respecto a la salud; muchos de los estudios que respaldan el modelo estaban basados en muestras pequeñas y posiblemente no representativas; por razones de necesidad, varios de los estudios en apoyo del modelo se llevaron a cabo en forma retrospectiva, aun cuando el modelo presupone un diseño prospectivo; las definiciones operacionales de los conceptos del modelo no han sido uniformes; todavía no se han cuantificado las variables más allá de la escala nominal y no se conoce el grado de estabilidad de las creencias ni de la confiabilidad de las mediciones.

2.6 LA TEORIA DE LA BUROCRACIA

Se dice que la administración por objetivos es la que generó la burocracia mediante la especialización, si bien es cierto fue un aporte en el progreso de muchas naciones, sin embargo, hizo daño cuando para cada proceso o actividad se necesitaba mayor cantidad de trabajadores apareciendo la burocracia, para terminar con ella se debe cambiar de modelo de administración. Sir WISTON CHURCHIL decía en su tiempo a sus gobernantes ingleses “si cada uno cumple únicamente con su deber, hundiremos al reino” el mensaje no puede ser mas claro, siempre es necesario hacer algo mas, infundir un espíritu de equipo en la entidad es vital, y para ello es necesario crear sistemas de incentivos que recompensen a la totalidad del equipo y no solamente a las estrellas; todo ello para lograr un sentimiento compartido de los logros de la entidad.

2.7 BASE LEGAL⁽⁵⁾

a. LEY DEL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA N° 27815 DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

Artículo 1.- Ámbito de aplicación

Los Principios, Deberes y Prohibiciones éticos que se establecen en el presente Código de Ética de la Función Pública rigen para los servidores públicos de las entidades de la Administración Pública, de acuerdo a lo establecido en el artículo 4 del presente Código.

Para los fines de la presente Ley se entenderá por entidad o entidades de la Administración Pública a las indicadas en el artículo 1 de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, incluyendo a las empresas públicas.

(5) LEY N° 27815 “LEY DE CODIGO DE ETICA DE LA FUNCION PUBLICA DEL 22 – 07 – 2002 PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL EL PERUANO EL 12 – 08 - 2002

Artículo 2.- Función Pública

A los efectos del presente Código, se entiende por función pública toda actividad temporal o permanente, remunerada u honoraria, realizada por una persona en nombre o al servicio de las entidades de la Administración Pública, en cualquiera de sus niveles jerárquicos.

Artículo 3.- Fines de la Función Pública

Los fines de la función pública son el Servicio a la Nación, de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política, y la obtención de mayores niveles de eficiencia del aparato estatal, de manera que se logre una mejor atención a la ciudadanía, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos, conforme a lo dispuesto por la Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.

Artículo 4.- Servidor Público

4.1 A los efectos del presente Código se considera como servidor público a todo funcionario, servidor o empleado de las entidades de la Administración Pública, en cualquiera de los niveles jerárquicos sea éste nombrado, contratado, designado, de confianza o electo que desempeñe actividades o funciones en nombre o al servicio del Estado.

4.2 Para tal efecto, no importa el régimen jurídico de la entidad en la que se preste servicios ni el régimen laboral o de contratación al que esté sujeto.

4.3 El ingreso a la función pública implica tomar conocimiento del presente Código y asumir el compromiso de su debido cumplimiento.

Artículo 5.- Interpretación y consultas

5.1 La Presidencia del Consejo de Ministros es la entidad encargada de dictar las normas interpretativas y aclaratorias del presente Código.

5.2 En caso de duda con relación a una cuestión concreta de naturaleza ética, la entidad correspondiente deberá consultar a la Presidencia del Consejo de Ministros.

PRINCIPIOS Y DEBERES ÉTICOS DEL SERVIDOR PÚBLICO

Artículo 6.- Principios de la Función Pública

El servidor público actúa de acuerdo a los siguientes principios:

1. Respeto

Adecua su conducta hacia el respeto de la Constitución y las Leyes, garantizando que en todas las fases del proceso de toma de decisiones o en el cumplimiento de los procedimientos administrativos, se respeten los derechos a la defensa y al debido procedimiento.

2. Probidad

Actúa con rectitud, honradez y honestidad, procurando satisfacer el interés general y desechando todo provecho o ventaja personal, obtenido por sí o por interpósita persona.

3. Eficiencia

Brinda calidad en cada una de las funciones a su cargo, procurando obtener una capacitación sólida y permanente.

4. Idoneidad

Entendida como aptitud técnica, legal y moral, es condición esencial para el acceso y ejercicio de la función pública. El servidor público debe propender a una formación sólida acorde a la realidad, capacitándose permanentemente para el debido cumplimiento de sus funciones.

5. Veracidad

Se expresa con autenticidad en las relaciones funcionales con todos los miembros de su institución y con la ciudadanía, y contribuye al esclarecimiento de los hechos.

6. Lealtad y Obediencia

Actúa con fidelidad y solidaridad hacia todos los miembros de su institución, cumpliendo las órdenes que le imparta el superior jerárquico competente, en la medida que reúnan las formalidades del caso y tengan por objeto la realización de actos de servicio que se vinculen con las funciones a su cargo, salvo los supuestos de arbitrariedad o ilegalidad manifiestas, las que deberá poner en conocimiento del superior jerárquico de su institución.

7. Justicia y Equidad

Tiene permanente disposición para el cumplimiento de sus funciones, otorgando a cada uno lo que le es debido, actuando con equidad en sus relaciones con el Estado, con el administrado, con sus superiores, con sus subordinados y con la ciudadanía en general.

8. Lealtad al Estado de Derecho

El funcionario de confianza debe lealtad a la Constitución y al Estado de Derecho. Ocupar cargos de confianza en regímenes de facto, es causal de cese automático e inmediato de la función pública.

Artículo 7.- Deberes de la Función Pública

El servidor público tiene los siguientes deberes:

1. Neutralidad

Debe actuar con absoluta imparcialidad política, económica o de cualquier otra índole en el desempeño de sus funciones demostrando independencia a sus vinculaciones con personas, partidos políticos o instituciones.

2. Transparencia

Debe ejecutar los actos del servicio de manera transparente, ello implica que dichos actos tienen en principio carácter público y son accesibles al conocimiento de toda persona natural o jurídica. El servidor público debe de brindar y facilitar información fidedigna, completa y oportuna.

3. Discreción

Debe guardar reserva respecto de hechos o informaciones de los que tenga conocimiento con motivo o en ocasión del ejercicio de sus funciones, sin perjuicio de los deberes y las responsabilidades que le correspondan en virtud de las normas que regulan el acceso y la transparencia de la información pública.

4. Ejercicio Adecuado del Cargo

Con motivo o en ocasión del ejercicio de sus funciones el servidor público no debe adoptar represalia de ningún tipo o ejercer coacción alguna contra otros servidores públicos u otras personas.

5. Uso Adecuado de los Bienes del Estado

Debe proteger y conservar los bienes del Estado, debiendo utilizar los que le fueran asignados para el desempeño de sus funciones de manera racional, evitando su abuso, derroche o desaprovechamiento, sin emplear o permitir que otros empleen los bienes del Estado para fines particulares o propósitos que no sean aquellos para los cuales hubieran sido específicamente destinados.

6. Responsabilidad

Todo servidor público debe desarrollar sus funciones a cabalidad y en forma integral, asumiendo con pleno respeto su función pública.

Ante situaciones extraordinarias, el servidor público puede realizar aquellas tareas que por su naturaleza o modalidad no sean las estrictamente inherentes a su cargo, siempre que ellas resulten necesarias para mitigar, neutralizar o superar las dificultades que se enfrenten.

Todo servidor público debe respetar los derechos de los administrados establecidos en el artículo 55 de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

CONCORDANCIAS: N° 437-2002-SUNARP-SN

PROHIBICIONES ÉTICAS DEL SERVIDOR PÚBLICO

Artículo 8.- Prohibiciones Éticas de la Función Pública

El servidor público está prohibido de:

1. Mantener Intereses de Conflicto

Mantener relaciones o de aceptar situaciones en cuyo contexto sus intereses personales, laborales, económicos o financieros pudieran estar en conflicto con el cumplimiento de los deberes y funciones a su cargo.

2. Obtener Ventajas Indevidas

Obtener o procurar beneficios o ventajas indevidas, para sí o para otros, mediante el uso de su cargo, autoridad, influencia o apariencia de influencia.

3. Realizar Actividades de Proselitismo Político

Realizar actividades de proselitismo político a través de la utilización de sus funciones o por medio de la utilización de infraestructura, bienes o recursos públicos, ya sea a favor o en contra de partidos u organizaciones políticas o candidatos.

4. Hacer Mal Uso de Información Privilegiada

Participar en transacciones u operaciones financieras utilizando información privilegiada de la entidad a la que pertenece o que pudiera tener acceso a ella por su condición o ejercicio del cargo que desempeña, ni debe permitir el uso impropio de dicha información para el beneficio de algún interés.

5. Presionar, Amenazar y/o Acosar

Ejercer presiones, amenazas o acoso sexual contra otros servidores públicos o subordinados que puedan afectar la dignidad de la persona o inducir a la realización de acciones dolosas.

INCENTIVOS, SANCIONES Y PROCEDIMIENTO

Artículo 9.- Órgano de la Alta Dirección

9.1 El Órgano de la Alta Dirección de cada entidad pública ejecuta, en la institución de su competencia, las medidas para promover la cultura de probidad, transparencia, justicia y servicio público establecida en el presente Código.

9.2 El Órgano de la Alta Dirección establece los mecanismos e incentivos que permitan una actuación correcta, transparente y leal de los servidores públicos. En ese sentido, dicho órgano está encargado de:

- a) Difundir el Código de Ética de la Función Pública.
- b) Diseñar, establecer, aplicar y difundir los incentivos y estímulos a los servidores públicos que cumplan con los principios, deberes y obligaciones del presente Código y respeten sus prohibiciones.
- c) Desarrollar campañas educativas sobre las sanciones para los servidores públicos que tengan prácticas contrarias a los principios establecidos en el presente Código.

Artículo 10.- Sanciones

10.1 La trasgresión de los principios y deberes establecidos en el Capítulo II y de las prohibiciones señaladas en el Capítulo III, de la presente Ley, se considera infracción al presente Código, generándose responsabilidad pasible de sanción.

10.2 El Reglamento de la presente Ley establece las correspondientes sanciones. Para su graduación, se tendrá presente las normas sobre carrera administrativa y el régimen laboral aplicable en virtud del cargo o función desempeñada.

10.3 Las sanciones aplicables por la trasgresión del presente Código no exime de las responsabilidades administrativas, civiles y penales establecidas en la normatividad.

Artículo 11.- Obligación de comunicar trasgresión del Código

Todo servidor público que tenga conocimiento de cualquier acto contrario a lo normado por el presente Código tiene la obligación de informar a la Comisión Permanente de Procesos Administrativos disciplinarios de la entidad afectada, o al órgano que haga sus veces, para la conducción del respectivo proceso, bajo responsabilidad.

Artículo 12.- Procedimiento

Las entidades públicas aplicarán, contando con opinión jurídica previa, la correspondiente sanción de acuerdo al reglamento de la presente Ley, al Decreto Legislativo N° 276 y su Reglamento, cuando corresponda, y a sus normas internas.

Artículo 13.- Registro de Sanciones

13.1 Amplíese el contenido del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido, establecido en el artículo 242 de la Ley del Procedimiento

Administrativo General, Ley N° 27444, y anótese en él las sanciones producidas por la trasgresión del presente Código.

13.2 El Registro deberá contener los datos personales del servidor, la sanción impuesta, el tiempo de duración y la causa de la misma.

13.3 La inscripción en el Registro tiene una duración de un año contado desde la culminación de la sanción.

b. LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

N° 27806⁽⁶⁾

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Alcance de la Ley

La presente Ley tiene por finalidad promover la transparencia de los actos del Estado y regular el derecho fundamental del acceso a la información consagrado en el numeral 5 del Artículo 2 de la Constitución Política del Perú.

El derecho de acceso a la información de los Congresistas de la República se rige conforme a lo dispuesto por la Constitución Política del Perú y el Reglamento del Congreso.

Artículo 2.- Entidades de la Administración Pública

Para efectos de la presente Ley se entiende por entidades de la Administración Pública a las señaladas en el Artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú responden las solicitudes de información a través del Ministerio de Defensa y del Ministerio del Interior, respectivamente. (*)

(6) LEY N° 27806 "LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA". ENVIADO POR EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA PARA SU PUBLICACION Y CUMPLIMIENTO E 02 - 08 - 2002

(*) Artículo modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 27927, publicada el 04-02-2003, cuyo texto es el siguiente:

“Artículo 2.- Entidades de la Administración Pública

Para efectos de la presente Ley se entiende por entidades de la Administración Pública a las señaladas en el Artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.”

Artículo 3.- Principio de publicidad

Todas las actividades y disposiciones de las entidades comprendidas en la presente Ley están sometidas al principio de publicidad.

Los funcionarios responsables de brindar la información correspondiente al área de su competencia deberán prever una adecuada infraestructura, así como la organización, sistematización y publicación de la información a la que se refiere esta Ley.

En consecuencia:

1. Toda información que posea el Estado se presume pública, salvo las excepciones expresamente previstas por el Artículo 15 de la presente Ley.

2. El Estado adopta medidas básicas que garanticen y promuevan la transparencia en la actuación de las entidades de la Administración Pública.

3. El Estado tiene la obligación de entregar la información que demanden las personas en aplicación del principio de publicidad.

La entidad pública designará al funcionario responsable de entregar la información solicitada.

Artículo 4.- Responsabilidades y Sanciones

Todas las entidades de la Administración Pública quedan obligadas a cumplir lo estipulado en la presente norma.

Los funcionarios o servidores públicos que incumplieran con las disposiciones a que se refiere esta Ley serán sancionados por la comisión de una falta grave, pudiendo ser incluso denunciados penalmente por la comisión de delito de Abuso de Autoridad a que hace referencia el Artículo 377 del Código Penal.

El cumplimiento de esta disposición no podrá dar lugar a represalias contra los funcionarios responsables de entregar la información solicitada.

PORTAL DE TRANSPARENCIA

Artículo 5.- Publicación en los portales de las dependencias públicas

Las entidades de la Administración Pública establecerán progresivamente, de acuerdo a su presupuesto, la difusión a través de Internet de la siguiente información:

1. Datos generales de la entidad de la Administración Pública que incluyan principalmente las disposiciones y comunicados emitidos, su organización, organigrama y procedimientos.

2. Las adquisiciones de bienes y servicios que realicen.

La publicación incluirá el detalle de los montos comprometidos, los proveedores la cantidad y calidad de bienes y servicios adquiridos.

3. La información adicional que la entidad considere pertinente.

Lo dispuesto en este artículo no exceptúa de la obligación a la que se refiere el Título IV de esta Ley relativo a la publicación de la información sobre las finanzas públicas.

La entidad pública deberá identificar al funcionario responsable de la elaboración de los portales de Internet. (*)

(*)Artículo modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 27927, publicada el 04-02-2003,

(*) Artículo modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 27927, publicada el 04-02-2003, cuyo texto es el siguiente:

"Artículo 5.- Publicación en los portales de las dependencias públicas

Las entidades de la Administración Pública establecerán progresivamente, de acuerdo a su presupuesto, la difusión a través de Internet de la siguiente información:

1. Datos generales de la entidad de la Administración Pública que incluyan principalmente las disposiciones y comunicados emitidos, su organización, organigrama, procedimientos, el marco legal al que está sujeta y el Texto Único Ordenado de Procedimientos Administrativos, que la regula, si corresponde.

2. La información presupuestal que incluya datos sobre los presupuestos ejecutados, proyectos de inversión, partidas salariales y los beneficios de los altos funcionarios y el personal en general, así como sus remuneraciones.

3. Las adquisiciones de bienes y servicios que realicen. La publicación incluirá el detalle de los montos comprometidos, los proveedores, la cantidad y calidad de bienes y servicios adquiridos.

4. Actividades oficiales que desarrollarán o desarrollaron los altos funcionarios de la respectiva entidad, entendiéndose como tales a los titulares de la misma y a los cargos del nivel subsiguiente.

5. La información adicional que la entidad considere pertinente.

Lo dispuesto en este artículo no exceptúa de la obligación a la que se refiere el Título IV de esta Ley relativo a la publicación de la información sobre las finanzas públicas.

La entidad pública deberá identificar al funcionario responsable de la elaboración de los portales de Internet."

Artículo 6.- De los plazos de la Implementación

Las entidades públicas deberán contar con portales en Internet en los plazos que a continuación se indican:

a) Entidades del Gobierno Central, organismos autónomos y descentralizados, a partir del 1 de julio de 2003.

b) Gobiernos Regionales, hasta un año después de su instalación.

c) Gobiernos Locales y organismos desconcentrados a nivel provincial y distrital, hasta tres años contados a partir de la vigencia de la presente norma, y siempre y cuando existan posibilidades técnicas en el lugar.

Las autoridades encargadas de formular los presupuestos tomarán en cuenta estos plazos en la asignación de los recursos correspondientes. (*)

(*) Artículo modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 27927, publicada el 04-02-2003, cuyo texto es el siguiente:

"Artículo 6.- De los plazos de la implementación

Las entidades públicas deberán contar con portales en Internet en los plazos que a continuación se indican:

a) Entidades del Gobierno Central, organismos autónomos y descentralizados, a partir del 1 de julio de 2003.

b) Gobiernos Regionales, hasta un año después de, su instalación.

c) Entidades de los Gobiernos Locales Provinciales y organismos desconcentrados a nivel provincial, hasta un año desde el inicio del nuevo período municipal, salvo que las posibilidades tecnológicas y/o presupuestales hicieran imposible su instalación.

d) Entidades de los Gobiernos Locales Distritales, hasta dos años contados desde el inicio del nuevo período municipal, salvo que las posibilidades tecnológicas y/o presupuestales hicieran imposible su instalación.

e) Entidades privadas que presten servicios públicos o ejerzan funciones administrativas, hasta el 1 de julio de 2003.

Las autoridades encargadas de formular los presupuestos tomarán en cuenta estos plazos en la asignación de los recursos correspondientes."

ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA DEL ESTADO

Artículo 7.- Legitimación y requerimiento inmotivado

Toda persona tiene derecho a solicitar y recibir información de cualquier entidad de la Administración Pública. En ningún caso se exige expresión de causa para el ejercicio de este derecho.

Artículo 8.- Entidades obligadas a informar

Las entidades obligadas a brindar información son las señaladas en el Artículo 2 de la presente Ley.

Dichas entidades identificarán, bajo responsabilidad de su máximo representante, al funcionario responsable de brindar información solicitada en virtud de la presente ley. En caso de que éste no hubiera sido designado las responsabilidades administrativas y penales recaerán en el secretario general de la institución o quien haga sus veces. (*)

(*) Artículo modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 27927, publicada el 04-02-2003, cuyo texto es el siguiente:

"Artículo 8.- Entidades obligadas a informar

Las entidades obligadas a brindar información son las señaladas en el artículo 2 de la presente Ley.

Dichas entidades identificarán, bajo responsabilidad de su máximo representante, al funcionario responsable de brindar información solicitada en virtud de la presente Ley. En caso de que éste no hubiera sido designado las responsabilidades administrativas y penales recaerán en el secretario general de la institución o quien haga sus veces.

Las empresas del Estado están sujetas al procedimiento de acceso a la información establecido en la presente Ley."

Artículo 9.- Personas jurídicas sujetas al régimen privado que prestan servicios públicos

Las personas jurídicas sujetas al régimen privado descritas en el inciso 8 del Artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 27444 que gestionen servicios públicos o ejerzan funciones administrativas del sector público bajo cualquier modalidad, sólo están obligadas a facilitar la información referida a la prestación de los mismos a sus respectivos organismos supervisores, a efectos que éstos puedan cumplir con las obligaciones establecidas en esta Ley.

Cuando las personas jurídicas de que trata el párrafo anterior no estén en condiciones de satisfacer determinados requerimientos y solicitudes para el aprovechamiento, goce o instalación de dichos servicios, deben informar por escrito a los solicitantes que hicieron el requerimiento también por escrito, acerca de los fundamentos de política, técnicos o económicos, así como de las limitaciones existentes y sus causas. Además están obligadas a suministrar la información y ofrecer las explicaciones escritas necesarias a los usuarios que así lo requieran, en relación a la tarifa del servicio que les sea aplicada. (*)

(*) Artículo modificado por el Artículo 1 de la Ley N° 27927, publicada el 04-02-2003, cuyo texto es el siguiente:

"Artículo 9.- Personas jurídicas sujetas al régimen privado que prestan servicios públicos

Las personas jurídicas sujetas al régimen privado descritas en el inciso 8) del Artículo I del Título Preliminar de la Ley N° 27444 que gestionen servicios públicos o ejerzan funciones administrativas del sector público bajo cualquier modalidad están obligadas a informar sobre las características de los servicios públicos que presta, sus tarifas y sobre las funciones administrativas que ejerce."

c. LEY DE CREACIÓN DE ESSALUD⁽⁷⁾

Con la promulgación de la Ley de la Modernización de la Seguridad Social, Ley No 26790 del 20-07-97, se introducen importantes cambios, sin embargo, debemos reconocer que esta norma y su Reglamento preservan principios generales, aceptados hoy universalmente, luego de décadas de debates, que contiene valores democráticos como: la solidaridad, la equidad y la universalidad, enriqueciéndolos con atributos de una correcta gestión, como son: la eficiencia, eficacia y la solidaridad; el Marco Legal vigente, permite trabajar en base a dos criterios trascendentales para la gestión institucional que son: la competencia y la capacidad de libre elección de los afiliados.

La competencia al actuar en el ámbito de la oferta de servicios, sirve de acicate para obtener un mejor desempeño en la prestación de los mismos.

La teoría económica y la práctica demuestran que los productores, sean éstos de bienes o servicios, son más eficaces y eficientes

(7)LEY N° 26790 "LEY DE MODERNIZACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD"
PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL EL PERUANO EL DIA 20 - 07 - 1997

cuando actúan en un contexto de competencia, que cuando lo hacen en situación de monopolio o de mercados cautivos.

Hasta ahora el IPSS se desenvolvía dentro de éste ámbito generándose una actitud pasiva en términos de ampliación de cobertura y de oferta de servicios sobre todo a grandes aportantes.

El segundo, esto es, la capacidad de elección de los consumidores, actúa en el campo de la demanda y hace patente el derecho ciudadano de optar por aquello que más le favorece.

La Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, Ley No 26790, en su artículo 2º dice “El Seguro Social de Salud otorga cobertura a sus asegurados, brindándoles prestaciones de: prevención, promoción y recuperación, y subsidios para el cuidado de la salud y bienestar social, trabajo y enfermedades profesionales.

Esto a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social y se complementa con los planes y programas de salud, brindados por las Entidades Prestadoras de Salud debidamente acreditadas, financiando las prestaciones mediante los aportes y otros pagos que correspondan con arreglo a Ley.

Además, el Marco Legal a través de la elaboración del Proyecto de la Nueva Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social, de acuerdo al Decreto Ley No. 25987, del 07-12-92, para sentar las bases jurídicas que permita una organización menos burocrática y restrictiva, como es hoy, debido a la presencia de entes de Fiscalización y Control. Que actúan en diferentes etapas del mismo proceso, y torna lento el quehacer institucional.

Para fijar las condiciones preexistentes en el proceso de la Modernización de la Seguridad Social en Salud, a fin de permitir un desempeño acorde al nuevo escenario.

Para posibilitar una efectiva Descentralización de la Gestión de los Establecimientos de menor complejidad.

C. BASE LEGAL INTERNA

- Ley N° 24786, Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social.
- Acuerdo N° 37-11-IPSS-97, del 17/04/97, que modifica la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Peruano de Seguridad Social.
- Reglamento de Organización y Funciones de las Gerencias Departamentales, aprobado por Resolución N° 649-GG-IPSS-96, del 16/04/96.
- Reglamento de Organización y Funciones por Niveles de Atención de los Centros Asistenciales del IPSS, aprobado por Resolución N° 894-DE-IPSS - 92, del 08/06/92.
- Directiva para la Formulación de los Manuales de Organización y Funciones del IPSS, aprobado por Resolución N° 789-GG-IPSS-96, del 29/04/96.

MISION

EsSalud es la Institución responsable de asegurar la conservación de la salud de la población afiliada mediante los regímenes de Seguridad Social que la Ley le encarga.

NATURALEZA Y FINALIDAD

El Hospital II es un Centro Asistencial de EsSalud, encargado del otorgamiento de Prestaciones Asistenciales del segundo nivel de atención de salud.

El Hospital II tiene por finalidad cumplir acciones de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud del asegurado y derecho habiente, en concordancia con las normas y lineamientos emitidos por el órgano rector del sistema de Prestaciones de Salud para el segundo nivel de atención.

OBJETIVOS

El Hospital II tiene los siguientes objetivos:

- Propiciar con la comunidad y con las instituciones públicas y privadas la solución a la problemática de salud del ámbito de su competencia.
- Garantizar una oportuna y eficiente atención asistencial integral.
- Elevar el nivel de salud de la población asegurada y derecho habiente de la comunidad.
- Optimizar la utilización de los recursos de las unidades orgánicas de atención en base a parámetros de eficiencia, eficacia, productividad y calidad.

FUNCIONES GENERALES

- a) Otorgar prestaciones asistenciales de Prevención, Protección, Diagnóstico, Recuperación y Rehabilitación integral de la salud a los asegurados y derecho habientes en el ámbito de su competencia.
- b) Desarrollar programas de investigación tendentes a la reducción de los índices de morbi-mortalidad de la zona de influencia.
- c) Brindar programas de docencia en internado médico, prácticas pre-profesionales de salud.
- d) Decepcionar pacientes de los Centros Asistenciales de menor nivel de atención y referir pacientes a los centros de mayor nivel de atención según calificación del daño programático y capacidad de atención del Hospital.

2.8 ESTRUCTURA ORGANICA ACTUAL

Órgano de Dirección

DIRECCION DE HOSPITAL II

Órganos de Asesoría

CUERPO MEDICO

EPIDEMIOLOGIA Y ESTADISTICA

Órgano de Apoyo

OFICINA ADMINISTRATIVA III

Órganos de Línea

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Servicio de Medicina Interna

Servicio de Emergencia y Cuidados Intensivos

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Servicio de Cirugía

Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico

DEPARTAMENTO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

Servicio de Farmacia

Servicio de Patología Clínica y Laboratorio

Servicio de Enfermería

Servicio de Diagnóstico por Imágenes

CARGOS

Órgano de Dirección

DIRECCION DEL HOSPITAL II

Director

Secretaria

Técnico Informático

Auxiliar Administrativo

Órgano de Asesoría

CUERPO MEDICO

EPIDEMIOLOGIA Y ESTADISTICA

Coordinador

Técnico Administrativo

Órgano de Apoyo

OFICINA ADMINISTRATIVA III

Jefe Administrativo III

Especialista Administrativo

Técnico Administrativo

Auxiliar Administrativo

Órganos de Línea

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Jefe de Departamento Asistencial

Servicio de Medicina Interna

Jefe de Servicio Asistencial

Médico Especialista

Psicólogo

Servicio de Emergencia y Cuidados Intensivos

Jefe de Servicio Asistencial

Médico General

Médico Especialista

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Jefe de Departamento Asistencial

Servicio de Cirugía

Jefe de Servicio Asistencial

Médico General

Médico Especialista

Cirujano Dentista

Obstetriz

Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico

Jefe de Servicio Asistencial

Médico Especialista

DEPARTAMENTO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Jefe del Departamento Asistencial

Asistente Social

Nutricionista

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

Jefe de Servicio Asistencial

Médico Especialista

Fisioterapeuta

Técnico Asistencial

Servicio de Farmacia

Jefe de Servicio Asistencial

Químico Farmacéutico

Técnico Asistencial
Servicio de Patología Clínica y Laboratorio
Jefe de Servicio Asistencial
Médico Especialista
Laboratorista
Técnico Asistencial
Auxiliar Asistencial
Servicio de Enfermería
Jefe de Servicio Asistencial
Enfermera
Técnico Asistencial
Auxiliar Asistencial
Servicio de Diagnóstico por Imágenes
Jefe de Servicio Asistencial
Médico Especialista
Tecnólogo en Rayos X
Técnico Asistencial

LINEA DE AUTORIDAD Y COORDINACION

Línea de Autoridad

La Dirección del Hospital II depende jerárquicamente de la Sub Gerencia de Producción de Servicios de Salud de la Gerencia Departamental a la cual se circunscribe.

El Director es el funcionario de mayor jerarquía en el Hospital II, con capacidad de dirección, decisión y gestión y ejerce autoridad directa y supervisa al:

Coordinador de Epidemiología y Estadística

Jefe de la Oficina Administrativa III

Jefe del Departamento de Medicina

Jefe del Departamento de Cirugía

Jefe del Departamento de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento

El Jefe de la Oficina Administrativa III y los Jefes de los Departamentos Asistenciales ejercen autoridad directa y supervisan a las unidades orgánicas que los integren.

Línea de Coordinación

El Director del Hospital II, para los fines del cumplimiento de su misión, mantendrá relaciones de coordinación interna con todas las dependencias que conforman la Gerencia Departamental y los demás órganos del IPSS, y coordinación externa con las autoridades y dependencias del MINSA, autoridades regionales o locales y otras entidades públicas o privadas.

Las unidades que conforman el Hospital II mantendrán coordinación permanente entre sí mismas, cuando así lo requiera el cumplimiento de sus funciones. En el momento que éstas requieran mantener líneas de coordinación externas, se contará con la autorización previa del Jefe inmediato.

CONCEPTOS ELEMENTALES

TEORIAS SOBRE CAMBIOS DE PARADIGMAS DE CONTROL INTERNO

LA AUDITORIA SOCIAL

La Responsabilidad Social de la Organización respecto a la responsabilidad social de la organización, tiene sus orígenes en dos inquietantes aspectos de la sociedad contemporánea:

- 1** El primero tiene relación con la conciencia general de los graves problemas sociales que nos enfrentamos y los intentos por resolver estos problemas, tanto a nivel de individuos y a nivel de gobierno, este último no está solucionando los problemas.

- 2** La segunda responsabilidad social viene a ser la ansiedad que todos sentimos para hacer que sobrevivan nuestro actual sistema de capital privado y gobierno constitucional, con prestación de servicios de baja calidad, con daño a la población beneficiaria o asegurada.

ACTITUDES CAMBIANTES

Para comprender la auditoria asistencial, es necesario considerar las diversas tendencias de la actualidad, tanto sociales, económicas, políticas y tecnológicas, que han contribuido a que el público usuario se preocupe por el bienestar en la salud pública. Se considera importante el cambio de actitudes para mejorar los servicios hacia la excelencia de la calidad, para superar los efectos negativos que se dan en el momento actual.

RESPONSABILIDAD SOCIAL

La responsabilidad social que tienen las instituciones es en otorgar los beneficios a los asegurados en la salud, con seguridad y bienestar tanto en el servicio activo o como pasivo cuando se jubilen y cesen, de tal suerte existan servicios a mejores los niveles de vida de la población.

Toda esta responsabilidad social se traduce en:

- Incrementar la producción de salud pública
- Mejorar el nivel de servicios asistenciales
- Mejorar las oportunidad de vida a los asegurados
- Modernización del hospital con infraestructura y equipamiento adecuados.
- Mejorar el nivel de actuación de los médicos y personal de salud.

- Apoyar las políticas institucionales
- Buscar fuentes de financiamiento para dar calidad de servicio asistencial.
- Reclutamiento de recursos humanos competentes y capacitados.
- Preservación de la vida a través de programas asistenciales preventivos.
- Diseño de nuevos servicios asistenciales.
- Mejoramiento de los servicios asistenciales
- Creación y promoción de la medicina preventiva.(2)

La auditoria asistencial se ocupará de evaluar o examinar el aspecto de gestión del personal médico y afines en la prestación de salud preventiva y correctiva, que intervienen en el Hospital EsSalud de Ayacucho, con fines de detectar:

- Errores o áreas críticas.
- Evaluar la eficiencia del personal médico y afines
- Evaluar la eficacia de los medicamentos suministrados a los pacientes
- Establecer mejoras en todos los niveles de gestión hospitalaria.
- Racionalizar las actividades con el objeto de reducir los costos operativos por servicios asistenciales y obtener el máximo beneficio.

PROCEDIMIENTOS DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES:

Los procedimientos de los servicios asistenciales son los siguientes:

A. Evaluación: Comprende los conceptos de observación y análisis, la identificación de causas y el ofrecimiento de soluciones frente a las dificultades de gestión hospitalaria de Es Salud, así tenemos:

Problemas de salud : Enfermedades

Médico : Analiza los síntomas, busca las causas y orígenes internos y externos.

DIAGNOSTICO:

Identificación Programa de actuaciones: Terapia y Cirugía

PROPUESTAS

Tratamiento: Especializado

APLICACION

Seguimiento Médico: Evolución del tratamiento

VERIFICACION:

Curación: Terapia o Cirugía

OBJETIVOS:

Se recurre a la evaluación por necesidad para identificar la causa del problema y definir medidas que mejoren las circunstancias de gestión de la empresa.

Por otro lado puede existir solicitud de evaluación de la gestión especializada por parte de la Gerencia, con el propósito de mejorar el rendimiento cualitativo de la prestación de salud, que deberá reflejarse en los resultados a obtenerse en forma futura.

La evaluación es una herramienta de la dirección, que permite ejecutar y comprender el pasado y presente, para actuar en el futuro, con visión de cambio.

ESQUEMA DE LA EVALUACION

1.0. ANÁLISIS EXTERNO

- Posición en el mercado
- Actuación de la competencia
- Evaluación tecnológica
- Actuación política
- Factores socio culturales
- Sistema de valores

2.0. ANÁLISIS INTERNO

- Medios materiales
- Medios humanos
- Medios financieros
- Infraestructura
- Conocimientos técnicos
- Estrategias
- Políticas
- Organización
- Métodos de gestión
- Sistema de control interno

BASES METODOLOGICAS DE LA EVALUACIÓN

B. JUSTIFICACIÓN DEL PROCESO:

- Misión y tareas específicas
- Objetivos sectoriales
- Políticas y estrategias

- Organización de los medios
- Métodos de gestión y control interno
- Actividades y funcionamiento

C. RESULTADOS FINALES

Coordinación del Proceso:

Es una herramienta para comprender lo que pasa en la institución, con el fin de intentar mejorar su funcionamiento y resultados. Se trata de descubrir como se ha llegado a ese nivel del rendimiento en el pasado y como evolucionará en el futuro sino se cambian los medios o las prácticas actuales.

Los resultados obtenidos en un periodo, van a servir de medición para fijar nuevos objetivos que quizás requerirán una reformulación de políticas, una modificación de medios y un cambio en los métodos de gestión, todo esto comprenderá el análisis de resultados y el estudio de las políticas llevadas a cabo.(1).

BENCHMARKING

Es una estrategia de gestión de la calidad que se dirige a garantizarla en tanto se oriente a proteger a los pacientes contra riesgos innecesarios y coadyuven a responder por la calidad de lo que los profesionales de la salud hacen. El benchmarking es un sistema de comparación entre indicadores, cuyo propósito es identificar las practicas que, en un conjunto de competidores, conducen a uno de ellos a ser el mejor de entre todos los demás.

DISEÑO ORGANIZACIONAL

En el siguiente capitulo se tratará de manera amplia este componente, pero es necesario definirlo para poder más adelante operacionalizarlo.

Kandwalla define el Diseño Organizacional *“como el orden más o menos permanente de las parte de un todo, es la red de ordenes y relaciones organizacionales duraderas y formalmente autorizadas”*.

DESARROLLO ORGANIZACIONAL

El Desarrollo Organizacional se define *“como el establecimiento de estrategias educativas que permitan a los individuos hacer conciencia de los objetivos de la organización en la que se desempeñan, la importancia de su propio trabajo y el de los demás para la consecución de esos objetivos, la manera en que se puede mejorar su desempeño y la institución”*.

En estas estrategias de Desarrollo Organizacional se deben de incluir la Motivación, la comunicación, el trabajo en equipo, cultura organización, cambio organizacional y Liderazgo.

DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL

Desempeño Organizacional es otro de los componentes que se utilizan dentro de los procesos gerenciales y que nos permiten contar con unidades de medida que valoran el impacto de los servicios que ofrecen las unidades médicas.

En este componente identificamos tres variables a medir: la Calidad la Eficiencia y la Productividad.

DIRECCIÓN

La dirección será entendida *como todas esas habilidades técnicas, empíricas, humanas y conceptuales que son necesarias por la conducción y*

funcionamiento de los servicios de salud. De las cuales destacan las diferentes técnicas para la

Toma de Decisiones, La Reingeniería de Procesos, el Análisis FODA (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas), Mapas Políticos, Investigación de Operaciones, Análisis Organizacional, Evaluación de Servicios, Análisis de Problemas, etc.

DESTREZAS GERENCIALES

Será conceptualizado *como destrezas o todas las habilidades con las que cuenta el gerente para tomar decisiones que determinan su perfil gerencial,* entre las habilidades que se necesitan revisar están:

Manejo del Poder, y de la Política, el Análisis Transaccional el Comportamiento Asertivo, El manejo de los Conflictos, Creatividad, Negociación, Concertación, etc.

Competencia profesional.-

Es la cualidad que caracteriza al auditor por el nivel de idoneidad y habilidad profesional que ostenta para efectuar su labor acorde con las exigencias que demanda la auditoria. La competencia profesional puede apreciarse en el conocimiento de las entidades gubernamentales y los métodos y procedimientos necesarios para la auditoria gubernamental, así como en el entrenamiento y experiencia que requiere la aplicación de tales conocimientos en el trabajo.

Cuidado Profesional.-

Significa emplear correctamente el criterio para determinar el alcance de la auditoria, y para seleccionar los métodos, procedimientos y técnicas de

auditoria que deben aplicarse. Ello pone de manifiesto la responsabilidad del auditor en cuanto a cumplir con las normas de auditoria gubernamental.

Confidencialidad.-

Con lleva mantener estricta reserva respecto al proceso y los resultados de la auditoria, no revelando los hechos, datos y situaciones que sena de conocimiento del auditor por el ejercicio de su actividad profesional. Solo podrá acceder a la información relacionada con el examen, el personal vinculado directamente con la dirección y ejecución del trabajo de auditoria

Control de Calidad

El conjunto de políticas y procedimientos, así como recursos técnicos especializados para cerciorarse que las auditorias se realizan de acuerdo con los objetivos, políticas, normas y procedimientos de auditoria gubernamental.

Control Interno

Es un proceso continuo realizado por la dirección, gerencia y otros empleados de la entidad, para proporcionar seguridad razonable, respecto a sí están lográndose los objetivos siguientes:

- 1 Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y, la calidad en los servicios.
- 2 Proteger y conservar los recursos públicos contra cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidad o acto ilegal;
- 3 Cumplir las leyes y otras normas gubernamentales; y,
- 4 Elaborar información financiera válida y confiable, presentada con oportunidad.

Código de Ética.-

Constituye un grupo de reglas heterónomas, es decir, son obligatorias en función del vínculo jurídico que las une; sin embargo, este conjunto de normas sólo son guías mínimas de orientación, puesto que el deber concreto en situaciones particulares que afronta cada auditor gubernamental, reside en los principios generales de los propios códigos y en los principios de la ética inscritos al interior del hombre.

Actos ilegales .-

Los actos ilegales se refieren a infracciones a las leyes o reglamentos gubernamentales cometidas por las entidades. Los actos ilegales son atribuibles a la entidad, cuyos estados financieros son objeto de auditoria, o actos cometidos por la gerencia o los empleados que la representen. Tales actos pueden involucrar la manipulación, la falsificación o la modificación de los registros o documentos, la malversación de activos, la eliminación u omisión de los efectos de las transacciones en los registros o documentos, el registro de transacciones sin sustento o la aplicación errónea de normas contables.

Ambiente de Control Interno.-

Significa la actitud global, la conciencia y acciones de los directores y la administración, respecto del sistema de control interno y su importancia en la entidad. Un ambiente de control fuerte, por ejemplo, uno con controles presupuestales estrictos y una función de auditoria interna efectiva, puede complementar en forma muy importante los procedimientos de control; sin embargo, un ambiente de control fuerte no asegura, por si mismo, la efectividad del sistema de control interno.

(8) CONTROL GUBERNAMENTAL:

El control gubernamental consiste en la supervisión, vigilancia y verificación de los actos y resultados de la gestión pública, en atención al grado de eficiencia, eficacia, transparencia y economía en el uso y destino de los recursos y bienes del Estado, así como el cumplimiento de las normas legales y de los lineamientos de política y planes de acción, evaluando los sistemas de administración, gerencia y control, con fines de su mejoramiento a través de la adopción de acciones preventivas y correctivas pertinentes.

Siendo así el control gubernamental es de carácter interno y externo y su desarrollo constituye un proceso integral y permanente.

CONTROL INTERNO:

Comprende las acciones de cautela previa, simultánea y de verificación posterior que realiza la entidad sujeta a control, con la finalidad que la gestión de sus recursos, bienes y operaciones se efectúe correcta y eficientemente. Su ejercicio es previo, simultáneo y posterior.

El control previo y simultáneo compete exclusivamente a las autoridades, funcionarios y servidores públicos de las entidades como responsabilidad propia de las funciones que le son inherentes, sobre la base de las normas que rigen las actividades de la organización y los procedimientos establecidos en sus planes, reglamentos manuales, y disposiciones institucionales, los que contiene las políticas y métodos de autorización, registro, verificación, evaluación seguridad y protección.

El control interno posterior es ejercida por los responsables superiores del servidor o funcionario ejecutor, en función del cumplimiento de las disposiciones establecidas, así como por el órgano de control institucional según sus planes y

programas anuales, evaluando y verificando los aspectos administrativos del uso de los recursos y bienes del Estado, así como la gestión y ejecución llevadas a cabo, en relación con las metas trazadas y resultados obtenidos.

Es responsabilidad del Titular de la entidad fomentar y supervisar el funcionamiento y confiabilidad del control interno para la evaluación de la gestión y el efectivo ejercicio de la rendición de cuentas, propendiendo a que este contribuya con el logro de la misión y objetivos de la entidad a su cargo.

El titular de la entidad está obligado a definir las políticas institucionales en los planes y/o programas anuales que se formulen, los que serán objeto de las verificaciones a que se refiere esta ley.

CONTROL EXTERNO

Comprende el conjunto de políticas, normas, métodos y procedimientos técnicos, que compete aplicar a la Contraloría General de la República u otro órgano del sistema por encargo o designación de esta, con el objeto de supervisar, vigilar la gestión, la captación y el uso de los recursos y bienes del Estado, realizado mediante acciones de control con carácter selectivo y posterior.

De acuerdo a sus roles el control externo podrá ser preventivo o simultáneo, cuando se determine taxativamente por la presente ley o por normativa expresa, sin que en ningún caso conlleve ingerencia en los procesos de dirección y gerencia a cargo de la administración de la entidad o interferencia en control posterior que corresponda.

Para su ejercicio, se aplicarán sistemas de control de legalidad, de gestión, financiero, de resultados, de evaluación de control interno y la materia de control, pudiendo realizarse en forma individual o combinada. Asimismo

podrá llevarse a acabo inspecciones y verificaciones, así como las diligencias, estudios e investigaciones necesarias para fines de control.

AUDITORIA

Definición: Examen, revisión metodológica de situaciones que concluyen en informes detallados de los hallazgos efectuados por los responsables del análisis.

En el medio financiero se entiende como el examen de libros de cuentas, su verificación, con el fin de rendir informes sobre la situación empresarial

AUDITORIA EN SALUD

Definición: involucra el concepto anterior, pero enfocado al proceso de atención de salud y quienes participan en él.

(Hace referencia al documento básico-historia clínica- procedimientos y diagnósticos, enmarcados por la norma medica vigente)

CAPITULO III

3.0 CONTROL INTERNO EN LA GESTION ASISTENCIAL EN SALUD Y SU IMPORTANCIA

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL DEL SISTEMA NACIONAL DE CONTROL LEY N° 27785

Propender al apropiado, oportuno y efectivo ejercicio del control gubernamental para prevenir y verificar, mediante la aplicación de principios, sistemas y procedimientos técnicos, la correcta eficiente y transparente utilización y gestión de los recursos y bienes del estado, el desarrollo honesto y probo de las funciones y actos de las autoridades, funcionarios y servidores públicos, así como el cumplimiento de metas y resultados obtenidos por las instituciones sujetas a control, con la finalidad de contribuir y orientar el mejoramiento de sus actividades y servicios en beneficio de la Nación y usuarios.

3.2 APLICABILIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL

Esta norma es aplicable a todas las entidades sujetas a control por el sistema, independientemente del régimen legal o fuente de financiamiento, los que esté comprendidos como:

- a. El gobierno central, sus entidades y órganos que bajo cualquier

denominación, formen parte del poder ejecutivo, incluyendo las fuerzas armadas y policía nacional y sus respectivas instituciones.

- b. Los gobiernos regionales y locales e instituciones y empresas pertenecientes a los mismos, por los recursos y bienes materia de su participación accionaría.
- c. Las unidades administrativas del poder legislativo, poder judicial y del ministerio público.
- d. Los organismos autónomos creados por la constitución política del Estado y por ley, e instituciones y personas de derecho público.
- e. Los organismos reguladores de los servicios públicos y las entidades a cargo de supervisar el cumplimiento de los compromisos de inversión provenientes de contratos de privatización.
- f. Las empresas del Estado, así como aquellas empresas en las que éste participe en el accionariado, cualquiera sea la forma societaria que adopte por los recursos y bienes materia de dicha participación.
- g. Las entidades privadas, las entidades no gubernamentales y las entidades internacionales, exclusivamente por los recursos y bienes del Estado que perciban o administran.

3.3 PRINCIPIOS DE CONTROL GUBERNAMENTAL

- a. La universalidad, es la potestad de los órganos de control para efectuar, con arreglo a su competencia y atribuciones, el control sobre todas las actividades de la respectiva entidad, sus funcionarios y servidores.
- b. Carácter integral, el ejercicio del control consta de un conjunto de acciones y técnicas orientadas a evaluar de manera cabal y completa, los procesos y operaciones materia de examen en la entidad y sus beneficios

económicos y/o sociales obtenidos en relación con el gasto generado, las metas cualitativas y cuantitativas establecidas, su vinculación con políticas gubernamentales.

- c. La autonomía funcional, es la potestad de los órganos de control para organizarse y ejercer sus funciones con independencia técnica y libre de influencias. Ninguna entidad o autoridad, funcionario o servidor público pueden oponerse, inferir o dificultar el ejercicio de sus funciones y atribuciones de control.
- d. El carácter permanente, es de naturaleza continua y perdurable como instrumento de vigilancia de los procesos y operaciones de la entidad.
- e. El carácter técnico y especializado del control, sus ejercicio es de calidad, consistente y razonable.
- f. La legalidad, se sujeta a la normatividad constitucional, legal y reglamentaria aplicable a su actuación.
- g. El debido proceso de control, se practica el respeto y observancia de los derechos de las entidades y personas y sus requisitos.
- h. La eficiencia, eficacia y economía, el proceso de control logra sus objetivos bajo el criterio de calidad y optimización de recursos.
- i. La oportunidad, las acciones de control se llevan a cabo en el momento y circunstancia para cumplir sus fines.
- j. La objetividad, el control se efectúa sobre los fundamentos de hecho y derecho evitando apreciaciones subjetivas.
- k. La materialidad, la concentración del control en hechos de mayor significación económica o relevancia en la entidad examinada.

- l. El carácter selectivo, la muestra debe orientar a las áreas de mayor riesgo contra la probidad administrativa.
- m. La presunción de licitud, los funcionarios, autoridades y servidores de las entidades han actuado con arreglo a las normas legales y administrativas pertinentes, salvo prueba en contrario.
- n. El acceso a la información, potestad de requerir, conocer y examinar toda la información y documentación sobre las operaciones de la entidad, aunque sea secreta, necesaria para su información.
- o. La reserva, es la prohibición durante la ejecución del control la revelación de información que pueda acusar daños a la entidad a su personal o dificulte la tarea del sistema.
- p. La continuidad de las actividades o funcionamiento de la entidad al efectuar una acción de control.
- q. La publicidad, la difusión oportuna de los resultados de las acciones de control por los órganos de control, mediante el mecanismo que fije la CGR.
- r. La participación ciudadana, se busca a contribución de la ciudadanía en el control gubernamental.

La flexibilidad, se debe buscar el logro de las metas propuestas, Obviando formalismos, ni aspectos no relevantes en el informe final.

Los funcionarios delegados por la administración para coordinar las acciones de Auditoria están viendo recargados sus escritorios con multitud de quejas y reclamos propios de oficinas que atienden publico y que en muchas ocasiones no son competencia del profesional que debe analizar procesos de

atención, por lo tanto los casos remitidos de las direcciones deben ser juiciosamente seleccionados para NO desmeritar actividades que requieren un óptimo nivel de estudio y análisis.

Una reflexión simplista al respecto quizá nos coloque en una posición acorde, sin embargo, al criterio profesional y los objetivos que se persigan al elaborar el análisis de un proceso enmarcado en un ambiente académico, digno de un profesional de la salud, de inmediato nos aparta del criterio antes anotado, la capacidad del técnico, su ética personal y los niveles institucionales hacen que los procedimientos utilizados y que veremos posteriormente permitan a los Auditores de Servicios de Salud colocarse en un altísimo nivel dentro de la estructura administrativa y disciplinaria de las instituciones dándoles el prestigio personal y académico suficiente para desarrollar profesionalmente sus labores.

Si bien la función básica de los profesionales en esta área no se debe reducir al análisis del proceso, sí es necesario que un buen tiempo de los pasos iniciales se dediquen a la observación minuciosa de los registros básicos fundamentales en la obtención de datos que lleven a una justa y equitativa solución.

Estas etapas pueden ser delegadas en personal bien adiestrado y entonces los médicos, odontólogos, enfermeras y otro personal pueden dedicarse al análisis técnico de la atención en su especialidad dentro o fuera del comité de auditoría.

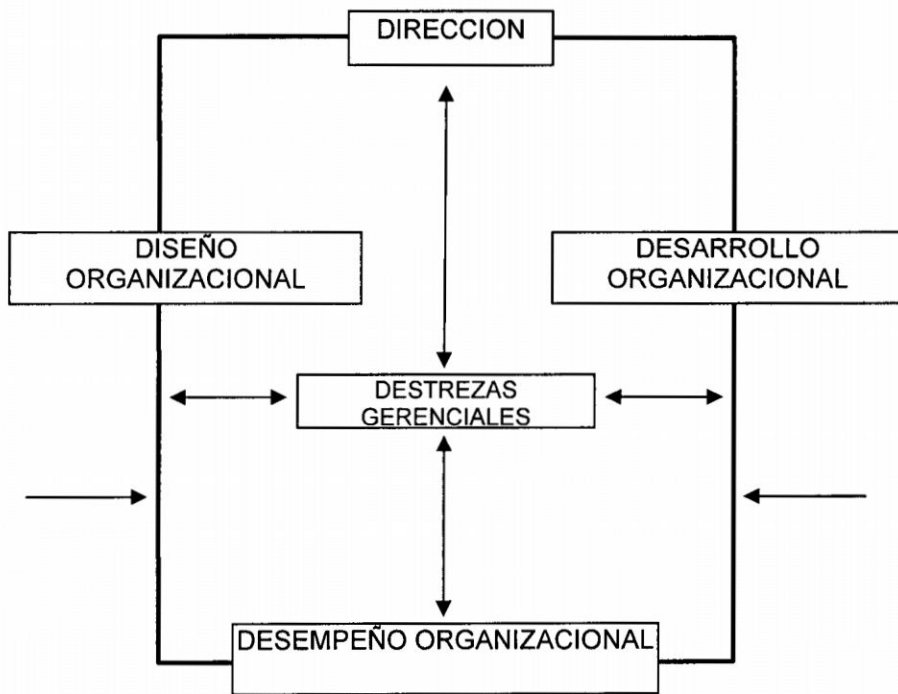
3.4 ALCANCE DEL CONTROL INTERNO.

Personal involucrado

- Médicos
- Enfermeras

- Odontólogos
 - Terapeutas
 - Laboratorios
 - Nutrición
 - Optometría
 - Instrumentos
- Otros servicios

ANÁLISIS ORGANIZACIONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD



Benchmarking

3.5 PROCEDIMIENTOS BASICOS DE AUDITORIA EN LA GESTION ASISTENCIAL EN SALUD

¿Cuál es el marco conceptual de la Auditoria en Salud? En términos generales el marco conceptual se refiere a garantizar el fin último de los procedimientos ejecutados para llegar a un propósito del tema; para el caso de la Auditoria su fin último sería el de conocer qué le sucedió al paciente durante los diferentes períodos y respectivos procedimientos efectuados en el proceso de atención, cómo se le brindó, por quiénes y en qué instancias, con qué respuesta y a qué costo, para finalmente conocer el resultado de estos en función de la evolución del sujeto, la cual condiciona el egreso como recuperado, rehabilitado o muerto.

Procesos de Medición de Resultados:

1. ¿Qué le sucedió al paciente?
2. ¿Cómo se le brindo la atención?
3. ¿Cuál fue el resultado?

◊ Muerto

◊ Recuperado

◊ Rehabilitado

El procedimiento mencionado permite un control de la calidad de la atención que para llegar a su objetivo principal, la recuperación del enfermo, debe llenar una serie de requisitos como se describe a continuación: Debe ser

oportuna en términos de que de inmediato y en el momento indicado se le preste al enfermo la ayuda adecuada por el personal apropiado y con la estructura necesaria. Debe ser suficiente, es decir que utilicen todos los cuidados que requiera la patología en la cantidad suficiente y con las ayudas técnicas apropiadas. Debe ser integral para que permita el manejo adecuado de equipo específico para el caso y con el recurso humano correspondiente. Debe ser continua o sea que el proceso no presente obstáculo que interfiera el cuidado y recursos programados y finalmente, que este ajustada a una lógica científica, quiere decir esto que el proceso de atención esté estrechamente ajustado a la norma técnica vigente o dentro de alternativas condicionadas por el recurso, pero que mantengan una lógica de tratamiento consecuente con el fin ultimo.

Proceso de medición de la Calidad en Salud:

Proceso de atención Médica (Características)	Oportunidad Suficiencia Continuidad Integralidad
--	---

La Auditoria en Salud como Herramienta para evaluar la calidad del proceso de atención en salud.

Se define como calidad en salud aquel proceso mediante el cual se brinda al paciente los elementos necesarios para garantizar la recuperación total o parcial de su enfermedad a través de un equipo de profesionales que labora dentro de una institución técnicamente adecuada para tal fin.

Como se puede deducir, no solamente es el personal humano el responsable de tal actividad, sino que hay una serie de elementos de orden administrativo y estructural que permiten llevar a feliz término el servicio como: debe existir una infraestructura especializada en cada una de estas actividades que permita la integración de los grupos mencionados anteriormente con una misión definida.

La interacción de estos grupos alrededor de la persona afectada por la enfermedad facilita los procesos de recuperación, reduciendo costos institucionales en todos los aspectos y permitiendo cada día entregar una mejor atención en función de calidad y de satisfacción del cliente.

Es por esta razón que la evaluación del proceso a través de los mecanismos de auditoría siempre deben tener en cuenta el análisis y la observación detenida de cada uno de los espacios dentro de los cuales se presta la atención de salud, ya que las fallas en determinado subproceso determinan retrasos o errores en la recuperación del paciente de los cuales muchas veces, no es responsable el personal humano, sino el sistema dentro del cual se presta la atención.

Existe interrelación entre algunos de los factores que permiten un manejo racional y técnico en la atención del enfermo y que dejan ver la necesidad de integrar el equipo institucional alrededor del paciente lo cual lleva a producir un impacto en la recuperación de su salud.

Existen tres factores que permiten los logros:

1. El recurso humano como tal,
2. Los aspectos de tipo administrativo que involucran directamente el accionar del personal que brinda la atención, y

3. Los espacios físicos en los cuales se desempeñan tanto los prestadores del servicio como el cliente, en términos de satisfacción del mismo.

Cada uno de estos merece especial atención en su desarrollo, que deberá estar adecuado según los niveles de complejidad, su carácter oficial o privado, el medio en que se desarrollan las actividades y los reglamentos institucionales que rigen su común accionar.

De la integración racional y bien coordinada de los ítems mencionados anteriormente, se deriva la bondad del manejo del proceso de atención de salud prestada al paciente que como se dijo anteriormente irá a repercutir en la recuperación de su salud, y como muestra tenemos:



Gerencia Departamental de
Ayacucho

EVALUACION DE METAS DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES

HOSPITAL II HUAMANGA

ASEGURADOS

AÑO 2004

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	META APROBADA	META EJECUTADA	AVANCE %
CONSULTA EXTERNA				
Consulta Médica	Consulta	100,000	75,937	76%
Chequeo Médico	Cheq. Term.	1,800	1,215	68%
Control de Enfermería	Control	19,090	16,728	88%
Control de Obstetriz	Control	25,000	20,156	81%
Control de Nutrición	Control	3,000	3,210	107%

Atención Psicológica	Atención	9,600	8,466	88%
Control de Trabajo Social	Control	13,750	14,652	107%
Atención Odontológica	Sesión	19,000	19,543	103%
Atención de Fisioterapeuta	Sesión	6,000	5,810	97%
HOSPITALIZACION				
Pac. Día en Hospitalización General	Pac-Día	11,000	11,533	105%
Pac. Día en Hospitalización (UVI)	Pac-Día	550	255	46%
DIALISIS				
Diálisis Peritoneal	Diálisis	2,880	2,711	94%
AREAS CRITICAS				
At. de Emergencia Prioridad II (Emerg.)	Atención	900	808	90%
At. de Emergencia Prioridad III (Urg.)	Atención	9,000	9,818	109%
At. de Emergencia Prioridad VI (No Urg./No Emerg.)	Atención	1,200	3,102	259%
Sala de Observación <= 24 horas	Pac-Día	180	1,218	677%
Sala de Observación > 24 horas	Pac-Día	472	153	32%
DIAGNÓSTICOS RESUELTOS				
Atención del Parto Vaginal	Parto	450	491	109%
Atención de Parto Abdominal (Cesárea)	Parto	67	130	194%
INTERVENCIONES QUIRURGICAS				
Cirugía Mayor de Alta Complejidad (A)	I. Qx.	0	23	0%
Cirugía Mayor de Mediana Complejidad (B)	I. Qx.	315	223	71%
Cirugía Mayor de Baja Complejidad (C)	I. Qx.	750	659	88%
Cirugía Menor de Alto Requerimiento (D)	I. Qx.	600	551	92%
PROCEDIMIENTOS				

Electrocardiograma	Proced.	3,600	3,094	86%
Ecocardiografía Transtoraxico	Proced.	50	51	102%
Endoscopía Digestiva Diagnóstica	Proced.	800	701	88%
Atención de tópicos	Proced.	18,000	19,456	108%
Enyesado (Consulta Externa)	Proced.	400	340	85%
OTROS SERVICIOS DE SALUD				
Visita Domiciliaria	Visita	1,400	986	70%
Educación Grupal	Sesión	1,500	1,303	87%
Psicoprofilaxis	Sesión	500	377	75%
APOYO AL DIAGNOSTICO				
Análisis de Patología Clínica				
Análisis Hematológicos	Análisis	40,000	40,028	100%
Análisis Bioquímicos	Análisis	68,000	68,263	100%
Análisis Microbiológicos	Análisis	25,000	20,194	81%
Análisis de Inmunología	Análisis	12,000	13,463	112%
Banco de Sangre: Medicina Transfusional				
Análisis Básicos	Análisis	450	456	101%
Pruebas de Tamizaje	Pruebas	1,200	1,216	101%
Diagnósticos por imágenes				
Exámenes Simples	Examen	7,400	5,452	74%
Exámenes Contrastados	Examen	300	312	104%
Ecografía	Examen	10,500	10,084	96%
PROG. ATENC. DOMICILIARIA				
PADOMI General	Atención	3,000	1,435	48%

PADOMI Especializado	Atención	66	22	0%
Visita Fisioterapéutica	Visita	0	0	0%
Visita Enfermería	Visita	3,600	3,342	93%
TOTAL		423,370	387,967	92%

3.6 IMPORTANCIA DEL CONTROL INTERNO EN LA GESTION ASISTENCIAL.

- 1 Los diversos procesos e atención al paciente es una falta determinante para la recuperación de los mismos.
- 2 Los medicamentos suministrados son en su mayoría de procedencia genéricos, causando la demora en la recuperación.
- 3 La infraestructura en la que se atiende son inadecuados y reducidos, dando lugar a hacinamiento.
- 4 El trato por parte de los profesionales de la salud al no atienden en su oportunidad originando espera por parte de los pacientes.
- 5 Asimismo el trato del personal técnico dejan mucho que desear, impidiendo la atención inmediata creando malestar en la población asegurada...

Estos factores deben ser supervisados, confrontados por un órgano de control institucional.

Las deficiencias de atención como hallazgos o debilidades en gestión deben ser corregidos con la debida recomendación del órgano de control institucional.

La participación del Órgano de Control Institucional en cierto modo es un instrumento de gestión que frena y colabora en una buena gestión, básicamente cuando su intervención es oportuna y concurrente.

El OCI de todas maneras constituye un medio de control concurrente y posterior a través de sus informes oportunos con determinación de responsabilidades administrativas, civiles y penales inclusive.

Órgano de Auditoría Interna.- Es un órgano que conforma el Sistema Nacional de Control y tiene por finalidad contribuir al establecimiento de un sistema de control eficiente y eficaz, verificando que las operaciones de ESSALUD se efectúen en concordancia con las normas y procedimientos vigentes, formulando recomendaciones oportunas para su óptimo desarrollo. Debiendo realizarse una compulsa de gestión y una auditoría de gestión al año.

Dicho órgano de auditoría interna de ESSALUD, esta a cargo de un jefe de oficina con rango de Gerente Central.

CAPITULO IV

4.0 ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

4.1 INADECUADO SISTEMA DE CONTROL INTERNO ACTUAL EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES DE ASEGURADOS

4.1.1 INFRAESTRUCTURA NO ADECUADA EN RELACION A LA POBLACION ASEGURADA

A fin de tener los indicadores elementales, para evaluar el servicio de la Gerencia Departamental Ayacucho, se dispone algunas fuentes de información. Con respecto a la población asegurada por distritos y provincias del Departamento, como la infraestructura de los centro hospitalarios: hospitales y postas con sus respectivos áreas de atención

INFRAESTRUCTURA DE ESSALUD AYACUCHO

Cuadro N° 01

CENTROS	NIVEL	CAMAS	CONSULT. FISICO	CONSULT. FUNCION.	CONSULT. ODONTOL	SALA DE PARTOS	SALA DE OPERAC.
HUAMANGA	II	30	5	14	2	1	2
HUAMANGA	POSTA	0	1	2	1	0	0
HUANTA	POSTA	0	2	2	1	1	0
SAN MIGUEL	POSTA	0	1	2	1	0	0
CANGALLO	POSTA	0	1	2	1	0	0
VILCASHUAM.	POSTA	0	1	2	0	0	0
SAN FCO.	POSTA	0	1	2	0	0	0

**POBLACION ASEGURADA POR PROVINCIAS; DISTRITOS Y POR GRUPO ETAREO
 PROYECTADO DICIEMBRE - 2004
 GERENCIA DEPARTAMENTAL DE AYACUCHO**

	Menores de 1 año		1 a 2 años		3 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 29 años		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años		60 a más		
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
PROVIN/ TOTAL	80,047	497	535	895	1,433	1,515	3,494	3,721	3,461	3,699	3,189	3,504	6,636	7,047	8,645	9,209	5,314	5,637	3,248	3,352	1,966	2,083	
HUAMANGA	59,098	378	399	664	1,085	1,153	2,509	2,684	2,483	2,646	2,262	2,409	5,085	5,414	6,172	6,544	4,020	4,259	2,458	2,514	1,576	1,672	
AYACUCHO	43,870	288	301	499	819	862	1,855	1,979	1,828	1,949	1,672	1,779	3,782	4,017	4,570	4,855	2,985	3,161	1,822	1,838	1,258	1,238	
ACOCRO	256	2	3	5	5	5	10	12	10	11	9	10	22	24	26	28	17	18	10	11	7	8	
ACOS VINCHOS	177	1	2	2	2	3	4	8	8	7	7	8	14	16	19	18	12	13	8	8	5	5	
CARMEN ALTO	2,917	19	20	33	35	58	126	134	125	132	113	121	254	271	310	328	201	213	124	131	31	84	
CHIARA	621	4	4	7	8	11	12	26	28	28	24	25	54	57	65	69	42	44	25	27	16	18	
OCROS	784	5	6	8	9	14	15	33	33	35	30	32	66	72	82	87	53	57	33	35	21	22	
PACAYCASA	259	2	2	3	5	5	11	11	11	11	9	10	23	24	28	28	19	19	10	11	7	8	
QUINUA	623	4	5	7	9	11	12	26	28	26	24	25	54	57	65	69	42	45	25	27	17	18	
SAN JOSE DE TICLLAS	154	1	1	2	2	3	6	7	6	7	6	7	13	14	16	17	10	11	7	7	4	5	
SAN JUAN BAUTISTA	5,028	38	41	68	72	110	117	257	273	253	230	245	518	551	629	667	410	434	250	266	160	170	
SANTIAGO DE PISCHA	107	1	1	1	1	2	2	5	4	5	4	5	9	9	11	11	8	7	5	5	3	3	
SOCOS	343	2	2	4	4	7	15	16	14	15	13	14	29	31	36	38	24	25	14	15	9	9	
TAMBILLO	290	2	2	3	4	6	12	14	12	13	11	11	25	26	30	32	20	21	12	12	8	8	
VINCHOS	206	1	1	2	3	4	8	8	8	10	8	8	18	19	22	23	14	15	8	9	6	6	
JESUS NAZARENO	2,463	8	9	20	24	31	42	111	123	118	127	109	224	226	264	274	164	176	105	112	24	24	
CANGALLO	2,165	6	8	14	15	20	23	74	82	95	69	81	186	209	304	343	138	156	91	90	40	43	
CANGALLO	826	2	3	4	4	7	8	30	31	36	27	32	72	83	114	130	53	59	32	35	16	17	
CHUSCHI	342	1	2	2	3	3	10	12	13	15	10	13	30	32	49	55	21	25	15	14	6	6	
LOS MOROCHUCOS	385	1	1	3	2	4	3	13	14	17	12	15	34	37	54	60	24	29	17	16	8	7	
MARIA PARADO DE BELL	193	0	0	1	2	3	6	6	8	8	6	6	17	18	27	30	12	14	9	8	3	4	
PARAS	208	1	1	2	2	1	3	7	6	7	7	7	17	19	30	34	13	15	10	9	4	3	
TOTOS	211	1	1	2	2	2	3	8	7	9	7	8	16	20	30	34	15	14	8	8	3	4	
HUANCASANCOS	1,088	6	8	16	17	22	25	64	73	70	42	47	49	54	130	144	68	75	41	46	10	13	
SANCOS	559	2	4	7	8	12	13	33	37	36	40	22	24	25	28	66	73	34	37	21	24	6	7
CARAPO	189	1	2	3	4	5	4	10	13	12	13	7	9	9	22	25	12	13	7	7	1	3	
SACSAMARCA	146	2	1	3	2	1	4	9	10	9	6	6	6	7	18	19	9	10	6	6	1	1	
SANTIAGO DE LUCANAM	204	1	1	3	3	4	4	12	13	13	15	7	10	10	24	24	27	13	15	7	9	2	
HUANTA	8,036	43	50	100	102	159	165	379	397	382	405	358	589	620	864	912	517	545	316	337	201	214	
HUANTA	5,890	32	33	72	75	116	122	276	292	277	293	284	277	429	632	672	379	404	234	248	149	159	
AYAHUANCO	195	2	2	4	3	4	3	9	10	9	10	9	9	14	21	22	12	13	7	9	4	6	
HUAMAGUILLA	306	1	2	4	4	6	7	14	16	14	13	14	23	23	33	33	20	22	11	13	7	9	
IGUAIN	145	1	2	2	1	3	3	7	7	7	6	7	10	11	16	16	9	10	6	6	4	4	
SIVIA	893	5	7	11	12	19	17	45	43	46	47	39	46	68	70	97	99	57	55	33	36	21	
LURICOCHA	218	1	3	4	4	3	4	10	10	10	10	10	16	17	23	24	14	14	9	9	6	6	
SANTILLANA	389	1	2	4	4	7	9	18	19	19	20	17	18	29	30	42	45	26	27	16	10	10	
LA MAR	3,222	15	14	32	30	52	48	150	138	142	129	160	147	324	298	432	399	186	123	115	45	42	
SAN MIGUEL	776	4	3	8	7	12	11	36	34	33	31	40	36	78	72	105	96	48	44	29	27	10	
ANCO	129	1	1	2	2	2	2	6	5	6	4	7	5	13	11	17	16	8	8	5	2		
CHILCAS	47	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2	2	2	5	4	6	6	3	3	2	2	1	
CHUNGUI	106	0	0	1	2	2	2	5	4	5	4	5	5	11	10	14	13	7	6	4	4		
LUIS CARRANZA	49	0	0	0	0	1	1	2	2	2	2	2	2	5	5	7	6	3	2	2	2		
TAMBO	485	2	2	5	5	8	7	22	21	22	19	24	22	49	45	65	60	30	28	19	17	7	

POBLACION ASEGURADA POR PROVINCIAS; DISTRITOS Y POR GRUPO ETAREO
PROYECTADO DICIEMBRE - 2004
GERENCIA DEPARTAMENTAL DE AYACUCHO

	Menores de 1 año		1 a 2 años		3 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 29 años		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años		60 a más	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
AYNA	1,145	6	5	11	10	17	53	49	51	47	56	52	115	106	153	142	72	66	44	41	16	15
SANTA ROSA	485	2	3	5	5	7	22	21	20	24	23	24	48	45	65	60	30	28	18	17	7	6
SUCRE	1,852	27	29	34	38	49	95	99	64	68	37	38	104	116	282	312	107	110	65	71	30	30
QUEROBAMBA	861	8	11	13	15	23	46	48	30	33	13	15	51	53	137	152	51	53	30	30	13	13
BELEN	58	1	1	1	1	2	3	3	2	3	1	1	2	4	8	9	3	4	3	3	1	1
CHALCOS	85	2	1	3	2	3	4	5	3	2	2	3	5	5	13	11	5	4	3	3	2	2
CHILCAYOC	48	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	3	3	3	7	6	3	2	1	3	1	1
HUACAÑA	61	1	2	1	2	1	3	3	2	3	2	1	4	4	8	11	3	1	3	2	1	1
MORCOLLA	188	3	3	3	3	4	9	10	5	8	3	3	10	13	28	33	10	10	8	8	5	5
PAICO	112	3	3	3	3	2	5	5	3	4	3	3	5	8	16	19	7	8	4	5	1	1
SAN PEDRO DE LARCAY	76	1	1	1	1	3	2	5	4	3	2	2	4	4	11	12	5	5	2	2	1	1
SAN SALVADOR DE QUIJ	170	3	3	3	3	5	8	10	5	5	3	3	10	10	26	29	10	10	5	8	3	3
SANTIAGO DE PAUCARA	86	1	2	2	2	2	5	5	3	3	3	3	5	5	14	13	5	5	3	2	1	1
SORAS	107	3	2	3	3	2	3	5	5	4	3	3	5	7	14	17	5	5	3	5	1	1
VICTOR FAJARDO	2,617	15	17	22	21	26	30	135	154	143	169	200	156	180	252	293	159	183	96	114	37	47
HUANGAPI	1,055	3	3	7	8	11	14	56	62	58	70	80	64	73	102	116	65	73	39	47	16	19
ALCAMENCA	134	1	1	2	1	2	1	7	8	7	8	11	8	10	12	15	8	9	5	6	1	3
AFONGO	163	1	2	2	1	1	1	8	9	11	10	12	9	11	16	19	9	12	7	7	3	3
ASQUIPATA	70	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	5	4	4	7	7	4	5	3	3	1	1
CANARIA	223	1	1	1	1	3	3	11	14	12	15	17	14	15	21	25	14	16	7	9	3	4
CAYARA	131	2	2	1	2	1	1	7	8	7	8	9	8	9	12	15	8	9	5	5	1	3
COLCA	169	1	1	1	1	1	3	8	9	11	11	14	9	12	16	19	11	12	7	7	3	3
HUAMANQUIQUIA	142	1	1	2	1	1	1	7	8	9	9	11	8	9	14	16	8	11	5	8	3	3
HUANCARAYLLA	149	1	2	1	1	1	1	8	9	7	9	12	9	11	15	16	9	11	4	7	3	3
HUAYA	130	1	1	2	1	2	1	7	8	7	8	9	8	9	12	15	8	9	5	5	1	3
SARHUA	135	1	1	1	1	2	1	7	8	8	9	11	8	9	14	15	8	9	5	5	1	1
VILCANCHOS	116	1	1	1	1	1	1	5	7	7	8	9	7	8	11	14	7	7	4	5	1	3
VILCASHUAMAN	1,959	7	10	13	22	22	22	86	98	95	110	201	143	156	209	262	104	123	56	65	27	32
VILCASHUAMAN	1,300	2	4	8	12	13	14	59	65	74	62	136	96	103	140	175	69	82	39	43	17	22
ACCOMARCA	49	0	1	1	1	1	1	2	2	3	2	5	3	4	5	6	2	3	1	2	1	1
CARHUANCA	55	1	1	0	2	1	1	3	3	2	3	5	4	4	5	7	3	3	1	2	1	1
CONCEPCION	73	1	1	0	1	2	1	3	4	3	4	7	5	6	10	4	4	4	2	2	1	1
HUAMBALPA	89	0	0	1	2	1	1	4	4	5	5	9	6	7	9	12	5	6	3	3	1	1
INDEPENDENCIA	122	1	1	1	1	1	1	5	6	6	7	12	9	10	13	16	6	8	4	4	2	2
SAURAMA	74	1	1	1	1	1	1	3	4	3	5	3	7	5	8	10	4	4	2	2	1	1
VISCHONGO	197	1	1	1	2	2	2	9	10	9	9	20	15	16	21	26	11	13	6	7	3	3

**POBLACION ASEGURADA POR PROVINCIAS; DISTRITOS Y POR GRUPO ETAREO
 PROYECTADO DICIEMBRE - 2004
 GERENCIA DEPARTAMENTAL DE AYACUCHO**

	Menores de 1 año		1 a 2 años		3 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 29 años		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años		60 a más		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
PROV./ TOTAL	80,047	497	535	895	957	1,433	1,515	3,494	3,721	3,461	3,699	3,189	3,504	6,636	7,047	8,645	9,209	5,314	5,637	3,248	3,352	1,966	2,093
HUAMANGA	59,098	378	399	664	712	1,085	1,153	2,509	2,684	2,483	2,646	2,262	2,409	5,085	5,414	6,172	6,544	4,020	4,259	2,458	2,514	1,576	1,672
CANGALLO	2,165	6	8	14	15	20	23	74	78	82	95	69	81	186	209	304	343	138	156	91	90	40	43
HUANCASANCOS	1,098	6	8	16	17	22	25	64	73	70	78	42	47	49	54	130	144	68	75	41	46	10	13
HUANTA	8,036	43	50	100	102	159	165	379	397	382	405	358	381	589	620	864	912	517	545	316	337	201	214
LA MAR	3,222	15	14	32	30	52	48	150	138	142	129	160	147	324	298	432	399	201	186	123	115	45	42
SUCRE	1,852	27	29	34	38	47	49	95	99	64	68	37	38	104	116	282	312	107	110	65	71	30	30
VICTOR FAJARDO	2,617	15	17	22	21	26	30	135	154	143	168	169	200	156	180	252	293	159	183	96	114	37	47
VILCASHAMAN	1,959	7	10	13	22	22	22	88	98	95	110	92	201	143	156	209	262	104	123	58	65	27	32

El cuadro indica que la comodidad y seguridad está centrado en la provincia de Huamanga y al mismo tiempo se puede observar el nivel de implementación incipiente en las provincias donde existe Infraestructura de Essalud.

4.1.2 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO ACTUAL

ESTRUCTURA ORGANICA DE ESSALUD

La Estructura Orgánica de EsSalud, es la siguiente:

ORGANOS DE DIRECCION

- Consejo Directivo
- Presidencia Ejecutiva

ORGANO DE CONTROL

- Órgano de Control Institucional

ORGANOS DE APOYO DE LA PRESIDENCIA EJECUTIVA

- Secretaría General
- Oficina de Defensa Nacional
- Gerencia de Relaciones Institucionales

ORGANO EJECUTIVO

- Gerencia General

ORGANOS DE ASESORAMIENTO DE LA GERENCIA GENERAL

- Oficina Central de Planificación y Desarrollo
- Oficina Central de Asesoría Jurídica

ORGANOS DE APOYO DE LA GERENCIA GENERAL

- Gerencia Central de Recursos Humanos

- Defensoría del Asegurado

ORGANOS DE LINEA

- Gerencia de División de Aseguramiento
- Gerencia de División de Administración y Organización
- Gerencia de División de Prestaciones

FUNCIONES Y ATRIBUCIONES DEL ORGANO DE CONTROL

Artículo 19°.- El Órgano de Auditoría Interna es el órgano de control institucional e integra funcionalmente el Sistema Nacional de Control.

Artículo 20°.- Son funciones del Órgano de Auditoría Interna:

- a) Formular y proponer a la Presidencia Ejecutiva, los lineamientos de política del sistema de control de la Institución, en concordancia con los establecidos por la Contraloría General de la República, en su calidad de Órgano Rector del Sistema Nacional de Control.
- b) Asesorar a la Presidencia Ejecutiva en los aspectos relacionados al control gubernamental, de conformidad con las normas y procedimientos establecidos por el Órgano Rector del Sistema Nacional de Control.
- c) Formular, ejecutar y evaluar el Plan Anual de Auditoría de EsSalud en cada ejercicio económico.
- d) Planificar, ejecutar y evaluar las Acciones de Control programadas en el Plan Anual de Auditoría, así como otras Acciones no programadas, en los Órganos Centrales y Órganos Desconcentrados del EsSalud.

- e) Coordinar con la Defensoría del Asegurado las investigaciones pertinentes en atención a las denuncias, reclamos y quejas que se presenten contra los funcionarios y servidores de la Institución, dentro del ámbito de su competencia.
- f) Formular los Informes de Auditoría y Reportes y demás documentos, que contienen los resultados de las Acciones de Control y las recomendaciones a los niveles de dirección pertinentes para optimizar la gestión institucional.
- g) Formular los Informes sobre la verificación y seguimiento de medidas correctivas, dispuestas por los funcionarios responsables de superar e implantar en forma integral las Observaciones y Recomendaciones formuladas en los Informes de Auditoría y demás reportes pertinentes, emitidos por la Contraloría General de la República, las Sociedades de Auditoría Externa y el propio Órgano de Auditoría Interna.
- h) Efectuar las coordinaciones respectivas con la Sociedad de Auditoría Externa designada por la Contraloría General de la República o contratada conforme al Reglamento de Designación de Sociedades de Auditoría, para examinar los Estados Financieros y el Balance General, correspondientes a cada ejercicio económico, cautelando el cumplimiento de los términos y condiciones establecidas en el contrato que para tal efecto se suscriba con la Institución.
- i) Administrar los recursos humanos, materiales, presupuestales y de capacitación que le sean asignados, coordinando las acciones que correspondan con las instancias pertinentes.
- j) Formular la Memoria Anual del Órgano de Auditoría Interna.
- k) Realizar otras funciones, que le sean asignadas en el ámbito de su competencia, por la Presidencia Ejecutiva o la Contraloría General de la República.

Gerencia Departamental de Ayacucho

Órgano de Dirección

GERENCIA DEPARTAMENTAL		
Gerente	1	
Asistente de Gerencia	1	
Relacionista Público	1	
Especialista en Capacitación	1	
Secretaria Técnica	1	
Secretaria	1	6

Órganos de Asesoría

UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS		
Jefe Administrativo IV	1	
Abogado	1	2
UNIDAD DE DESARROLLO		
Jefe Administrativo IV	1	
Profesional	1	
Técnico Administrativo	1	3

Órganos De Apoyo

DIVISION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS		
Jefe Administrativo IV	1	
Secretaria	1	
Técnico Administrativo	1	3
UNIDAD DE PERSONAL		
Jefe Administrativo III	1	
Técnico Administrativo	2	3
UNIDAD DE FINANZAS		
Jefe Administrativo III	1	
Tesorero	1	
Contador	1	
Técnico Administrativo	1	
Técnico en Contabilidad	1	5
UNIDAD DE LOGISTICA Y SERVICIOS		
Jefe Administrativo III	1	

Técnico Administrativo	2	
Auxiliar Administrativo	1	4
UNIDAD DE INFORMATICA		
Jefe Administrativo III	1	
Técnico Informático	1	2

Órganos De Línea

SUB GERENCIA DE RECAUDACION Y MERCADEO		
Sub Gerente	1	
Ejecutor Coactivo	1	
Secretaria	1	
Técnico Administrativo	2	5
OFICINA SUCURSAL		
Jefe Administrativo II	1	
Técnico Administrativo	2	
UNIDAD DE PRESTACIONES SOCIALES		
Jefe Administrativo III	1	
Promotor Social	2	3
SUB GERENCIA DE PRODUCCION DE SERVICIOS DE SALUD		
Sub Gerente	1	
Secretaria	1	
Técnico Administrativo	1	3
DIVISION DE COORDINACION Y SEGUIMIENTO		
Jefe Administrativo IV	1	
Químico Farmacéutico	1	
Médico	1	
Enfermera	1	
Técnico Administrativo	1	5
POSTA MEDICA		
Médico General	1	
Enfermera General	1	
Obstetriz	1	
Cirujano Dentista	1	
Técnico en Enfermería	1	
Auxiliar Asistencial	1	6

ANALISIS DE LAS NECESIDADES Y DEMANDA DE SALUD

La salud como necesidad, es parte de las llamadas “necesidades básicas”, es decir, aquellas que para satisfacerlas requieren un conjunto de bienes, servicios y valores a fin de lograr lo que se conoce como “bienestar” o “bienestar social”.

En general estas necesidades pueden ser de dos tipos: “necesidades sentidas” y “necesidades no sentidas”. Las necesidades de salud pueden ser del primer tipo, como es el caso de una enfermedad declarada o un daño por accidente. En cambio, una enfermedad en proceso o no percibida por factores culturales corresponden a las del segundo tipo; este es el campo de la prevención y la promoción de la salud.

Las necesidades sentidas pueden convertirse en demanda o no, hacerlo donde la demanda atendida está constituida por la población que busca y recibe atención por medio de una amplia gama de prestadores de salud que se pueden agrupar en Instituciones o no Instituciones.

La demanda no atendida, es un concepto muy cercano al de “no demanda”, con la diferencia de que se refiere al individuo que decide atenderse, pero no lo logra por factores tales como la inadecuada calidad o mala distribución de los servicios.

ANALISIS DE LA CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

Durante el mes de diciembre de 2004, procedimos a recopilar información a través de tres encuestas a fin de obtener una percepción de la muestra en calidad de fuente primaria y con objeto de medir la calidad de servicios de salud, impartidos a través de los diversos Centros Asistenciales Administrados por Essalud, en las áreas de Consultorio Externo, Hospitalización y Emergencia, así mismo se realizaron entrevistas directas a los trabajadores,

con el objeto de medir el grado de satisfacción de los trabajadores de Essalud, en relación a diversos aspectos de su entorno laboral, y medir la apreciación que tienen los funcionarios y ejecutivos sobre el futuro institucional.

Para el caso de los usuarios que hicieron uso de los servicios del Hospital tipo C – Huamanga, se aplicaron un total de 150 encuestas, (en las tres áreas), para el caso de trabajadores se entrevistó un promedio de 20 directivos y 2 funcionarios.

1. CALIFICACION DE LOS SERVICIOS:

El usuario externo procede a la calificación cualitativa y algunas mediciones cuantitativas, para el caso de las mediciones cualitativas se utilizan 5 rangos, y con el objeto de tener un parámetro de medición real se relacionará con la medición SERVQUAL, que propone una escala de 0 a 20, los mismos que serán agrupados por rangos, quedando de la siguiente manera (no son excluyentes).

MODELO DE CALIFICACION

CALIFICACION CUALITATIVA	NOTA (SERVQUAL)
MUY MALO	0 - 5
MALO	6 - 10
REGULAR	11 - 15
BIEN	16 - 17
MUY BIEN	18 - 20

Dentro de la encuesta se tomó los servicios que brinda EsSalud:

- a. Admisión
- b. Emergencia
- c. Cuerpo médico y asistencial

CALIFICACION PORCENTUAL DE LOS CRITERIOS A EVALUAR

CALIFICACION CUANTITATIVA	A		B		C		D		E		F		G		H	
	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
MUY MALO 0 - 5	55.24	95.00	8.72	15.00	15.70	27.00	11.05	19.00	4.66	8.00	26.17	45.00	40.11	69.00	48.25	83.00
MALO 6 - 10	34.88	60.00	26.74	46.00	31.98	55.00	34.88	60.00	18.60	32.00	30.81	53.00	31.98	55.00	25.00	43.00
REGULAR 11 - 15	8.14	14.00	45.35	78.00	43.02	74.00	30.23	52.00	54.65	94.00	25.00	43.00	21.51	37.00	16.28	28.00
BIEN 16 - 17	1.74	3.00	16.86	29.00	8.14	14.00	20.35	35.00	18.02	31.00	13.37	23.00	6.40	11.00	10.47	18.00
MUY BIEN 18 - 20	-	0.00	2.33	4.00	1.16	2.00	3.49	6.00	4.07	7.00	4.65	8.00	-	-	-	-
TOTAL	100.00	172.00	100.00	172.00	100.00	172.00	100.00	172.00	100.00	172.00	100.00	172.00	100.00	172.00	100.00	172.00

CALIFICACION GLOBAL DE LA CALIDAD DE SERVICIO DEL HOSPITAL TIPO "C" ESSALUD HUAMANGA

CALIFICACION CUANTITATIVA	HOSPITAL "C"		
	%	N°	
MUY MALO	0 - 5	26.16	45.00
MALO	6 - 10	39.53	68.00
REGULAR	11 - 15	27.91	48.00
BIEN	16 - 17	6.40	11.00
MUY BIEN	18 - 20	-	0.00
TOTAL		100.00	172.00

- d. Consultorio externo
- e. Hospitalización
- f. Unidad de Referencia y contrarreferencia
- g. Personal Administrativo, apoyo, terceros.
- h. Prestaciones Económicas :
 - Subsidios por Incapacidad Temporal
 - Subsidio por Maternidad
 - Subsidio por Lactancia

CALIFICACION PORCENTUAL DE LOS CRITERIOS A EVALUAR

De acuerdo a las encuestas realizadas para obtener la aceptación por parte de la población asegurado incluido los derecho habientes, existe disconformidad con respecto a los criterios a evaluar, denotando deficiencia a la hora de la prestación de servicios.

Los resultados mostrados en el siguiente cuadro, manifiesta la urgencia del cambio, muchas de las falencias es por causa del recurso humano escaso o la falta de capacitación, motivación o identificación con la institución.

Otro de los motivos alcanzados por los encuestados son los recursos financieros escasos asignados a esta Gerencia, para la ampliación de especialidades, infraestructura médica, contratación de personal idóneo.

Asimismo encontramos en esta encuesta los trámites encima engorrosos que tiene que realizar el asegurado para la consecución de cupos de atención, lo mismo ocurre en el otorgo de las referencias a los diversos hospitales especializados del ámbito de EsSalud, los mismos que se encuentran abarrotados, que demoran muchos días mientras tanto la salud del asegurado va empeorando.

La misma calificación alcanza a la Gerencia Departamental ayacucho en general.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL HOSPITAL TIPO C HUAMANGA

SERVICIOS	FORTALEZAS	DEBILIDADES
CONSULTA EXTERNA	-MEDICINA GENERAL -CIRUGIA GENERAL -OBSTETRICIA -PEDIATRIA ODONTOLOGIA GINECOLOGIA	-MEDICINA ESPECIALIZADA - CIRUGIA ESPECIALIZADA
HOSPITALIZACION	-MEDICINA GENERAL -MEDICINA ESPECIALIZADA -CIRUGIA -GINECO-OBSTETRICIA -PEDIATRIA	--
SERVICIOS DE AYUDA DE DIAGNOSTICO	-FARMACIA -LABORATORIO	RAYOS X
OTROS SERVICIOS	-HEMODIALISIS -VACUNAS	-ECOGRAFIA -RETIRO DE YESO -CURACIONES -ARTERIOGRAFIA CEREBR. -CAUTERIZACIONES
EMERGENCIA	--	-TRIAJE -TOPICO SALA DE OBSERVACIONES
GESTION ADMINISTRATIVA	ARCHIVO	-ADMISION -REFERENCIAS -INFORMES -OTROS
PROGRAMAS PREVENTIVO PROMOCIONALES	-CONTROL DE DIABETES MELLITUS -CONTROL DE ASMA -SALUD MENTAL	-CONTROL IRA NIÑOS -CONTROL IRA ADULTOS -CONTROL DE EDA -HIPERTENSION ARTERIAL

Dentro de las percepciones que califican a los servicios como fuertes o como débiles, se obtiene el siguiente resultado dependiendo del área de servicio de donde se extrajo lo siguiente:

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Amabilidad por el personal médico - Empeño en el trato - Comprensión - Rapidez - Convenios con terceros para el --tratamiento - transferencias para casos de emergencia a la ciudad de Lima. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de atención - Falta personal especializado - Falta equipamiento - Lentitud en el servicio - No saben informar (imprecisos) - Falta material - Son aburridos, intratables, déspotas - No escuchan los problemas - Demoran el resultado - Citas limitadas - Incomodidad - falta Privacidad - Falta Confianza - No existe orden de atención - No llevan historias clínicas al médico - Horario inadecuado

Dentro de las calificaciones del personal, los médicos obtuvieron la mayor calificación entre Bueno y Regular, seguido del personal técnico. El personal del Área de Informes, Administrativos y Archivo son los que obtienen la más baja calificación.

Respecto a los beneficios ideales, donde se concentran las expectativas que tienen los usuarios de los servicios y de lo que esperan obtener de un Centro Asistencial.

4.2 EL ALTO COSTO DE MEDICAMENTOS ESPECIALES ORIGINA LA ATENCION CON MEDICAMENTOS BASICOS – SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS BASICOS

Los medicamentos genéricos son aquellos cuya patente (propiedad de la empresa farmacéutica que lo inventó o diseñó, normalmente tras muchos años de muy cara investigación científica) ha caducado y que laboratorios autorizados por la Administración fabrican y comercializan. Estos laboratorios deben demostrar la equivalencia terapéutica de sus fármacos con el original. Es decir, no se trata de medicamentos de rebajas, sino de productos eficaces que cumplen con todas las garantías. La Ley del Medicamento establece que un genérico debe contener el mismo principio activo, idéntica dosis y la misma forma farmacéutica que el original, y que debe garantizar la misma calidad, seguridad y eficacia que el medicamento de referencia.

La patente de un medicamento vence en unos cuatro o cinco años. Si un laboratorio, antes del vencimiento de la patente ajena, desea vender una réplica de ese medicamento con otro nombre comercial, debe pagar royalties al laboratorio que posee la patente o comprarle la materia prima. Por otro lado, si se compara entre instituciones públicas, las variaciones decaen radicalmente.

Efectivamente, las compras centralizadas que realizan el MINSA y ESSALUD permiten, en general, obtener precios unitarios bastantes menores.

Esta caída drástica de las variaciones se genera debido a que las compras centralizadas permiten comprar los medicamentos a la oferta disponible más barata y porque se compran principalmente medicamentos genéricos. Complementariamente, otra fuente que provee medicamentos asequibles para la población, es decir, a precios bastante menores son las “Boticas a un sol”.

Tal como se observa, los precios no difieren mucho entre sí, aunque los precios de las “Boticas a un sol” tienden a ser un poco más altos debido a que corresponden al precio de venta del medicamento. Si sólo se considerase el precio de compra —con lo cual, la comparación sería más homogénea— este tendría un nivel similar a los del MINSA y ESSALUD.

La regulación del sector farmacéutico peruano se centra en el registro y control de medicamentos: la compra de medicamentos para las instancias públicas con el propósito de que el Estado peruano ahorre; la reducción de impuestos y aranceles a los medicamentos con el fin de reducir precios para ciertos medicamentos que mantienen problemas delicados de salud pública; y la comercialización de medicamentos. Esta regulación debe fortalecerse en su aplicación con el fin de que todos los agentes involucrados la cumplan a cabalidad y, de esta manera, se logren los incentivos correctos de las normas legales. Finalmente, deben promoverse mayores investigaciones acerca del sector farmacéutico peruano con el fin de identificar otros problemas potenciales y, así, promover mejoras eficientes en el sector. Más aún, debe generarse una base de información estadística del sector (tanto privado como público) con el fin de poder realizar investigaciones más completas y con significancia estadística.

El uso de los medicamentos genéricos, de menor precio y de calidad, en todos los establecimientos del Ministerio de Salud del país es una política de salud pública, refirió la ministra de Salud, Dra. Pilar Mazzetti Soler, en sesión informativa de la Comisión de Defensa del Consumidor y Organismos Reguladores de los Servicios Públicos del Congreso de la República, en la que también sustentó su posición respecto a un proyecto de ley que propone obligar al personal médico que labora en instituciones de salud del Estado a recetar medicamentos genéricos.

Al respecto, la titular de Salud consideró que lo único que deben mejorarse son los mecanismos de supervisión de los galenos para garantizar que prescriban un medicamento genérico y no de marca. Según dijo, el resto del articulado, consignado en el Proyecto de Ley N° 9786, está incluido dentro de la Ley General de Salud – en su artículo 26°-, y sus normas complementarias, como son la prescripción médica indicando el nombre genérico del medicamento, la inclusión del nombre genérico en los envases, rótulos, prospectos o cualquier otro documento utilizado por la industria farmacéutica para información médica; lo mismo que la incorporación de los nombres genéricos en igual tamaño y realce que el nombre comercial en los rótulos de los medicamentos registrados ante la autoridad sanitaria.

1. Cómo se reconoce un medicamento genérico?

Los medicamentos genéricos se reconocen por tener en su envase la *Denominación Oficial Española* (DOE) o, en su defecto, por la *Denominación Común Internacional* (DCI), seguida del nombre o marca del titular o fabricante y las siglas EFG (Especialidad Farmacéutica

Genérica). La presencia de las siglas EFG en el cartonaje, se convierte en un aspecto decisivo para poder identificar a un genérico.

2. Qué es una D.O.E. y D.C.I.?

La DCI o *Denominación Común Internacional* es la denominación oficial con que se reconoce a un principio activo farmacológico. Este tipo de denominación está regulada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es asignado por ella, a propuesta del laboratorio fabricante. Utiliza unas reglas de prefijos y sufijos que sirven para encuadrar a muchos principios activos dentro de grupos farmacológicos específicos.

Las DCI se publican en latín y en inglés, pero existen versiones para las principales lenguas que han sido adoptadas oficialmente por los países donde tales lenguas tienen carácter oficial. En el caso de España, la responsabilidad de la versión española está en el Ministerio de Sanidad y Consumo, que emplea el término DOE, o *Denominación Oficial Española*.

3. ¿Qué garantías ofrecen las EFG?

Su calidad está garantizada tanto por el laboratorio fabricante como por las autoridades sanitarias. Como cualquier otro medicamento, los genéricos deben ser autorizados por la Administración sanitaria mediante la oportuna evaluación técnica y administrativa que garantice su calidad, seguridad y eficacia.

Un genérico sólo se autoriza si cumple las normas de correcta fabricación de medicamentos y si se ha comprobado que actúa de

manera idéntica al de marca. Por tanto, los requisitos de calidad de los genéricos son los mismos que los exigidos para cualquier otra especialidad farmacéutica.

Los medicamentos genéricos tienen las mismas características en cuanto a calidad, seguridad y eficacia, que el mismo medicamento de referencia. En este sentido, los medicamentos genéricos representan una opción sanitaria perfectamente válida.

4. **¿Cómo se garantiza el efecto terapéutico de los genéricos?**

Los genéricos tienen garantizado su efecto terapéutico al haber demostrado idéntico perfil de equivalencia que el producto de referencia. En farmacocinética poseen unos parámetros ($C_{m\acute{a}x}$, $T_{m\acute{a}x}$, AUC) semejantes al medicamento original, lo que les garantiza las mismas características farmacológicas y toxicológicas.

5. **¿Qué ventajas aportan?**

Los genéricos suponen un ahorro importante sobre los medicamentos originales de marca. Es un beneficio directo para el ciudadano al pagar menos por el fármaco y contribuyen a racionalizar el gasto público en medicamentos, sin que por ello baje la calidad y la eficacia del genérico.

6. **¿Por qué son más económicos?**

Los motivos principales para que los medicamentos genéricos posean un menor precio son fundamentalmente dos:

- Ausencia de gastos de investigación:*

El medicamento genérico contiene un principio activo que ha sido previamente investigado, protegido por patente, y que una vez que ésta ha expirado puede ser adquirido y comercializado de forma generalizada. De esta manera, en el precio del medicamento genérico no repercutirá ningún gasto achacable a la investigación y desarrollo (I + D).

□ *Reducción de los costes asociados al producto*

El menor coste de la materia prima tras la expiración de la patente y aumento de la oferta, los menores costes de fabricación y control por la experiencia previa del producto, así como los menores gastos en la promoción comercial del producto hacen que todo ello revierta positivamente en el coste total del producto.

7. Utilización de medicamentos genéricos?

Visto las anteriores interrogantes llegamos a afirmar que los medicamentos genéricos son más baratos por tanto su uso por dependencias de Salud, es obligatoria, por tanto el abaratamiento supone una menor utilización de recursos presupuestarios, asimismo la cantidad de asegurados supone la atención deficiente por parte de esta institución.

De la evaluación efectuada a la encuesta aplicada a los asegurados se fluye que el Suministro de medicamentos Básicos y sus efectos en la salud:

- 1 Los pacientes muchas veces exageran en el suministro de medicinas.
- 2 Posible confusión de los pacientes en la posología ya que la cantidad de tabletas a tomar varía durante el tratamiento.
- 3 Adaptabilidad de la posología y periodo del tratamiento a la severidad y tipo de reacción.

- 4 Si el personal sanitario no tiene experiencia en modificar la posología se pueden estar administrando dosis sub- óptimas. En algunos casos la pauta habitual puede ser insuficiente con riesgo de reacciones recurrentes.
- 5 Los pacientes con reacciones repetitivas pueden auto medicarse para atender sus necesidades. Los envasados habituales eliminan el control del paciente sobre el tratamiento.
- 6 Falta promover el uso racional de los medicamentos. Este programa es para aquellas personas que tienen dificultades de acceso a los medicamentos ambulatorios.
- 7 A nivel de los asegurados no se tiene resultados de mejoría de salud La población adquiere medicamentos en aproximadamente 10,000 establecimientos públicos o privados, más del 50% ubicados en Lima. Sin embargo, las farmacias y boticas privadas no ofertan al público los Medicamentos Esenciales de menor precio (éstos no tienen acceso a los sistemas de distribución y son menos rentables). Por el contrario, las farmacias del sector público sí venden medicamentos de muy bajo precio, pero limitan la venta a las prescripciones generadas en el establecimiento de salud al que pertenecen. A precios de venta a farmacia, el sector privado consume aproximadamente 70% del mercado y el sector público el 30% restante. En el quinquenio 2000-2004, el mercado creció 15% en valores y 12.7% en unidades, pero el crecimiento en unidades correspondió a las compras del sector público con precios decrecientes;

mientras que en el sector privado aumentaron los valores de venta y se redujo el número de unidades consumidas.

- 8 Suministro de medicinas para tratamientos diversos que en lo general son los mismos medicamentos, dificultando la recuperación del paciente.

Falta de variedad de medicamentos para cada tipo de tratamiento presentamos algunos medicamentos con mayor demanda:

- HIBOPROFENO.- ANTIN FLAMATORIO , ANALGESICO
- PARACETAMOL.- ANTIPIRETICO, ANALGESICO.
- CLORFENAMINA.- ANTI HISTAMINICO
- NORFLOXASINA,.- QUINOLONA , ANTIBIOTICO
- CIPROFLOXASINA..- QUINOLONA , ANTIBIOTICO
- NAPROXENO.-ANTIINFLAMATORIO, ANALGESICO
- INDOMETASINO.- ANALGESICO
- QUENGIBROSIL.-ANALGESICOS.
- CLIVENCLAMIDA.-ANALGESICOS
- METMORFINA,.- ANALGESICOS

Asimismo hacemos una comparación del precio de medicamento básico y de marca: Presentación; nombre del medicamento.

IBUPROFENO							
En el siguiente listado, los <u>medicamentos genéricos</u> contienen el mismo <u>principio activo</u> que los <u>medicamentos de marca</u> . El principio activo es la sustancia que produce el efecto farmacológico para el cual el medicamento fue creado.							
Medicamentos genéricos con el Principio Activo : IBUPROFENO							
	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	*PRECIO MIN (S/.)	*PRECIO MAX (S/.)	CON RECETA
1.	GENERICO	IBUPROFENO	COMPRIMIDO	400 mg.	0.25	0.54	Si
2.	GENERICO	IBUPROFENO	COMPRIMIDO	600 mg.	0.96	0.96	Si
3.	GENERICO	IBUPROFENO	SUSPENSION	100 mg. / 5 ml.	1.84	13.97	Si

4.	GENERICO	IBUPROFENO	TABLETA	400 mg.	0.21	0.50	Si
5.	GENERICO	IBUPROFENO	TABLETA	600 mg.	0.65	0.88	Si

Medicamentos de marca con el Principio Activo : **IBUPROFENO**

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	* PRECIO REFERENCIAL (S/.)	CON RECETA
1.	MARCA	AFEBRIL	SUSPENSION	100 mg. / 5 ml.	28.48	Si
2.	MARCA	BLOCKTEN	TABLETA	400 mg.	0.99	No
3.	MARCA	DOLOMAX	TABLETA	400 mg.	1.20	Si
4.	MARCA	DOLORAL	TABLETA	400 mg.	1.96	Si
5.	MARCA	FLAMADOL	SUSPENSION	100 mg. / 5 ml.	9.52	Si
6.	MARCA	FLAMADOL	TABLETA	400 mg.	0.39	Si
7.	MARCA	FLAMADOL	TABLETA	600 mg.	0.79	Si
8.	MARCA	IBUPHARMA	TABLETA	600 mg.	0.42	Si
9.	MARCA	MEDIFLAM	TABLETA	400 mg.	0.44	Si
10.	MARCA	MOLARGESICO	TABLETA	400 mg.	1.04	No
11.	MARCA	MOTRIN	GRAGEA	400 mg.	1.76	Si

NORFLOXACINO

En el siguiente listado, los medicamentos genéricos contienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. El principio activo es la sustancia que produce el efecto farmacológico para el cual el medicamento fue reado.

Medicamentos genéricos con el Principio Activo : **NORFLOXACINO**

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	*PRECIO MIN (S/.)	*PRECIO MAX (S/.)	CON RECETA
1.	GENERICO	NORFLOXACINO	TABLETA	400 mg	0.24	1.33	Si

Medicamentos de marca con el Principio Activo : **NORFLOXACINO**

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	* PRECIO REFERENCIAL (S/.)	CON RECETA
1.	MARCA	AMPLIRON	COMPRIMIDO	400 mg	5.54	Si
2.	MARCA	N-FLOX	TABLETA	400 mg	1.58	Si
3.	MARCA	NORBACTIN	TABLETA	400 mg	3.33	Si
4.	MARCA	NOROXIN	TABLETA	400 mg	6.60	Si
5.	MARCA	URODOL	TABLETA	400 mg	2.43	Si
6.	MARCA	UROUIN	TABLETA	400 mg	1.21	Si

CIPROFLOXACINO

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	*PRECIO MIN (S/.)	*PRECIO MAX (S/.)	CON RECETA
1.	GENERICO	CIPROFLOXACINO	SOLUCION PARA INYECCION	200 mg.	61.90	87.12	Si
2.	GENERICO	CIPROFLOXACINO	TABLETA	250 mg.	1.49	1.81	Si
3.	GENERICO	CIPROFLOXACINO	TABLETA	500 mg.	0.29	5.55	Si

Medicamentos de marca con el Principio Activo : **CIPROFLOXACINO**

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	* PRECIO REFERENCIAL (S/.)	CON RECETA
1.	MARCA	CIFLOXIN	COMPRIMIDO	500 mg.	6.93	Si

2.	MARCA	CIFRAN	TABLETA	250 mg.	2.11	Si
3.	MARCA	CIFRAN	TABLETA	500 mg.	3.70	Si
4.	MARCA	CINAFLOX	TABLETA	250 mg.	--	Si
5.	MARCA	CINAFLOX	TABLETA	500 mg.	9.31	Si
6.	MARCA	CIPROBAC	SOLUCION PARA INYECCION	200 mg.	--	Si
7.	MARCA	CIPRO-C	TABLETA	500 mg.	1.71	Si
8.	MARCA	CIPROFLOX	TABLETA	500 mg.	10.92	Si
9.	MARCA	CIPROFLOX	TABLETA	250 mg.	3.35	Si
10.	MARCA	CIPROFLUR	TABLETA	500 mg.	0.82	Si
11.	MARCA	CIPROLET	TABLETA	250 mg.	--	Si
12.	MARCA	CIPROLET	TABLETA	500 mg.	1.06	Si
13.	MARCA	CIPROLIN	SOLUCION PARA INYECCION	200 mg.	154.66	Si
14.	MARCA	CIPROLIN	TABLETA	250 mg.	5.12	Si
15.	MARCA	CIPROLIN	TABLETA	500 mg.	9.75	Si
16.	MARCA	CIPROMAX	COMPRIMIDO	500 mg.	2.40	Si
17.	MARCA	CIPROPHARMA	TABLETA	500 mg.	0.63	Si
18.	MARCA	CIPROPLUS	TABLETA	500 mg.	4.14	Si
19.	MARCA	CIPROX	TABLETA	500 mg.	5.24	Si
20.	MARCA	CIPROXACOL	TABLETA	250 mg.	3.10	Si
21.	MARCA	CIPROXAN	TABLETA	500 mg.	5.96	Si
22.	MARCA	CIPROXAZOL	TABLETA	500 mg.	--	Si
23.	MARCA	CIPROXINA	COMPRIMIDO	250 mg.	12.45	Si
24.	MARCA	CIPROXINA	COMPRIMIDO	500 mg.	23.83	Si
25.	MARCA	CIPROXINA	SOLUCION PARA INYECCION	200 mg.	217.65	Si

NAPROXENO

En el siguiente listado, los medicamentos genéricos contienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. El principio activo es la sustancia que produce el efecto farmacológico para el cual el medicamento fue creado.

Medicamentos genéricos con el Principio Activo : NAPROXENO

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	*PRECIO MIN (S/.)	*PRECIO MAX (S/.)	CON RECETA
1.	GENERICO	NAPROXENO	COMPRIMIDO	550 mg	0.49	2.21	Si
2.	GENERICO	NAPROXENO	TABLETA	500 mg	1.62	1.62	Si
3.	GENERICO	NAPROXENO	TABLETA	550 mg	0.38	1.84	Si

Medicamentos de marca con el Principio Activo : NAPROXENO

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	* PRECIO REFERENCIAL (S/.)	CON RECETA
1.	MARCA	AFLAMAX	TABLETA	550 mg	2.49	Si
2.	MARCA	APRONAX	TABLETA	550 mg	1.82	No
3.	MARCA	COMPLEMENT	TABLETA	500 mg	3.43	Si
4.	MARCA	IRAXEN	COMPRIMIDO	550 mg	2.72	Si
5.	MARCA	NALEDYN	TABLETA	550 mg	3.48	Si
6.	MARCA	NAPROSYN	COMPRIMIDO	500 mg	4.80	Si

INDOMETACINA

En el siguiente listado, los medicamentos genéricos contienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. El principio activo es la sustancia que produce el efecto farmacológico para el cual el medicamento fue creado.

Medicamentos genéricos con el Principio Activo : INDOMETACINA

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	*PRECIO MIN (S/.)	*PRECIO MAX (S/.)	CON RECETA
1.	GENERICO	INDOMETACINA	CAPSULA	25 mg.	0.23	0.25	Si

Medicamentos de marca con el Principio Activo : INDOMETACINA

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	* PRECIO REFERENCIAL (S/.)	CON RECETA
1.	MARCA	APO-INDOMETACINA	CAPSULA	25 mg.	--	Si
2.	MARCA	INDOCID	CAPSULA	25 mg.	0.99	Si

AMOXICILINA

En el siguiente listado, los medicamentos genéricos contienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. El principio activo es la sustancia que produce el efecto farmacológico para el cual el medicamento fue creado.

Medicamentos genéricos con el Principio Activo : AMOXICILINA

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	*PRECIO MIN (S/.)	*PRECIO MAX (S/.)	CON RECETA
1.	GENERICO	AMOXICILINA	CAPSULA	250 mg.	0.41	0.75	Si
2.	GENERICO	AMOXICILINA	CAPSULA	500 mg.	0.41	1.20	Si
3.	GENERICO	AMOXICILINA	COMPRIMIDO	500 mg.	0.98	0.98	Si
4.	GENERICO	AMOXICILINA	SUSPENSION	125 mg. / 5 ml.	6.65	6.65	Si
5.	GENERICO	AMOXICILINA	SUSPENSION	250 mg. / 5 ml.	5.13	29.75	Si
6.	GENERICO	AMOXICILINA	SUSPENSION	500 mg. / 5 ml.	33.51	33.51	Si
7.	GENERICO	AMOXICILINA	TABLETA	250 mg.	0.60	0.60	Si
8.	GENERICO	AMOXICILINA	TABLETA	500 mg.	0.56	1.04	Si

Medicamentos de marca con el Principio Activo : AMOXICILINA

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	* PRECIO REFERENCIAL (S/.)	CON RECETA
1.	MARCA	ABREMOX	SUSPENSION	250 mg. / 5 ml.	--	Si
2.	MARCA	AMOQUIN	CAPSULA	500 mg.	--	Si
3.	MARCA	AMOQUIN	SUSPENSION	250 mg. / 5 ml.	--	Si
4.	MARCA	AMOVAL	JARABE	250 mg. / 5 ml.	34.75	Si
5.	MARCA	AMOVAL	JARABE	500 mg. / 5 ml.	49.03	Si
6.	MARCA	AMOVAL	TABLETA	500 mg.	30.70	Si
7.	MARCA	AMOXEN	CAPSULA	250 mg.	--	Si
8.	MARCA	AMOXEN	CAPSULA	500 mg.	--	Si
9.	MARCA	AMOXI-C	CAPSULA	500 mg.	0.90	Si
10.	MARCA	AMOXICICLIN	TABLETA	500 mg.	--	Si
11.	MARCA	AMOXICLIN	SUSPENSION	125 mg. / 5 ml.	21.91	Si
12.	MARCA	AMOXICLIN	SUSPENSION	250 mg. / 5 ml.	29.75	Si
13.	MARCA	AMOXICLIN	SUSPENSION	500 mg. / 5 ml.	37.11	Si

14.	MARCA	AMOXIDAL DUO	SUSPENSION	500 mg. / 5 ml.	37.98	Si
15.	MARCA	AMOXIL	CAPSULA	250 mg.	1.73	Si
16.	MARCA	AMOXIL	CAPSULA	500 mg.	1.95	Si
17.	MARCA	AMOXIL	SUSPENSION	125 mg. / 5 ml.	18.85	Si
18.	MARCA	AMOXIL	SUSPENSION	250 mg. / 5 ml.	24.44	Si
19.	MARCA	AMOXIL	SUSPENSION	500 mg. / 5 ml.	32.65	Si
20.	MARCA	APO-AMOXI	CAPSULA	250 mg.	--	Si
21.	MARCA	APO-AMOXI	CAPSULA	500 mg.	--	Si
22.	MARCA	APO-AMOXI	SOLUCION	250 mg. / 5 ml.	--	Si
23.	MARCA	APO-AMOXI	SUSPENSION	125 mg. / 5 ml.	--	Si
24.	MARCA	BRISTAMOX	CAPSULA	500 mg.	--	Si
25.	MARCA	BRISTAMOX	SUSPENSION	125 mg. / 5 ml.	--	Si
26.	MARCA	BRISTAMOX	SUSPENSION	250 mg. / 5 ml.	--	Si
27.	MARCA	DERINOX	SUSPENSION	250 mg. / 5 ml.	37.17	Si
28.	MARCA	DERINOX	TABLETA	500 mg.	1.83	Si
29.	MARCA	GRUNAMOX	COMPRIMIDO	500 mg.	2.48	Si
30.	MARCA	GRUNAMOX	SUSPENSION	250 mg. / 5 ml.	38.06	Si
31.	MARCA	IBREMOX	CAPSULA	500 mg.	1.39	Si
32.	MARCA	MAGNIMOX	CAPSULA	250 mg.	1.30	Si
33.	MARCA	MAGNIMOX	SUSPENSION	125 mg. / 5 ml.	21.57	Si
34.	MARCA	MAGNIMOX	SUSPENSION	250 mg. / 5 ml.	29.46	Si
35.	MARCA	MAGNIMOX	SUSPENSION	500 mg. / 5 ml.	37.51	Si
36.	MARCA	MAGNIMOX	TABLETA	500 mg.	2.20	Si

AMIKACINA

En el siguiente listado, los medicamentos genéricos contienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. El principio activo es la sustancia que produce el efecto farmacológico para el cual el medicamento fue creado.

Medicamentos genéricos con el Principio Activo : AMIKACINA

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	*PRECIO MIN (S/.)	*PRECIO MAX (S/.)	CON RECET A
1.	GENERICO	AMIKACINA	POLVO PARA SUSPENSION	500 mg.	13.30	22.90	Si

Medicamentos de marca con el Principio Activo : AMIKACINA

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	* PRECIO REFERENCIAL (S/.)	CON RECET A
1.	MARCA	AMIKABIOT	POLVO PARA SUSPENSION	500 mg.	51.25	Si
2.	MARCA	AMIKIN	POLVO PARA SUSPENSION	500 mg.	57.25	Si
3.	MARCA	AMK 500	POLVO PARA SUSPENSION	500 mg.	--	Si
4.	MARCA	GLUMIKIN	POLVO PARA SUSPENSION	500 mg.	2.69	Si
5.	MARCA	KACINA	POLVO PARA SUSPENSION	500 mg.	23.54	Si
6.	MARCA	MIKACIN	POLVO PARA SUSPENSION	500 mg.	20.95	Si

RANITIDINA

En el siguiente listado, los medicamentos genéricos contienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. El principio activo es la sustancia que produce el efecto farmacológico para el cual el medicamento fue

creado.

Medicamentos genéricos con el Principio Activo : RANITIDINA

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	*PRECIO MIN (S/.)	*PRECIO MAX (S/.)	CON RECETA
1.	GENERICICO	RANITIDINA	COMPRIMIDO	150 mg	0.56	0.71	Si
2.	GENERICICO	RANITIDINA	COMPRIMIDO	300 mg	0.35	1.43	Si
3.	GENERICICO	RANITIDINA	TABLETA	150 mg	0.29	0.85	Si
4.	GENERICICO	RANITIDINA	TABLETA	300 mg	0.35	1.45	Si

Medicamentos de marca con el Principio Activo : RANITIDINA

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	* PRECIO REFERENCIAL (S/.)	CON RECETA
1.	MARCA	APO-RANITIDINA	TABLETA	150 mg	--	Si
2.	MARCA	ATURAL	COMPRIMIDO	150 mg	0.08	Si
3.	MARCA	ATURAL	COMPRIMIDO	300 mg	0.14	Si
4.	MARCA	RANIT	TABLETA	150 mg	3.65	Si
5.	MARCA	ULCERAN	TABLETA	150 mg	1.91	Si
6.	MARCA	ULCERAN	TABLETA	300 mg	3.12	Si

PARACETAMOL

En el siguiente listado, los medicamentos genéricos contienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. El principio activo es la sustancia que produce el efecto farmacológico para el cual el medicamento fue creado.

Medicamentos genéricos con el Principio Activo : PARACETAMOL

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	*PRECIO MIN (S/.)	*PRECIO MAX (S/.)	CON RECETA
1.	GENERICICO	PARACETAMOL	COMPRIMIDO	500 mg	0.16	0.23	Si
2.	GENERICICO	PARACETAMOL	JARABE	125 mg/5 ml	6.76	10.81	Si
3.	GENERICICO	PARACETAMOL	TABLETA	500 mg	0.08	0.22	Si

Medicamentos de marca con el Principio Activo : PARACETAMOL

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	* PRECIO REFERENCIAL (S/.)	CON RECETA
1.	MARCA	ATAMEL	JARABE	125 mg/5 ml	9.53	No
2.	MARCA	ATAMEL	TABLETA	500 mg	0.34	No
3.	MARCA	LIVIOLEX	TABLETA	500 mg	0.42	Si
4.	MARCA	PANADOL	TABLETA	500 mg	0.41	No
5.	MARCA	TREUPEL	JARABE	120 mg/5 ml	11.90	Si
6.	MARCA	TREUPEL	TABLETA	500 mg	0.42	Si

DEXAMETASONA

En el siguiente listado, los medicamentos genéricos contienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. El principio activo es la sustancia que produce el efecto farmacológico para el cual el medicamento fue creado.

Medicamentos genéricos con el Principio Activo : DEXAMETASONA

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	*PRECIO MIN (S/.)	*PRECIO MAX (S/.)	CON RECETA
1.	GENERICICO	DEXAMETASONA	POLVO PARA SUSPENSION	4 mg.	1.06	5.85	Si
2.	GENERICICO	DEXAMETASONA	TABLETA	0.5 mg.	0.12	0.66	Si

Medicamentos de marca con el Principio Activo : DEXAMETASONA

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	* PRECIO REFERENCIAL (S/.)	CON RECETA
1.	MARCA	DECADRON	POLVO PARA SUSPENSION	4 mg.	--	Si
2.	MARCA	DECADRON	TABLETA	0.5 mg.	--	Si
3.	MARCA	DEXACORT	POLVO PARA SUSPENSION	4 mg.	15.40	Si
4.	MARCA	DEXACORT	TABLETA	0.5 mg.	1.12	Si
5.	MARCA	DEXAFAR	POLVO PARA SUSPENSION	4 mg.	13.60	Si
6.	MARCA	DEXAFAR	TABLETA	0.5 mg.	0.90	Si
7.	MARCA	DEXAVET	POLVO PARA SUSPENSION	4 mg.	4.77	Si
8.	MARCA	DEXAVET	TABLETA	0.5 mg.	0.31	Si
9.	MARCA	MEDICORT	POLVO PARA SUSPENSION	4 mg.	7.87	Si
10.	MARCA	MEPHASONA	POLVO PARA SUSPENSION	4 mg.	10.11	Si

Medicamentos genéricos con el Principio Activo : HIDROXIDO (AL + MG)

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	*PRECIO MIN (S/.)	*PRECIO MAX (S/.)	CON RECETA
1.	GENERICICO	HIDROXIDO (AL + MG)	SUSPENSION	400 + 400 mg / 5 ml	11.64	14.31	Si

DICLOFENACO

En el siguiente listado, los medicamentos genéricos contienen el mismo principio activo que los medicamentos de marca. El principio activo es la sustancia que produce el efecto farmacológico para el cual el medicamento fue creado.

Medicamentos genéricos con el Principio Activo : DICLOFENACO

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	*PRECIO MIN (S/.)	*PRECIO MAX (S/.)	CON RECETA
1.	GENERICICO	DICLOFENACO	COMPRIMIDO	50 mg.	0.50	0.50	Si
2.	GENERICICO	DICLOFENACO	GEL	1%	16.87	31.65	Si
3.	GENERICICO	DICLOFENACO	GRAGEA	50 mg.	10.95	10.95	Si
4.	GENERICICO	DICLOFENACO	POLVO PARA SUSPENSION	75 mg.	1.76	4.67	Si
5.	GENERICICO	DICLOFENACO	TABLETA	100 mg.	2.17	2.17	Si
6.	GENERICICO	DICLOFENACO	TABLETA	50 mg.	0.30	0.53	Si

Medicamentos de marca con el Principio Activo : DICLOFENACO

	TIPO PRODUCTO	MEDICAMENTO	FORMA FARMACEUTICA	CONCENTRACION	* PRECIO REFERENCIAL (S/.)	CON RECETA
1.	MARCA	APO-DICLO	TABLETA	50 mg.	--	Si
2.	MARCA	ARTREN	CAPSULA	100 mg.	5.68	Si
3.	MARCA	CATAFLAM	GEL	1%	38.23	Si
4.	MARCA	CATAFLAM	GRAGEA	50 mg.	1.94	Si
5.	MARCA	CORDRALAN	GEL	1%	23.36	Si
6.	MARCA	CORDRALAN	TABLETA	100 mg.	35.94	Si
7.	MARCA	CORDRALAN	TABLETA	50 mg.	1.70	Si
8.	MARCA	DEFLAMAT	CAPSULA	100 mg.	4.78	Si
9.	MARCA	DEFLAMAT	CAPSULA	50 mg.	1.97	Si
10.	MARCA	DEFLAMAT	GEL	1%	29.75	Si
11.	MARCA	DICLO-K	COMPRIMIDO	100 mg.	2.15	Si

4.3 EXISTENCIA DE PROFESIONALES MEDICOS, TÉCNICOS ASISTENCIALES, INSTRUMENTAL MEDICO NO IDEALES.

Relación de Profesionales en EsSalud en la Región

- 1 Médicos 38 trabajadores
- 2 Enfermeros 52 trabajadores
- 3 Otros asistenciales 130 trabajadores
- 4 Administrativo 56 trabajadores

Haciendo un total con técnicos administrativos, tecnólogos, médicos, obstetrices, etc. ascienden a : 276 trabajadores.

- 1 222 trabajadores están comprendidos en la ley 728
- 2 054 trabajadores están comprendidos en la ley 276
- 3 001 trabajador en servicios no personales

Haciendo un total de trabajadores 277 trabajadores

Existe la Unidad de Desarrollo y Gestión de EsSalud con un responsable de capacitaciones responsable de capacitación el mismo que asciende a s/ 15,000.00 nuevos soles con un 80% de presupuesto para la capacitación del personal Asistencial y el 20% para capacitación del personal Administrativo.

Generalmente dichas capacitaciones inciden en lo referente a Contrataciones y Adquisiciones del Estado y en la parte asistencia lo referente a atenciones médicas.

Dichas capacitaciones deben incidir en:

1. Liderazgo y trabajo en equipo.
2. Especialización médica.

3. Trabajo en equipos autodirigidos.
4. La globalización, la crisis la recesión y la incertidumbre
5. Visión, Misión, Objetivos y Metas.
6. Cultura y clima organizacional, afrontando el cambio.
7. Innovación y creatividad.
8. Cambio de actitud, Motivación y Autoestima.
9. Habilidades de la gente altamente efectiva.
10. Negociación y resolución de conflictos.
11. Capital intelectual y las raíces del valor oculto.
12. Inteligencia Emocional en el trabajo.
13. Como saber facultar al personal.
14. En la cadena del servicio al cliente, no se puede romper ningún eslabón.
15. Manejo y Administración eficiente del tiempo.
16. Las ventas en épocas de crisis.
17. Como hacer presentaciones exitosas, eficaces y de alto impacto, técnicas para mejorar la Oratoria.
18. Como mejorar la atención telefónica (Call Center).
19. Convenio interinstitucionales con diversas instituciones publicas y privadas para capacitación del personal, administrativo y médico que deben ser aprovechados por los mismos para mejora de

critérios, y estar al día con innovaciones tecnológicas, procesos, etc.

Analizado los resultados de la evaluación al cuadro analítico del Personal, presupuesto y la modalidad de ingreso del personal a ESSALUD tenemos las siguientes referencias:

- 1 No existe selección transparente del personal administrativo, médico ni técnico, por cuanto prima las influencias políticas y familiares.
- 2 Existe un desfase de cobertura de plazas vacantes para médicos especialistas, administrativos y un exceso de técnicos.
- 3 El presupuesto institucional es limitado bajo la modalidad de hospital de tipo I.
- 4 Escasa capacitación del personal para la atención al público.
- 5 Falta de equipos biomédicos como Mamografía, Tomografía, ventiladores mecánicos, etc.
- 6 No se cuenta con un banco de sangre en la institución.

Entre las principales debilidades de control interno plasmadas en el estudio tenemos sobre la base de la encuesta y observación directa:

- o Los funcionarios y Servidores de la entidad de acuerdo a sus niveles y responsabilidades son quienes deben realizar el control interno.
- o Desconocimiento por parte de los trabajadores administrativos de la ley de Adquisiciones y contrataciones del Estado.

- o Personal administrativo sin nivel profesional para ejercer la función pública.
- o Promover la efectividad, eficiencia y economía en las operaciones y, la calidad en los servicios;
- o No promueven una Cultura de Integridad, Transparencia, y Responsabilidad en la función Pública, cautelando el correcto desempeño de los funcionarios y servidores
- o Desconocimiento de un control interno previo por parte de los servidores que establece planes, normas de organización y disposiciones.
- o Desconocimiento y aplicación de los roles y procesos de cada uno de los integrantes de la institución como parte de la gestión institucional.
- o Falta de evaluación y promoción de personal de acuerdo a sus capacidades.

4.4 INOBSERVANCIA DE LAS ACCIONES DE CONTROL PREVIO, CONCURRENTE Y POSTERIOR POR LOS FUNCIONARIOS Y SERVIDORES

De acuerdo a los análisis realizados no existe Control previo, ni concurrente, limitándose solo a llamadas de atención esporádicas, donde cada servidor trabaja de acuerdo a normas directivas, leyes y primordialmente a su capacidad y profesionalismo.

El control posterior si existe pero lo efectúa la gerencia de Control Interno que está en la sede de EsSalud Lima, no siendo frecuente, debiendo

realizarlo a todas las dependencias de EsSalud, en el caso de Ayacucho las visitas son casi de 2 o 3 años.

Entre las constantes deficiencias detectadas existe:

a. Observaciones en el sistema de abastecimientos

- Deficiencias en las demoras de las adquisiciones y contrataciones.
- Bienes adquiridos por la entidad que no cuentan con el ingreso al almacén “denominados como bienes en tránsito”.
- Los bienes adquiridos e ingresados a los almacenes de la entidad no se ajustan a los requerimientos y especificaciones técnicas solicitadas por las áreas estructuradas.
- Los ambientes del almacén no se encuentran adecuadamente ubicados, espacios reducidos el cual no permite el control e identificación de los mismos.
- La distribución de bienes no cuentan con pecosas y/o documentos el cual sustente la salida de dicho bien de los almacenes de la entidad.
- Faltantes de bienes en la entidad, según la verificación física contrastado con el inventario físico de bienes patrimoniales
- La información de provisión, depreciación y ajuste de activos fijos no son concordantes con el inventario físico de bienes.
- Eexistencia de bienes en cantidad considerable in operativos, que han perdido su utilidad (su vida útil), los mismos que no han sido dados de baja oportunamente.
- Llamadas no autorizadas.

- Comprobantes de pago pendientes de rendición que no han sido consignados como pendientes de pago ni se hace mención de que se encuentran en vías de regularización.
- Desconocimiento e incumplimiento de funciones previstas para el cargo “ejecutar las acciones y procesos técnicos de Abastecimientos, Control Patrimonial y servicios generales de la Gerencia”

b.- Incumplimiento a normas para la organización del registro y escalafón de personal

- 1 **File personal actualizado.-** Cuando la dirección contrate a otras empresas que proporcionan personal para realizar funciones administrativas o técnicas en la entidad, debe verificar sus antecedentes y experiencia a fin de garantizar los resultados en la prestación de sus servicios
- 2 Incumplimiento en la presentación de declaración jurada de bienes y rentas, de los funcionarios y servidores.
- 3 **Falta de segregación o separación de funciones.-** La gerencia ha definido tareas de las unidades y sus servidores, de manera que exista independencia y separación de funciones incompatibles que, entre otras, son: autorización, ejecución, registro, custodia de fondos, valores y bienes y, control de las operaciones. En algunos casos debido al falta de personal se produce incompatibilidad de las funciones.

- 4 Falta de políticas de cumplimiento y aplicación de la normativa interna y externa, cuando los trabajadores cometen infracciones a las normas legales y normativa interna establecida por la entidad.
- 5 Flujo de comunicaciones informales no respetando las jerarquías, se aprecia que no se realiza frecuentemente reuniones de personal con el propósito de mejorar la gestión.
- 6 Selección y contratación de personal . La contratación, capacitación promoción de los trabajadores de la entidad se basan fundamentalmente en disposiciones legales establecidas, apreciándose que estas nos se aplican en forma cabal y uniforme, toda vez que en algunos casos no se llevan a cabo concursos públicos, en otros procesos, por invitación y otros sin proceso de selección

Falta evaluación de personal. Asignación de funciones de acuerdo a especializaciones

Como producto de la inobservancia de las funciones establecidas en el MOF por parte del personal y la actitud muy personalista de los trabajadores así como de los funcionarios superiores no se practica a cabalidad los controles previo, concurrente y a falta de un Órgano de Control Institucional mucho menos se realiza acciones de control Posterior por parte de los trabajadores una vez ejecutado y la atención mal o bien no hay tendencia de mejorar a través de la autocrítica u observación o supervisión de los Jefes inmediatos.

CAPITULO V

PROPUESTA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS PROCESOS

5.1. PROPUESTA DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS PROCESOS DE SERVICIOS DE LA GERENCIA DEPARTAMENTAL AYACUCHO TIPO “C”

Como sabemos, una entidad como el IPSS estaba expresamente prevista en el Art.14 de la Constitución de 1979, como una institución autónoma y descentralizada. A partir de esta prescripción constitucional, podría entenderse que el IPSS era un organismo que nacía directamente de la Constitución, recibiendo de ella, su personalidad jurídica y autonomía. Pero con la Carta Política de 1993, la citada prescripción fue eliminada, estableciendo que el Estado garantice el libre acceso a las prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas (Art.11). No cabe duda que con el cambio de la Constitución, la situación del IPSS se modificó, ya que dicha Carta fundamental no se refiere a su condición de Órgano Constitucional, se entiende por tanto que el IPSS es un organismo público descentralizado perteneciente al Poder Ejecutivo.

En tal sentido, el Decreto de Urgencia No 025-98, dispuso la adscripción del IPSS al Ministerio de Trabajo y Promoción Social. Este sustento legal, posibilita que el IPSS ingrese en la libre competencia con Aseguradoras Privadas, en el ámbito de la oferta de servicios, y la capacidad de elección de

los consumidores actúa en el campo de la demanda y hace patente el derecho Ciudadano de optar por aquello que más le favorezca

El marco mundial de la Globalización de mercados, conduce inexorablemente a las empresas e instituciones que incursionen dentro de la competencia; a tomar medidas acordes a las exigencias actuales y en un medio altamente competitivo, en donde la cultura de la Calidad, la modernización de la Gestión en Salud, sus factores críticos de éxito, está implícito el manejo técnico gerencial, para apuntar hacia lo que es la "Excelencia en los servicios".

Los dos parámetros indicados nos sirven como pilares fundamentales, en el análisis y propuesta de un Plan de Mejoramiento Continuo del servicio ofertado por la Gerencia departamental Ayacucho tipo C; donde se concluye que el servicio en general recibe el calificativo de **Regular**, quedando márgenes significativos de mejoramiento.

Para ello, partiremos indicando a lo que Albert Einstein, en oportunidad alguna indicó: "Sin cambiar nuestros patrones de razonamiento, no podremos resolver los problemas que hemos creado con nuestros patrones de razonamiento actual".

Esto es muy cierto, lamentablemente muy pocas personas saben cuales son sus patrones de razonamiento y por lo tanto no se dan cuenta de la diferencia entre la forma de pensar actual y la que se nos viene. Para ello tiene que existir un programa, un método, un proceso que permita mejorar las actividades críticas, y para ello se recurrirá a experiencias desarrolladas.

El Programa de Mejoramiento de la Calidad (PMC), es el término frecuentemente usado para describir la aplicación de las técnicas y la filosofía de Gestión, desarrolladas principalmente por Deming y Juran, acreditado con la

recuperación industrial del Japón después de la Segunda Guerra Mundial. (Deming 1986 y Juran 1988).

La esencia de los PMC, es que combinan la teoría de Gestión que enfocan en los clientes y el involucrar al trabajador con un conjunto de técnicas analíticas para la mejor comprensión de cómo funcionan los sistemas de la atención a la salud.

Bat haldeen, cita esta combinación de buena gestión con una comprensión básica en los sistemas de salud, en su presentación de las contribuciones fundamentales de los líderes de Gestión (Water Shewhart, E:E. Deming, Joseph Juran y K. Ishiwawa), así como los clínicos (Florence Nightingale, E.A.Codman y Avedis Donabedian), al mejoramiento de la calidad en la atención a la salud (Bat haldeen 1991).

El PMC, es un proceso clínico que implica la identificación de un área, en la cual hay una oportunidad de mejora, la definición de un problema en esta área y la delineación de la secuencia de actividades (el proceso), que subyace en el área del problema, la selección de pasos específicos en el proceso de análisis, la obtención y análisis de datos sobre el proceso, la ejecución de acciones correctivas y finalmente, la revisión y el control de los resultados de las acciones realizadas.

5.2. PROPUESTA DE IMPLEMENTACION PARA MEJORAMIENTO DE ESSALUD AYACUCHO

Presentamos una propuesta integral para pretender lograr en un plazo prudencial un nivel de excelencia de servicios por parte de EsSalud Ayacucho en beneficio directo de sus usuarios. Consideramos que el nombre de "IMPLEMENTACION DEL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL PARA

SERVICIOS ASISTENCIALES” CASO: ESSALUD AYACUCHO” no sea una limitante por cuanto se sostiene que los programas culminan a la consecución de sus objetivos y en este caso los objetivos de la Gerencia Departamental Ayacucho son permanentes constituyéndose por tanto en un proceso permanente que se rige a través de un programa flexible y modificable.

Se ha considerado las situaciones que hacen de EsSalud una institución que no cumple a cabalidad con las exigencias de los asegurados, siendo ellas de índole presupuestario, infraestructura, recursos humanos, logístico, etc. Pero en la medida de los casos por desconocimiento, celeridad en los trámites, atención adecuada a los pacientes y/o asegurados, falta de identificación institucional como mejora de gestión institucional, rotación, promoción y capacitación de personal, hacen de EsSalud una Institución ineficiente, para lo cual la implementación sería adecuada para los casos de control, concurrente y posterior. Asimismo el conocimiento del control como un proceso inherente a las actividades que realizan el personal. Para el logro de objetivos, mejoramiento de la gestión en beneficio de los asegurados.

5.2.1. Respecto a la cobertura del Seguro de Salud

El ámbito del financiamiento guarda complejidades importantes, tanto de orden estructural, como políticas y técnicas. Desde el punto de vista técnico, es de alta importancia estratégica la relación entre el diseño técnico de los programas, su financiamiento y su costo actuarial. Una situación no balanceada en estos tres componentes, constituye un riesgo para la sostenibilidad y el desarrollo de EsSalud; de allí la importancia de realizar valorizaciones actuariales y financieras periódicas, que permitan gestionar ajustes en el

financiamiento de los programas. La presente valuación representa un esfuerzo en esa dirección.

Desde la perspectiva del mercado laboral, los retos para el Seguro de Salud que administra EsSalud, tienen doble naturaleza. **La primera** de ellas tiene que ver con la estructura de este mercado, la cual como se ha denotado en el presente estudio, se caracteriza fundamentalmente por la fuerte presencia de trabajadores no asalariados: aproximadamente tres de cada cinco trabajadores son trabajadores independientes y familiares no remunerados. Esto contrasta con el esquema de financiamiento de este Seguro. **La segunda**, está asociada al grado de eficiencia con el que opera este mercado para asignar trabajadores a puestos de trabajo. Como puede deducirse estos dos elementos (brechas en el desempleo y sub empleo voluntario) constituyen amenazas para el financiamiento del Seguro de Salud, pues son indicativos, por un lado, de que ciertos grupos de trabajadores tienen más dificultades que otros de ser contratados, y por otro, de que se enfrentan dificultades en encontrar trabajos bien remunerados. **Tendencia de la tasa de cobertura.** Se determinó que en los últimos diez años, la tasa de cobertura del Seguro de Salud respecto a la Población Económicamente Activa, experimentó un importante decrecimiento. Este resultado, que parece guardar relación con el entorno socioeconómico-laboral, debe llamar a la reflexión pues sin duda alguna plantea un desafío a las autoridades de EsSalud en términos de las medidas que a corto plazo deben de adoptarse para revertir la tendencia descrita. **Alcance de la cobertura de seguros de salud.** Perú se ubica entre los países latinoamericanos cuyo seguro social de salud alcanza niveles de cobertura por debajo del promedio regional.

El análisis de los índices de cobertura revela también notables diferencias de cobertura según la rama de actividad económica. En promedio, los sectores más desprotegidos por el seguro de salud-EsSalud son los trabajadores de la agricultura, la pesca y de servicio doméstico. Otras dimensiones de análisis como la ubicación geográfica y género aportan resultados interesantes.

En ninguna de las regiones la cobertura es elevada; el nivel de máxima cobertura de la fuerza de trabajo lo ocupa Lima Metropolitana (27%), seguida por la región de Costa Centro (24.5%). En virtud de ello, las mayores carencias de protección se concentran en las zonas de difícil acceso como lo son la sierra y la selva. Los indicadores disponibles aportan suficiente evidencia para afirmar que la falta de cobertura no es un problema exclusivo de los trabajadores no asalariados ni de la economía informal, sino que incluye en mayor o menor medida, a todos los grupos sociolaborales de la sociedad peruana; pero afecta fundamentalmente a los no asalariados y a los asalariados que laboran en los establecimientos más pequeños. Es decir, sale a relucir la microempresa como un sector problemático en términos de cobertura de la seguridad social.

Perfil de los titulares activos. Los titulares activos que cotizan al Seguro de Salud se caracterizan por ser en su mayoría hombres de 35 y 49 años, afiliados a la sub modalidad “Empleados y Obreros-Seguro Regular”, habitantes del Departamento de Lima. Aunado a ello, son fundamentalmente asalariados que laboran en instituciones públicas de más de 45 trabajadores, vinculadas a actividades de administración, defensa del país, planes de seguridad social y enseñanza.

Perfil de los empleadores afiliados. Los empleadores afiliados al Seguro de Salud de EsSalud constituyen en su gran mayoría establecimientos con menos de cinco trabajadores.

Importancia relativa dentro del Sistema Nacional de Salud. El Seguro de Salud de EsSalud ocupa el segundo lugar en importancia en términos de cobertura, dentro del Sistema Nacional de Salud de Perú (26%), pues el Ministerio de Salud absorbe la mayor proporción (59%). El sector privado y las fuerzas armadas y policiales representan el 12% y el 3%; respectivamente.

5.2.2. Respecto a la Gestión

El ámbito de la gestión de EsSalud caso Ayacucho es muy complejo y extenso. Se concluye que si bien EsSalud viene desarrollando acciones de fortalecimiento, estas habrán de ser complementadas con un mayor financiamiento y con cambios en el enfoque de la gestión y del modelo de atención. En todo caso, ha de quedar claro que las mejoras en la gestión, aunque indispensables, no serán suficientes para llenar las necesidades de financiamiento, actuales y futuras.

El Seguro de Salud administrado por EsSalud es un programa específico, con un conjunto particular de prestaciones denominado “Plan Mínimo de Atención”, cuya definición está sujeta al reglamento de la ley, así como programas específicos de protección ante contingencias alrededor de la renta causadas por enfermedad: subsidios por incapacidad laboral temporal, maternidad, lactancia y sepelio, y protección de riesgos laborales para los trabajadores en empleo de alto riesgo.

Gestión de ingresos y control contributivo. Sin desmerecer los importantes progresos de SUNAT en materia de sistemas de información e innovación de

procesos (los que por ejemplo han permitido elevar la calidad de la información, a EsSalud contar con información anteriormente no disponible y mejoras recientes en la cantidad de recaudación), la transferencia de las funciones de afiliación, recaudación y control contributivo a manos de la SUNAT, no ha generado todavía resultados sustancialmente diferentes en cuanto al aumento de la cobertura de la fuerza de trabajo, en comparación con los resultados históricos previos a dicha transferencia.

Asignación de recursos y gestión presupuestaria. La forma en que EsSalud opera la distribución de los recursos hacia su red de servicios en salud, sigue un modelo altamente centralista y poco eficaz, que compromete tanto la eficiencia de la función de aseguramiento, como la eficiencia en la gestión de la red de servicios de salud.

Sobre el Modelo de atención en salud. El análisis conduce a concluir que pese a las tendencias internacionales de cambio, con resultados positivos en otros ámbitos, el modelo de atención en salud de EsSalud continúa siendo de carácter curativo; esto sin menoscabo de la consideración de los esfuerzos incipientes en EsSalud para aplicar un enfoque de gestión de riesgo, los que sin duda han de ser decididamente apoyados.

Sobre Gestión de servicios de salud. Se identificó la elevada estancia hospitalaria promedio, como uno de los grandes problemas de gestión de servicios hospitalarios. El problema genera a EsSalud elevados costos, y se explica por una serie de factores: problemas de programación interna dentro de los hospitales, infección hospitalaria, lentitud de exámenes de laboratorio, falta de cultura hacia la gestión de los costos en el nivel clínico, cancelación de cirugías y complicaciones de pacientes, entre otros.

CONCLUSIONES

1. La prestación de servicios asistenciales para los asegurados a la fecha aún no ha mejorado, por que en EsSalud la implantación del sistema de control interno así como el órgano de control institucional no está implementado como para prestar un servicio de calidad y a satisfacción de los asegurados.
2. La atención médica a los asegurados es a base de medicamentos básicos lo que no permite mejorar la salud y genera descontento en los usuarios, por el limitado presupuesto y normas generales. La capacidad física de la infraestructura es limitada y acondicionada de acuerdo a la necesidad de las prestaciones de servicios de salud en lo preventivo y recuperativo fundamentalmente en provincias.
3. El Hospital de tipo II EsSalud no está implementado con instrumental médico y Equipos Biomédicos adecuado a falta de presupuesto específico, ni la plana de médicos a falta de especialización profesional, asimismo la plana del personal administrativo no está adecuadamente instruido para la atención al público, lo que demuestra el incumplimiento de metas.
4. Existe una oferta limitada de profesionales médicos especializados de acuerdo a la necesidad de potencial humano asistencial en relación a la funcionabilidad del Hospital. Asimismo el desconocimiento por parte de estos de las acciones de control previo, concurrente y posterior hacen de que la atención y por consiguiente la gestión sea inadecuada.

RECOMENDACIONES

1. Debe implementarse el Órgano de Control Institucional a fin de que contribuya en la adopción de medidas correctivas. Dicha implementación irá en beneficio de la población asegurada teniendo en consideración la Visión y Misión de EsSalud Ayacucho.
2. Propender el incremento del presupuesto institucional para mejorar la prestación de servicios asistenciales, así como la adquisición de medicinas más variadas y efectivas para la recuperación del paciente. Del mismo modo crear un nuevo Hospital acorde a la realidad de la demanda de la Región
3. Exigir a los responsables la integración de profesionales médicos, técnicos asistenciales de calidad, así como promover las capacitaciones de los mismos evaluándolos periódicamente. Asimismo solicitar la dotación de materiales, instrumental médico y equipos biomédicos acorde a la categoría asignada a éste establecimiento de salud y no centralizar dichas especialidades en la capital.
4. Motivar y capacitar a los integrantes de EsSalud respecto a las acciones de Control y que éstos desarrollen y pongan en práctica dentro de sus actividades y responsabilidades diarias en beneficio de la gestión institucional y por ende de los asegurados.

BIBLIOGRAFIA

- | | |
|--|--|
| Principios de Auditoria | Walter b. Meigs
Profesor de las Universidad
de California Sur
Edición: 2003 |
| Manual sobre Normas Técnicas de Auditoria y Control Interno para la Contraloría General de la República y las Entidades y Órganos sujetos a su Fiscalización | Contraloría General de la Republica
Edición: 2002 |
| Sistema de Control | Escuela Superior de Educación |
| Manual de Auditoria Interna | Charles A, Bacon C.P.A.
Edición: 2004 |
| Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control Interno | Sistema Nacional de Control Interno
Ley N° 27785 |
| Normas Internacionales de Auditoria | Instituto Interamericano de Auditoria y Contabilidad
Edición: 1997 |
| ISO 9000 Liderazgo Virtual | Taormina tom
Catedrático del Centro para Programas de Administración Superior de la Universidad de Houston
Edición: 1998 |
| La Auditoria de los Sistemas de la Gestión de Calidad | José Vilar Barrio
Edición: 2002 |
| Ley del Código de Ética de la Función Pública | Editorial El Perú
Ley N° 27815 |
| Ley de Creación de EsSalud | Edición Oficial |
| Manual de Auditoria Gubernamental (MAGU) | |
| Normas de Auditoria Gubernamental (NAGU) | |

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTOBAL DE HUAMANGA
BIBLIOTECA