

**DIAGNÓSTICO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000 DE 2004 Y EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE TANGUA.**

**Presentado por:**

**LIDA DE LOURDES LOPEZ ROMERO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD**

**ESCUELA DE CIENCIAS JURIDICAS Y POLITICAS - ECJP**

**ESPECIALIZACION EN GESTION PÚBLICA**

**2018**

**DIAGNÓSTICO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000 DE 2004 Y EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE TANGUA.**

**Asesora:**

**Dra. CATHERINE DEL PILAR DIAZ**

**Presentado por:**

**LIDA DE LOURDES LOPEZ ROMERO**

**En la modalidad de Proyecto Aplicado**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD**

**ESCUELA DE CIENCIAS JURIDICAS Y POLITICAS - ECJP**

**ESPECIALIZACION EN GESTION PÚBLICA**

**2018**

## **Dedicatoria**

En memoria de mi Padre quien con su sabiduría y valentía me enseñó a luchar por cada uno de mis ideales.

A Mi Madre mi mayor bendición por su infinito amor, ejemplo de bondad y Luz que guía mi camino.

A Mis Hermanos por su apoyo incondicional en cada decisión de mi vida.

A Mi Esposo mi amigo y compañero por su comprensión, por cada palabra de aliento me motivan a ser cada día mejor.

A mis sobrinas con su entusiasmo, alegría y cariño son mi inspiración.

## **Agradecimientos**

A Dios por regalarme la vida, por todas las bendiciones concedidas, por ser mi fortaleza para perseverar en mis propósitos.

A la Universidad, a sus docentes y equipo administrativo por sus enseñanzas para mi formación personal, profesional y laboral.

A mi Directora del Trabajo Doctora Catherine del Pilar Díaz por brindarme sus conocimientos y orientaciones, su constante apoyo en el desarrollo del Proyecto

A la Secretaria Municipal de Tangua por la colaboración con la información para el desarrollo del proyecto.

Con el presente proyecto se realizó el diagnóstico de la implementación de la norma técnica de calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 y el modelo EFQM de Excelencia en la gestión de la calidad de la salud pública en la Secretaria Municipal de Salud de Tangua con el fin de establecer el grado de cumplimiento frente a los requisitos de la norma técnica de la calidad y los criterios del modelo EFQM, identificando puntos fuertes y áreas de mejora del Sistema de gestión de la Calidad de la Salud Pública.

A través de la aplicación de un cuestionario, desarrollado por los funcionarios de la Secretaria de Salud a quienes mediante la socialización del proyecto se brinda la información relacionada con los requisitos de la norma y los criterios del modelo, se pretende conocer la gestión de la calidad del sector salud con el propósito de innovar y mejorar sus procesos en respuesta a las necesidades de salud de la Población del Municipio de Tangua desde el Marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

**Palabras Clave:** Norma Técnica de la Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, Modelo de Excelencia EFQM, Sistema de Gestión de la Calidad, Gestión Pública, Ciclo PHVA, Lógica REDER, Salud Pública, Plan Decenal de Salud Pública, Plan Territorial de Salud.

## Tabla de Contenido

Planteamiento del Problema.....	11
Justificación.....	14
Objetivos .....	17
Objetivo General .....	17
Objetivos Específicos.....	17
Marco Conceptual y Teórico.....	18
El Concepto de la Calidad: Historia, Evolución e Importancia para la Competitividad.....	18
Sistema de Gestión de la Calidad para la Rama Ejecutiva del Poder Público y otras entidades prestadoras de Servicios .....	22
Principios de Gestión de la Calidad .....	25
Compatibilidad con otros sistemas de gestión .....	27
Términos y Definiciones de la Norma NTCGP: 1000:2004 .....	27
Requisitos Generales del Sistema de Gestión de la Calidad .....	33
Gestión Documental del Sistema de Gestión de Calidad.....	35
Responsabilidad de la Dirección .....	37
La Gestión de los Recursos .....	39
La Realización del Producto o la Prestación del Servicio.....	39
La Medición, Análisis y Mejora.....	40
Seguimiento y Medición .....	41
Control del Producto y/o Servicio no conforme.....	41
Análisis de Datos.....	42
Mejora .....	42
Modelo EFQM de Excelencia.....	44
Criterios “Agentes” (5): .....	47
Criterios “Resultados” (4):.....	53
Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021 .....	54
Gestión de la Salud Publica.....	56
Metodología .....	56
Socialización del Proyecto y Cuestionario para el Diagnostico de la Implementación de la Norma Técnica de Calidad en la Gestion Publica NTCGP 1000:2004 y el Modelo EFQM de Excelencia en la Secretaria Municipal de Salud de Tangua .....	66
Presentación y Análisis de Resultados .....	67
Conclusiones .....	135
Lista de referencias.....	137
Anexos.....	138
.....	196

## Lista de tablas

7

Tabla 1.....	57
Equivalencias Calificativos requisitos de la Norma NTCGP 1000:2004 y Atributos Modelo EFQM.....	58
Tabla 2.....	59
Escala de Valoración.....	59
Tabla 3.....	60
Frecuencias de la valoración.....	60
Tabla 4.....	60
Valoración porcentual.....	60
Tabla 5.....	61
Valoración parcial.....	61
Tabla 6.....	62
Valoración parcial por Criterio.....	62
Tabla 7.....	63
Recursos Requeridos.....	63
Tabla 8.....	65
Cronograma.....	65
Tabla 9.....	67
Valoración Criterio Liderazgo.....	67
Tabla 10.....	73
Valoración Criterio Política y Estrategia.....	73
Tabla 11.....	82
Valoración Criterio Personas.....	82
Tabla 12.....	85
Valoración Criterio Alianzas y Recursos.....	85
Tabla 13.....	92
Valoración Criterio Procesos-productos-servicios.....	92
Tabla 14.....	115
Valoración Criterio Resultados en los Clientes.....	115
Tabla 15.....	120
Valoración Criterio Resultados en las Personas.....	120
Tabla 16.....	123
Valoración Criterio Resultados en la Sociedad.....	123
Tabla 17.....	126
Valoración Criterio Resultados Clave.....	126
Tabla 18.....	131
Consolidado Valoración Parcial por cada criterio.....	131

## Lista de figuras

8

Figura 1. Modelo de Un Sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos según la Norma NTCGP 1000:2004.....	24
Figura 2. Estructura del Modelo EFQM.....	45

**Lista de Anexos**

Anexo 1. Cuestionario.....	138
Anexo 2. Solicitud de Socialización del Proyecto .....	195
Anexo 3. Invitación Convocatoria a reunión para capacitación.....	197
Anexo 3. Registro de Asistencia .....	198
Anexo 4. Registro Fotográfico .....	199
Anexo 6. Diapositivas de Capacitación.....	200
.....	201
.....	202
.....	203
.....	204

## **Introducción**

La gestión de la Calidad en la Gestión Pública en la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua garantizan la eficiencia, la eficacia y la efectividad en el cumplimiento de las estrategias, programas y proyectos planeados con enfoque en el cliente y/o usuario.

El Trabajo describe los requisitos bajo la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 y el modelo EFQM de Excelencia como referentes del Marco del Sistema de Gestión de la Calidad en la Gestión Pública, los cuales mediante un cuestionario se verificará el grado de cumplimiento en la Secretaria Municipal de Salud promoviendo la cultura de la calidad en la Gestión Pública así mismo identificar puntos fuertes y oportunidades de mejora.

Para realizar el diagnóstico del Sistema de Gestión de La calidad en la Gestión Pública se socializa los requisitos de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 y los criterios del modelo EFQM de Excelencia para luego diligenciar un cuestionario el cual contiene preguntas referidas al cumplimiento de los requisitos de la norma y los criterios del Modelo.

## **Planteamiento del Problema**

### **¿Cómo se ha implementado la Norma técnica de calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000 de 2004 y el modelo EFQM de Excelencia en la gestión de la Calidad de la Salud Pública en la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua?**

En el Marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021, adoptado en la Resolución 1841 de 2013, las entidades territoriales adquieren un gran compromiso en el cumplimiento de sus principales objetivos:

- 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud
- 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente
- 3) mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable.

La puesta en marcha de este Plan se apoya a través de la actuación articulada entre sectores y actores responsables de la intervención efectiva y positiva de los procesos de salud enfermedad, a través del abordaje de los determinantes sociales, con el fin de crear condiciones que garanticen bienestar integral y calidad de vida en Colombia.

En congruencia con este compromiso, La Secretaria de Salud del Municipio de Tangua cuenta con un Plan Territorial de Salud el cual orienta la elaboración de los diversos instrumentos de gestión del sector salud y pretende reconocer la salud como un derecho fundamental donde sus habitantes puedan gozar de mejores condiciones de bienestar en todas sus dimensiones y en caso de enfermedad o invalidez tener el acceso pleno e integral a una adecuada atención y tratamiento

resultado de la inclusión social, el desarrollo humano y la protección social mediante el cumplimiento de los siguientes objetivos:

12

- Abordar la inequidad sanitaria como el factor más importante, para enfrentar las desigualdades evitables en materia de salud.
- Garantizar el acceso universal al sistema de seguridad social en salud, entendida como un conjunto integrado de políticas sociales que presta especial atención a los grupos vulnerables y protegiendo y empoderando a las personas a lo largo del ciclo de vida.
- Asumir la calidad como un fin social que se plasma en el principio de calidad de vida, desarrollada con enfoque gerencial para la implementación de una estrategia de fortalecimiento de los servicios de salud.
- Establecer los criterios de asignación de recursos con base en las prioridades sanitarias, para la exclusión de barreras de acceso financiero en la atención.

Desde la perspectiva de la Gestión integral de la Calidad en Salud, el Plan Territorial de salud se inscribe en el marco de la metodología conocida como PHVA: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud, bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad a cargo de las entidades territoriales y lograr resultados en Salud.

Así mismo en concordancia con el Artículo 2. De la Resolución 1841 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social. Responsabilidades de las entidades territoriales:" Las entidades territoriales de acuerdo con sus competencia y necesidades, condiciones y características de su territorio, deberán adaptar y adoptar los contenidos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en cada cuatrienio a través del Plan Territorial de Salud

coordinar su implementación en su área de influencia, de conformidad con los lineamientos que para el efecto define este ministerio”.

13

De otra parte la expedición de la Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) con el fin de alcanzar las metas y objetivos de salud pública definidas en el Plan Decenal de Salud Pública las cuales serán de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el ámbito de sus competencias, funciones y responsabilidades.

En consideración a lo expuesto anteriormente y en el ámbito de las competencias, funciones y responsabilidades de la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua de Dirigir, Vigilar y Coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Territorio Municipal, y promover el acceso a la población a dicho sistema se plantea el análisis de la aplicación de la Norma técnica de calidad en la Gestión pública NTCGP 1000 de 2004 y el modelo EFQM de Excelencia en la gestión de la calidad de la Salud Pública de la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua el cual resulta de la identificación de los problemas de calidad presentes en la Secretaria de Salud para lograr el propósito del mejoramiento continuo de sus procesos en respuesta a las necesidades de salud de la Población del Municipio de Tangua desde el Marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

## **Justificación**

Con el fin de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad, el Departamento Administrativo de la Función Pública ha puesto a disposición de las entidades la Guía de implementación del sistema de gestión de la calidad bajo la norma técnica de calidad para la gestión pública NTCGP 1000:2004, donde se encuentran las metodologías para la identificación, caracterización y documentación de los procesos, incluyendo la estructura documental, los procedimientos, registros e indicadores de gestión, entre otros.

De otra parte, con el Modelo FQM de Excelencia como instrumento práctico que ayuda a las organizaciones a establecer un sistema de gestión apropiado, midiendo en qué punto se encuentran dentro del camino hacia la excelencia, identificando posibles carencias de la organización y definiendo acciones de mejora permitiendo la evaluación para lograr estándares de excelencia en las organizaciones y el logro de resultados superiores.

Armonizar la Norma y los contenidos del Modelo en la Gestión de la Salud Pública en la Secretaría de Salud del Municipio de Tangua fortalece la capacidad administrativa, el desempeño institucional, y la gestión de los principales recursos de la entidad: humanos, materiales y financieros y contribuye al mejoramiento de la calidad y el logro de los resultados en salud orientado al cumplimiento de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Estas herramientas de gestión permiten enfocar los esfuerzos de la Entidad, hacia la 15  
búsqueda de la excelencia mediante el mejoramiento continuo, soportado en la estandarización de  
los procesos y procedimientos y el enfoque al cliente.

El Sistema de Gestión de Calidad se fortalece mediante el enfoque por procesos, la  
transversalidad de las actividades, la participación de los servidores y servidoras, las  
capacitaciones y sensibilizaciones, la cultura por mejorar continuamente y la visión de servicio  
donde sea posible satisfacer las necesidades en salud y requisitos de la población del Municipio  
de Tangua.

Así mismo la adecuada implementación de los diferentes procesos de la Gestión de la  
Salud Pública debe apuntar al logro de las siguientes finalidades definidas en el artículo 7 de la  
Resolución 518 de 2015, son:

- a. Los Individuos y colectivos a lo largo del curso de vida tienen acceso  
efectivo y de calidad a las estrategias de salud pública.
- b. Las personas y comunidades estén empoderadas de la gestión de las  
políticas en salud.
- c. Los mecanismos de participación social operan.
- d. Las estrategias de salud pública son evaluadas en su proceso e impacto.
- e. Las políticas y respuestas sectoriales e institucionales son integrales y  
pertinentes frente a la situación de salud de la población, al contexto territorial y a las  
expectativas de los sujetos en relación a su propia salud.
- f. Las políticas, planes, programas y proyectos incluyen objetivos y  
estrategias específicas para reducir las brechas de equidad y acciones intersectoriales.

g. Los agentes, instituciones, organizaciones y comunidades del Sistema de<sup>16</sup> Salud trabajan de manera coordinada para la consecución de los resultados en salud.

h. Los recursos del sector salud son utilizados con eficiencia y efectividad.

i. Los establecimientos de interés sanitario gestionan de manera eficiente el riesgo en salud.

j. La red de prestadores de servicios de salud es organizada, suficiente y responde a la situación de salud de la población, las expectativas de los sujetos en relación a su propia salud y el contexto territorial.

k. Las Instituciones y organizaciones del Sistema de Salud cuentan con un sistema de calidad fortalecido, implementado y evaluado.

l. Las Instituciones y organizaciones del Sistema de Salud generan información de calidad (oportuna, accesible, sensible, confiable e integral) sobre la situación de salud de sus territorios, que constituye la base de la planeación territorial de las acciones de salud pública.

m. Las instituciones y organizaciones del Sistema de Salud desarrollan acciones soportadas en la evidencia y adecuadas al contexto sociocultural.

n. Las organizaciones y personas cuentan con capacidades para la gestión en salud pública.

El diagnóstico de la implementación de la norma NTCGP 1000 de 2004 y el modelo EFQM de la Excelencia pretende identificar las oportunidades de mejora y determinar las

acciones para llevarlas a cabo, estimulando a la Secretaria de Salud a enfocar sus procesos y 17 acciones hacia la satisfacción de los usuarios y a la evaluación constante, orientando la adecuada implementación, monitoreo y evaluación de las políticas, planes, programas y estrategias de salud pública y lograr resultados en salud .

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Elaborar un diagnóstico de la implementación de la Norma técnica de calidad en la Gestión pública NTCGP 1000 de 2004 y el modelo EFQM de Excelencia en la gestión de la calidad de la Salud Pública de la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua.

### **Objetivos Específicos**

- Aplicar los requisitos de la norma la Norma técnica de calidad en la Gestión pública NTCGP 1000 de 2004 y el modelo EFQM de Excelencia para la calidad en la gestión de la salud pública de la secretaria de salud del Municipio de Tangua.
- Identificar los procesos de gestión integral de la salud de la secretaria de salud del Municipio de Tangua.
- Identificar potencialidades y oportunidades de mejora en la gestión de la Salud Pública de la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua
- Promover una cultura de mejoramiento de la calidad en la Gestión de la Salud Pública de la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua.

## **El Concepto de la Calidad: Historia, Evolución e Importancia para la Competitividad**

Hacer las cosas bien y de la mejor forma posible proporciona una ventaja sobre los demás y sobre el entorno en el cual se interactúa.

En una sociedad globalizada, la calidad es una herramienta para la toma de decisiones de obligatorio manejo en cualquier organización que pretenda asegurar su sostenibilidad en el tiempo.

En los sistemas de producción en serie, de la etapa de la Revolución Industrial del Siglo XIX, la calidad comprendía la **función de inspección del proceso** productivo realizada por el operario.

Posteriormente a finales del siglo XIX y con el proceso de estandarización de las condiciones y métodos de trabajo, aparecen las teorías de la Administración Científica, en donde, según Evans y Lindsay (2008), (como se citó Cubillos Rodríguez y Rozo Rodríguez ,2009), uno de los principios fundamentales de esta teoría determina que las actividades de planificación y ejecución del trabajo deben estar totalmente separadas con el objetivo de aumentar la productividad. Este nuevo esquema generó inicialmente una disminución clara en la calidad del producto, debido a que los errores humanos aumentaron en gran medida al desaparecer la inspección realizada por cada operario anteriormente. Como solución, se adoptó la creación de la función de inspección en la fábrica, centralizada en un empleado responsable de determinar los productos buenos y malos.

En esta etapa, calidad significa atacar los efectos y no la causa; se encuentra un enfoque<sup>19</sup> netamente correctivo, porque los responsables son únicamente los inspectores de calidad, que soportan sus decisiones en inspecciones visuales y en la utilización de algunos instrumentos de medición para realizar comprobaciones de producto contra unos estándares fijados para éste.

Es así como, con la aparición de la administración científica en los esquemas productivos de la época de finales del siglo XIX, se da inicio a la primera etapa del desarrollo de la calidad, conocida como **control de calidad por inspección**.

Con el avance de la tecnología industrial entre 1920 y 1940, los controles de calidad de los productos se realizaban a través de estadísticas. El Matemático Walter Shewhart propuso un nuevo método para mejorar, en términos de costo-beneficio, las líneas de producción, aplicando la estadística de manera eficiente para elevar la productividad y disminuir los errores (Shewhart, 1931).

Shewhart además del control de la calidad con métodos estadísticos, también se preocupó por el rol administrativo de la calidad, diseñando el famoso ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar), denominado más adelante por los japoneses como el ciclo Deming, el cual es la base de los sistemas de gestión de calidad existentes en la actualidad.

El nuevo método estadístico propuesto condujo a los norteamericanos a liderar la segunda etapa del desarrollo de la calidad, conocida como **aseguramiento de la calidad**.

Las primeras normas de calidad norteamericanas funcionaron precisamente en la industria militar, las cuales tuvieron un gran éxito para la industria norteamericana y permitieron elevar los estándares de calidad drásticamente, disminuyendo en un gran número la pérdida de vidas humanas.

Durante el mismo periodo de la Segunda Guerra Mundial, el doctor William Edwards 20

Deming, uno de los grandes estadistas y discípulos Shewhart, se dio a conocer a los japoneses por impartir una serie de conferencias a ingenieros sobre control estadístico de calidad y sobre el modelo administrativo para el manejo de la calidad, en las que explicó la responsabilidad del personal directivo para lograrla. Deming llevó a Japón el ciclo PHVA.

Con el paso del tiempo el control de la calidad paso de la inspección a la prevención como forma de controlar los factores del proceso que ocasionaban productos defectuosos.

Joseph Juran, en 1954, también visito a Japón y contribuyó a destacar el importante compromiso del área gerencial por el logro de la calidad.

Otro personaje muy importante fue Armand V. Feigenbaum (como se citó en Cubillos Rodríguez y Rozo Rodríguez, 2009,), quien creó el concepto de gestión de la calidad o de gestionar la calidad, e introdujo el programa de calidad de la General Electric, que aplicó por primera vez el Total Quality Control en Estados Unidos, que apareció en 1951 en su libro Total Quality Control.

De otra parte, en Estados Unidos con la investigación de Crosby se responsabiliza al operario por la calidad de las operaciones que se le confían. Este método entraña la supresión de numerosos controles y genera en el operario la toma de conciencia de “hacerlo bien a la primera y siempre” (Crosby, 979), (como se citó en Cubillos Rodríguez y Rozo Rodríguez, 2009).

Posteriormente a la década de los setenta, y como consecuencia de los nuevos esquemas económicos mundiales, se presenta una tercera etapa en el desarrollo de la Calidad. Aparece en el escenario mundial **“El Proceso de Calidad Total”**.

Esta nueva etapa se distingue por un esfuerzo para alcanzar la calidad en todos los 21

aspectos dentro de las organizaciones sin importar su actividad económica, incluidas las áreas de finanzas, ventas, personal, mantenimiento, administración, manufactura y servicios. La calidad se enfoca ya al sistema como un todo y no exclusivamente en la línea de manufactura.

Con el fenómeno de la Globalización, la calidad evoluciona a la **mejora continua de la calidad total**. En esta cuarta etapa de la evolución de la calidad, el factor humano cumple un papel muy importante al iniciar un proceso continuo de reducción de costos, dado que ha desarrollado habilidades para trabajar en equipo y para la resolución de problemas. La empresa descubre que tiene que generar su propio conocimiento, pero de forma sistémica.

Al competir en un mercado globalizado, las empresas se enfrentan al reto de producir y vender productos de alta calidad al menor costo posible. La suma de los esfuerzos del personal y la optimización del proceso se reflejan en una reducción continua de costos obteniendo mayor mercado y aumento en las utilidades de la empresa.

Actualmente las organizaciones están implementando el modelo de **gestión de calidad basado en procesos**, el cual enuncia que para que una organización funcione eficazmente tiene que establecer y gestionar diversas actividades relacionadas entre sí. Se denomina “enfoque basado en procesos” porque aplica un sistema de procesos dentro de la organización, la identificación e interacción de éstos, así como su gestión para producir los resultados deseados.

La norma técnica de calidad en la gestión pública **NTCGP 1000:2004** aplicada a las entidades de la rama ejecutiva y otras entidades prestadoras de servicios especifica los requisitos para la implementación de un Sistema de Gestión de la calidad con el propósito de mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.

Se basa en un modelo enfocado a procesos que permite obtener un mayor control sobre los procesos y las interrelaciones entre ellos orientados a obtener resultados deseados.

El Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad basado en procesos enfatiza la importancia a los clientes en la definición de requisitos como elementos de entrada. “El seguimiento de la satisfacción del cliente requiere la evaluación de la información relativa a la percepción del cliente acerca del cumplimiento de la entidad con respecto a sus requisitos.”

(Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2002, p.1)

Adicionalmente la norma indica también aplicar a los procesos la metodología conocida como "Planificar- Hacer-Verificar-Actuar" (PHVA). Entendiendo como:

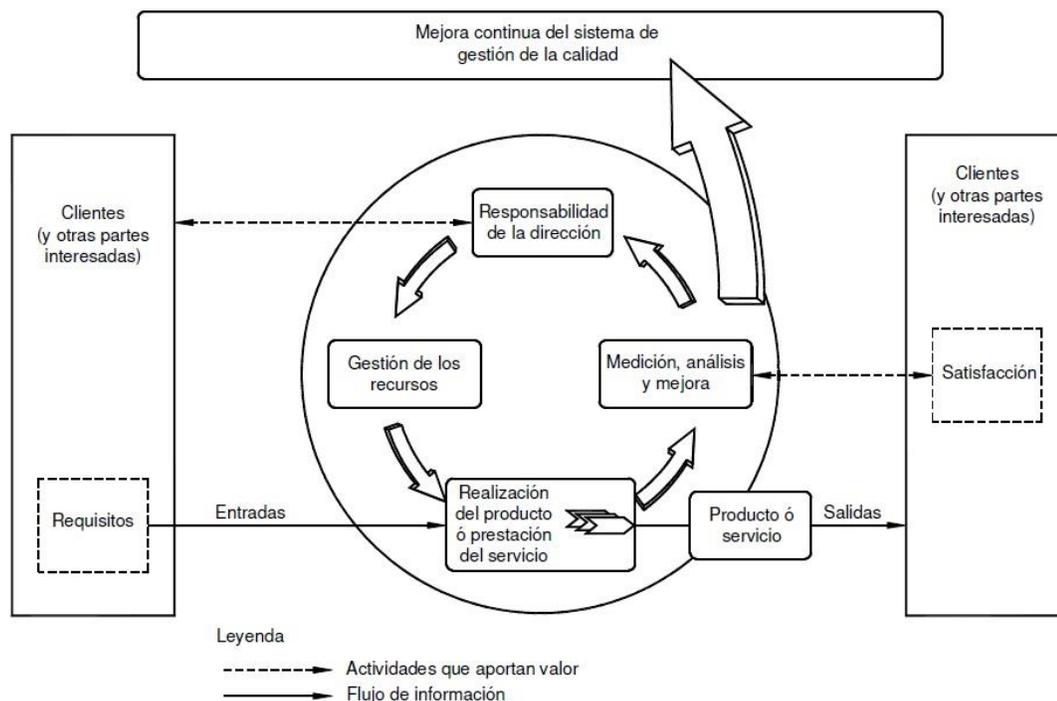
**Planificar:** “establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la entidad”. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2002, p.2)

**Hacer:** “implementar los procesos”. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2002, p.2)

**Verificar:** “realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos y/o servicios respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto y/o servicio, e informar sobre los resultados.” (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2002, p.2) 23

**Actuar:** “tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.” (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2002, p.2)

A continuación, se observa un gráfico donde se muestra la relación entre los elementos de un sistema de gestión de calidad con enfoque en procesos y la aplicabilidad de la técnica distinguida como PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar). Como se puede observar La mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad involucra la Responsabilidad de la Dirección, La Gestión de los recursos, la Realización del Producto o la prestación del servicio y la medición, análisis y mejora, contribuyendo a la eficacia, eficiencia y efectividad de las entidades en el logro de sus objetivos y orientado al aumento de la satisfacción del cliente.



*Figura 1.* Modelo de Un Sistema de Gestión de la Calidad basado en procesos según la Norma NTCGP 1000:2004.

En la interacción de estos elementos también se observa dos factores importantes a nivel externo, que son los requisitos o necesidades y la satisfacción de los clientes; los requisitos del cliente son el punto de partida en la implementación del sistema, ya que la entidad tiene por fin garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes de los ciudadanos, y al darse esta situación se generara satisfacción en el ciudadano (cliente).

La Norma de gestión de Calidad en la Gestion Pública NTCGP 1000:2004 se basa en las normas internacionales de la serie ISO 9000:2000 sobre gestión de la calidad, principalmente la norma internacional ISO 9001:2000.

## Principios de Gestión de la Calidad

Los principios del sistema de gestión de la calidad se enmarcan, integran, complementan y desarrollan dentro de los principios constitucionales de la función pública.

Se han identificado los siguientes principios de gestión de la calidad, que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la entidad hacia una mejora en su desempeño:

**a) Enfoque hacia el cliente:** la razón de ser de las entidades es prestar un servicio dirigido a satisfacer a sus clientes; por lo tanto, es fundamental que las entidades comprendan cuales son las necesidades actuales y futuras de los clientes, que cumpla con sus requisitos y que se esfuercen por exceder sus expectativas.

**b) Liderazgo:** desarrollar una conciencia hacia la calidad implica que la alta dirección de cada entidad es capaz de lograr la unidad de propósito dentro de ésta, generando y manteniendo un ambiente interno favorable, en el cual los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas puedan llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la entidad.

**c) Participación activa de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas:** es el compromiso de los servidores públicos y/o de los particulares que ejercen funciones públicas, en todos los niveles, que permite el logro de los objetivos de la entidad.

**d) Enfoque basado en los procesos:** En las entidades existe una red de procesos, la cual, al trabajar articuladamente, permite generar valor. Un resultado

deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso. 26

**e) Enfoque del sistema para la gestión:** el hecho de identificar, entender, mantener, mejorar y, en general, gestionar los procesos y sus interrelaciones como un sistema contribuye a la eficacia, eficiencia y efectividad de las entidades en el logro de sus objetivos.

**f) Mejora continua:** siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar los productos o prestar servicios en las entidades. Es fundamental que la mejora continua del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar su eficacia, eficiencia y efectividad.

**g) Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones:** en todos los niveles de la entidad las decisiones eficaces, se basan en el análisis de los datos y la información, y no simplemente en la intuición.

**h) Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios:** las entidades y sus proveedores son interdependientes; una relación beneficiosa, basada en el equilibrio contractual aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

**i) Coordinación, cooperación y articulación:** el trabajo en equipo, en y entre entidades es importante para el desarrollo de relaciones que beneficien a sus clientes y que permitan emplear de una manera racional los recursos disponibles.

**j) Transparencia:** La gestión de los procesos se fundamenta en las actuaciones y las decisiones claras; por lo tanto, es importante que las entidades garanticen el acceso a la

información pertinente de sus procesos facilitando el control social. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2002, p.3,4y 5)

27

### **Compatibilidad con otros sistemas de gestión**

El modelo de gestión de la calidad de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGO 1000: 2004 es complemento de los sistemas de control interno y desarrollo administrativo.

Es posible, para una entidad, adaptar su(s) sistema(s) de gestión de la calidad existente(s) para que cumpla con los requisitos de esta norma.

El sistema de gestión de la calidad debe entenderse como una herramienta que comparte algunos elementos con otros sistemas. Por lo tanto, es posible que la implementación de algunos de los requisitos de esta norma permita el cumplimiento, total o parcial, de requisitos de otros sistemas. En la implementación del sistema de gestión de la calidad se debe tener cuidado especial en la identificación de estos elementos comunes, para evitar que se dupliquen esfuerzos. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGO 1000: 2004, p.5)

### **Términos y Definiciones de la Norma NTCGP: 1000:2004**

Los siguientes términos y definiciones son aplicables para el propósito de esta norma:

**acción correctiva:** conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

**acción preventiva:** conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable. 28

**adquisición de bienes y servicios:** cualquier modalidad de contratación, convenio, concesión o provisión de bienes y/o servicios, inherentes al cumplimiento de la misión de la entidad.

**alta dirección:** persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel una entidad.

**ambiente de trabajo:** conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.

En el ámbito de esta norma las condiciones incluyen solamente aquellas que puedan tener una influencia significativa sobre el producto o servicio. Algunos ejemplos son: metodologías de trabajo creativas y oportunidades de aumentar la participación activa de los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, la ubicación del lugar de trabajo, interacción social, ergonomía, instalaciones para el personal en la entidad, calor, humedad, luz, flujo de aire, higiene, limpieza, ruido, vibraciones y contaminación.

**auditoría interna:** proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que, al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoría interna.

**Autoridad:** poder con que se cuenta o que se ha recibido por delegación.

**Calidad:** grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

**capacidad de una entidad:** aptitud de una entidad, sistema o proceso para realizar un producto o prestar un servicio que cumple los requisitos para ese producto o servicio. 29

**Cliente:** organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio.

**Competencia:** habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.

**Concesión:** autorización para utilizar o liberar un producto que no es conforme con los requisitos especificados.

**confirmación metrológica:** conjunto de operaciones necesarias para asegurar que el equipo de medición cumple con los requisitos para su uso previsto.

**Conformidad:** cumplimiento de un requisito.

**control de la calidad:** parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.

**Corrección:** acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva.

**diseño y desarrollo:** conjunto de procesos que transforma los requisitos de una política, programa, proyecto o cliente en características especificadas o en la especificación de un proceso o sistema, producto y/o servicio.

**Documento:** información y su medio de soporte.

**Efectividad:** medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles.

**Eficacia:** grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.

**Eficiencia:** relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

**enfoque basado en los procesos:** identificación y gestión sistemática de los procesos 30

empleados en las entidades. En particular, las interacciones entre tales procesos se conocen como "enfoque basado en los procesos".

**Entidades:** entes de la rama ejecutiva del poder público y otros prestadores de servicios cubiertos bajo la Ley 872 de 2003.

**equipo de medición:** instrumento de medición, *software*, patrón de medición, material de referencia o equipos auxiliares, o combinación de ellos, necesarios para llevar a cabo un proceso de medición.

**Especificación:** documento que establece requisitos.

**estructura de la entidad:** disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal.

**Gestión:** actividades coordinadas para dirigir y controlar una entidad.

**gestión documental:** conjunto de actividades administrativas y técnicas tendientes a la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por las entidades, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación.

**Infraestructura:** sistema de instalaciones, equipos y servicios necesarios para el funcionamiento de una entidad.

**manual de la calidad:** documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una entidad.

**mejora continua:** acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

**misión de una entidad:** se entiende como el objeto social o la razón de ser de la entidad.

**no conformidad:** incumplimiento de un requisito.

**objetivo de la calidad:** algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad. 31

**parte interesada:** organización, persona o grupo que tenga un interés en el desempeño de una entidad.

**planificación de la calidad:** parte de la gestión de la calidad enfocada al establecimiento de los objetivos de la calidad y a la especificación de los procesos operativos necesarios y de los recursos relacionados, para cumplir los objetivos de la calidad.

**política de la calidad de una entidad:** intención(es) global(es) y orientación(es) relativa(s) a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección de la entidad.

**Procedimiento:** forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

**Proceso:** conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Los elementos de entrada para un proceso son generalmente salidas de otros procesos.

Los procesos de una entidad son, generalmente, planificados y puestos en práctica bajo condiciones controladas, para generar valor.

Un proceso en el cual la conformidad del producto o servicio resultante no pueda ser fácil o económicamente verificada, se denomina habitualmente "proceso especial".

Cada entidad define los tipos de procesos con los que cuenta, típicamente pueden existir, según sea aplicable, los siguientes:

- **Procesos estratégicos:** Incluyen procesos relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, provisión de comunicación, aseguramiento de la disponibilidad de recursos necesarios y revisiones por la dirección.

- **Procesos misionales:** Incluyen todos los procesos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento de su objeto social o razón de ser.

- **Procesos de apoyo:** Incluyen todos aquellos procesos para la provisión de los recursos<sup>32</sup> que son necesarios en los procesos estratégicos, misionales y de medición, análisis y mejora.

- **Procesos de evaluación:** Incluyen aquellos procesos necesarios para medir y recopilar datos destinados a realizar el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia. Incluyen procesos de medición, seguimiento y auditoría interna, acciones correctivas y preventivas, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

**producto o servicio:** resultado de un proceso o un conjunto de procesos.

**Proveedor:** organización o persona que proporciona un producto y/o servicio.

**Registro:** documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

**Requisito:** necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.

**Responsabilidad:** derecho natural u otorgado a un individuo en función de su competencia para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho.

**Revisión:** actividad emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

**Riesgo:** toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.

**satisfacción del cliente:** percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas.

**Sistema:** conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan con el fin de lograr un propósito.

**sistema de gestión de la calidad para entidades:** herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y

satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades. Está enmarcado en <sup>33</sup> los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades.

**Trazabilidad:** capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.

**Validación:** confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.

**Verificación:** confirmación, mediante la aportación de evidencia objetiva, de que se han cumplido los requisitos especificados.

### **Requisitos Generales del Sistema de Gestión de la Calidad**

Los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo a la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 se especifican en los siguientes numerales:

4. Sistemas de Gestión de la Calidad- Documentación
5. Responsabilidad de la Dirección
6. Gestión de los Recursos
7. Realización del Producto o prestación del Servicio
8. Medición, Análisis y mejora

De acuerdo con los requisitos generales de la norma, la entidad debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad mediante el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Identificar los procesos que le permiten cumplir la misión que se le ha asignado.

- b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos,
- c) determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes,
- d) asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos,
- e) Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos,
- f) implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos, e
- g) identificar y diseñar, con la participación de todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generan un impacto considerable en la satisfacción de necesidades y expectativas de calidad de los clientes, en las materias y funciones que le competen a cada entidad. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, p.15-16)

En los casos en que la entidad opte por entregar a terceros cualquier proceso que afecte la conformidad del producto y/o servicio con los requisitos, la entidad debe asegurarse de controlar tales procesos. La responsabilidad sobre el control de los procesos entregados a terceros debe estar identificada dentro del sistema de gestión de la calidad. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, p.16)

“Cuando existan disposiciones regulatorias, expedidas por una autoridad competente, relativas al control de procesos entregados a terceros, la entidad deberá ceñirse a estas disposiciones.” (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, p.16)

Verificar el grado de cumplimiento en la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua de los requerimientos para el Sistema de Gestion de la Calidad, descritos en la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 en los numerales 4 a 8, procura analizar la gestión de la calidad en la Secretaria de Salud y permiten buscar estrategias orientadas a afrontar con éxito los retos que se le presentan.

### **Gestión Documental del Sistema de Gestión de Calidad.**

Los requisitos de documentación del sistema de gestión de la calidad deben incluir:

- a) declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad,
- b) un manual de la calidad,
- c) los procedimientos documentados requeridos en esta Norma, los documentos requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus objetivos institucionales y que le permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos, y
- e) los registros requeridos por esta Norma (Norma Técnica de Calidad en la Gestion Pública NTCGP 1000:2004, p.16-17)

#### ***Manual de Calidad.***

Establecer y mantener un manual de la calidad que incluya:

- a) el alcance del sistema de gestión de la calidad, incluidos los detalles y la justificación de cualquier exclusión,
- b) los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad, o referencia a los mismos, y

c) una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, p.17)

36

### ***Control de documentos.***

Los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse.

Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios

para:

- a) aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión;
- b) revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente;
- c) asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión actual de los

documentos;

- d) asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso;
- e) asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables;
- f) asegurarse de que se identifican los documentos de origen externo y se controla su

distribución, y

- g) prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.

Las entidades deben identificar e implementar las disposiciones legales que les sean aplicables sobre el control de los documentos (por ejemplo, la Ley 594 de 2000). (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, p.17-18)

### ***Control de los registros.***

Los registros son un tipo especial de documento, y deben controlarse de acuerdo con los siguientes requisitos:

Los registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos, así como de la operación eficaz, eficiente y efectiva del sistema de gestión de la calidad.

Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables.

Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros, acorde con las disposiciones legales vigentes sobre la materia.

Las entidades deben identificar e implementar las disposiciones legales que les sean aplicables sobre el control de los registros (por ejemplo, la Ley 594 de 2000). (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, p.18)

### **Responsabilidad de la Dirección**

La norma técnica de Calidad en la en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 establece requisitos para la Alta Dirección de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad, la determinación del cumplimiento de los requisitos del cliente, la Política y objetivos de Calidad, la definición de responsabilidades y autoridades en la entidad, la designación de un representante para la Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad.

También se requiere el establecimiento de procesos de comunicación apropiados en la entidad y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad. 38

De la misma manera se requiere a la Alta Dirección, revisar el sistema de gestión de la calidad de la entidad, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continuas.

La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:

- a) resultados de auditorías,
- b) retroalimentación del cliente,
- c) desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio,
- d) estado de las acciones correctivas y preventivas,
- e) acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección,
- f) cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad,
- g) recomendaciones para la mejora, y
- h) riesgos actualizados e identificados para la entidad. (Norma Técnica de Calidad en la

Gestión Pública NTCGP 1000:2004, p.18)

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

- a) la mejora de la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y sus procesos;
- b) la mejora del producto y/o servicio en relación con los requisitos del cliente, y
- c) las necesidades de recursos. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP

1000:2004, p.22)

## **La Gestión de los Recursos**

La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 requiere en la Entidad determinar claramente la provisión de recursos necesarios para la implementación, mantenimiento y mejora del sistema de Gestión de la Calidad, el Talento Humano, la infraestructura y el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio.

## **La Realización del Producto o la Prestación del Servicio.**

La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 requiere a la entidad planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto y/o la prestación del servicio.

Establece requisitos para Procesos relacionados con el Cliente, el diseño y desarrollo del producto y/o prestación del servicio, la adquisición de bienes y servicios, la producción y prestación del servicio, y control de dispositivos de seguimiento y medición.

La planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad.

Durante la planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio, la entidad debe determinar, cuando sea apropiado, lo siguiente:

- a) los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto y/o servicio;
- b) la necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el producto y/o servicio;

c) las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo / prueba específica para el producto y/o servicio, así como los criterios para la aceptación de éste; y

d) los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización del producto y/o prestación del servicio resultante cumplen los requisitos.

El formato de presentación de los resultados de esta planificación debe ser adecuado para la forma de operación de la entidad. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, p.24)

### **La Medición, Análisis y Mejora**

La entidad debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- a) demostrar la conformidad del producto y/o servicio,
- b) asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad, y
- c) mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad.

Esto debe comprender la determinación de los métodos aplicables, incluidas las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, p.32)

## **Seguimiento y Medición**

La Norma requiere a la entidad realizar el seguimiento de la satisfacción del cliente, Auditorías internas al Sistema de Gestión de la Calidad, aplicar un sistema de evaluación para el seguimiento y medición de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, medir y hacer un seguimiento de las características del producto y/o servicio, para verificar que se cumplen sus requisitos

## **Control del Producto y/o Servicio no conforme**

La entidad debe asegurarse de que el producto y/o servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional. Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme deben estar definidos en un procedimiento documentado.

La entidad debe tratar los productos y/o servicios no conformes mediante una o más de las siguientes maneras:

- a) la definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada;
- b) la autorización de su uso, aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente;
- c) la definición de acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previsto.

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

Cuando se corrija un producto y/o servicio no conforme, debe someterse a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.

Cuando se detecte un producto y/o servicio no conforme después de la entrega o cuando ha comenzado su uso, la entidad debe tomar las acciones apropiadas respecto a los efectos, o efectos potenciales, de la no conformidad. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, p.34)

### **Análisis de Datos**

La entidad debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de su eficacia, eficiencia y efectividad.

Esto debe incluir los datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por cualesquiera otras fuentes pertinentes.

El análisis de datos debe proporcionar información sobre:

- a) la satisfacción del cliente,
- b) la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio,
- c) las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios,

incluidas las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas, y

d) los proveedores. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, p.34-35).

### **Mejora**

#### ***Mejora Continua***

“La entidad debe mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías internas, el análisis de datos, el sistema de evaluación para

seguimiento y medición, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.” 43  
(Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, p.35)

### ***Acción Correctiva***

La entidad debe tomar acciones para eliminar la causa de no conformidades con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para:

- a) revisar las no conformidades (incluidas las quejas y reclamos de los clientes),
- b) determinar las causas de las no conformidades,
- c) evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir,
- d) determinar e implementar las acciones necesarias,
- e) registrar los resultados de las acciones tomadas (véase el numeral 4.2.4), y
- f) revisar las acciones correctivas tomadas. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión

Pública NTCGP 1000:2004, p.35)

### ***Acción preventiva***

La entidad debe determinar 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.

Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los requisitos para:

- a) determinar las no conformidades potenciales y sus causas,
- b) evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades,

c) determinar e implementar las acciones necesarias,

d) registrar los resultados de las acciones tomadas, y

e) revisar las acciones preventivas tomadas. (Norma Técnica de Calidad en la Gestión

Pública NTCGP 1000:2004, p.35-36)

### **Modelo EFQM de Excelencia**

El Modelo EFQM de Excelencia es un instrumento práctico que ayuda a las organizaciones a establecer un sistema de gestión apropiado, midiendo en qué punto se encuentran dentro del camino hacia la excelencia, identificando posibles carencias de la organización y definiendo acciones de mejora. Por lo que, de acuerdo a éste modelo, se evalúa para lograr estándares de excelencia en las organizaciones y el logro de resultados superiores.

En este esquema no se habla de normas ni de estándares, sino de «criterios» para la evaluación, que son en realidad grandes áreas a evaluar (cada «criterio» incluye en realidad varios «subcriterios» y diversos niveles de cumplimiento), agrupadas en cinco criterios «agentes» (que recuerdan en cierto modo cuestiones de estructura y proceso del esquema clásico de Donabedian), y cuatro de «resultados»; dando lugar, según el grado de cumplimiento, a unas puntuaciones dentro de un máximo establecido para cada criterio que suman un total de 1.000 puntos.

El modelo EFQM de Excelencia se basa en la siguiente premisa:

“Los **Resultados Excelentes** en el rendimiento general de una organización, en sus Clientes, Personas y en la Sociedad en la que actúa, se logran mediante un **Liderazgo** que dirija e impulse la **Política y Estrategia**, que se hará realidad a través de las **Personas** de la organización, las **Alianzas y Recursos** y los **Procesos**”. (Moreno Alego Julián, 2007)

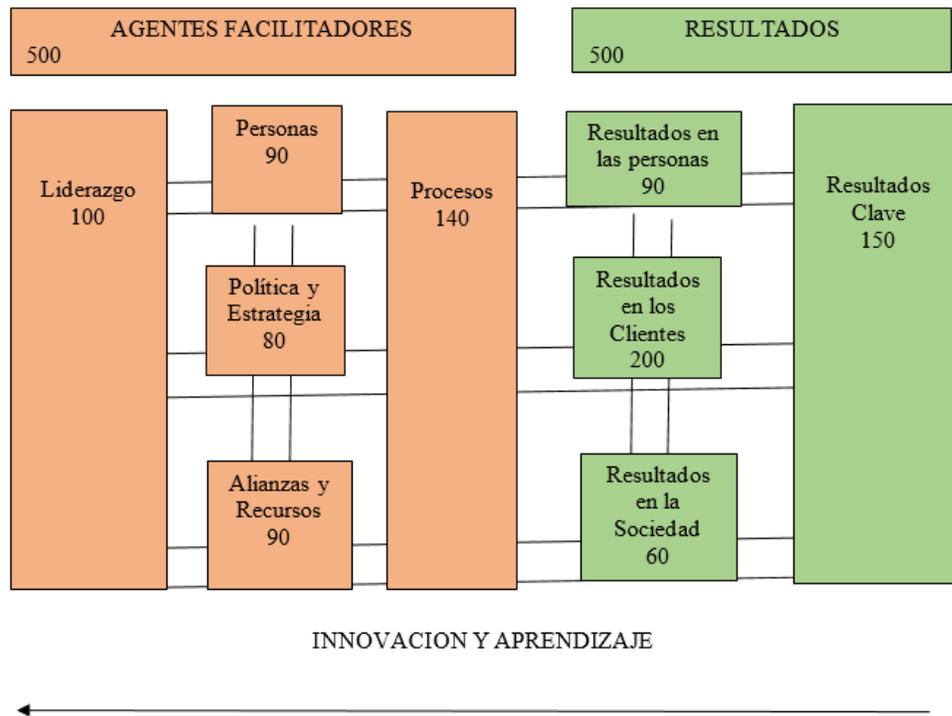


Figura 2. Estructura del Modelo EFQM (European Foundation Quality Management). Madrid, Club de Gestión de la Calidad, 1999

A cada Criterio, le corresponde un peso específico (%) dentro del Modelo, y todos ellos están unidos entre sí. Los conceptos de “Aprendizaje, Creatividad e Innovación” alimentan el ciclo de mejora.

Los Criterios del grupo de Agentes Facilitadores reflejan **cómo actúa** la organización.

Cada **Criterio Agente** se descompone en varios **Subcriterios** que deben ser tenidos en cuenta por la organización. Así mismo, cada subcriterio, a su vez, es complementado por una lista de **Áreas a tratar** (recopilaciones de buenas prácticas y ejemplos que sirven para interpretar el significado de cada subcriterio). Cada organización debe seleccionar aquellas Áreas a tratar que

sean más significativas para ella, pudiendo tomar algunas de las que aparecen recogidas en el Modelo EFQM u otras que tengan especial importancia para sus actividades. 46

Los Criterios Resultados tratan de **lo que la organización ha alcanzado** en el pasado, y de **lo que está alcanzando** en la actualidad, en relación a sus Grupos de Interés (Clientes, Personas y Sociedad), y en relación a sus Resultados Clave.

Los **Criterios Resultados** también se descomponen en **Subcriterios** y **Áreas a tratar**, al igual que los Agentes.

De esta manera, el análisis de los Criterios Resultados nos permitirá mejorar la gestión de nuestros Criterios Agentes.

El modelo EFQM tiene su base en la Lógica REDER (Resultados, Enfoque, Despliegue, Evaluación y Revisión).

**Resultados:** Este elemento se ocupa de los logros alcanzados por una organización considerada excelente, mostrara tendencias positivas y/o un buen rendimiento sostenido, los objetivos serán adecuados y se alcanzaran, y el rendimiento será bueno comparado con el de otras organizaciones y será consecuencia de los enfoques. Además, el ámbito de aplicación de los resultados abordara las áreas relevantes.

**Enfoque:** Este abarca lo que una organización ha planificado hacer y las razones para ello. En una organización excelente, el enfoque estará, sólidamente fundamentado, es decir, tendrá una lógica clara, procesos bien definidos y desarrollados y una clara orientación hacia las necesidades de todos los grupos de interés; y, por otra, estará integrado, es decir, apoyará la política y estrategia y, cuando así convenga, estará vinculado a otros enfoques.

**Despliegue:** Lo que realiza la organización para poner en práctica el enfoque. En una organización excelente, el enfoque estará implantado en las áreas relevantes de una forma sistemática 47

**Evaluación y Revisión:** Lo que hace la organización para evaluar y revisar el enfoque y su despliegue. En una organización excelente, el enfoque y su despliegue estarán sujetos con regularidad a mediciones, se emprenderán actividades de aprendizaje y los resultados de ambas servirán para identificar, priorizar, planificar y poner en práctica mejoras.

### **Criterios “Agentes” (5):**

#### ***1.Liderazgo***

Este criterio trata sobre: cómo los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla e implanta.

Los elementos clave son que los líderes deben:

- Recibir formación en Gestión de la Calidad.
- Definir, desarrollar y difundir la Misión, Visión y Valores de la Unidad.
- Actuar como modelo de referencia con su ejemplo en el desarrollo de la Misión, Visión y Valores de la Entidad (compromiso visible).
- Implicarse activa y personalmente en actividades de mejora con sus clientes y proveedores.

- Animar a iniciar actividades o proyectos de mejora en la Unidad y participar en ellos.
- Estimular y apoyar la asunción de responsabilidades y el carácter creativo de los trabajadores.
- Ser accesible y escuchar al personal.
- Promover la formación e implantación de sistemas de calidad en la Unidad.
- Reconocer oportuna y adecuadamente los esfuerzos y logros de las personas de la Unidad.
- Participar en actividades de difusión de la calidad fuera de la Unidad y/o fuera de la organización.
- Evaluar y revisar la efectividad de su liderazgo y en función de los resultados, planificar o llevar a cabo acciones de mejora.

## ***2. Política y Estrategia***

Este criterio trata sobre: Cómo implanta la entidad su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por planes, objetivos, metas y procesos relevantes.

Los elementos clave son que la organización debe:

- Identificar y definir a sus grupos de interés.
- Identificar y utilizar medios para obtener información de sus grupos de interés.

- Definir sus objetivos, conociendo y analizando antes las expectativas y necesidades de sus grupos de interés.
- Identificar otras fuentes de información relevante acerca del entorno (competidores, nuevas tecnologías...).
- Definir algún sistema para analizar y distribuir la información anterior.
- Identificar y definir sus procesos clave.
- Establecer sus objetivos a través de un proceso de reflexión definido, estructurado y consensuado con la dirección del Centro.
- Disponer de algún tipo de documento que recoja los objetivos que debe conseguir y una planificación de actividades para garantizar que se alcanzan.
- Desplegar su estrategia, desarrollando sus objetivos en sus procesos.
- Desarrollar un plan de comunicación de su estrategia a todos los trabajadores de la entidad y evaluar su efectividad.
- Evaluar y revisar la relevancia y efectividad de su estrategia periódicamente, y en función de los resultados, planificar o llevar a cabo acciones de mejora.

### ***3. Personas***

Este criterio trata sobre: Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la organización el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto a escala individual, como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica estas actividades en

apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. Los elementos clave son 50  
que la organización debe:

- Planificar la plantilla necesaria para su funcionamiento teniendo en cuenta sus índices de actividad, el presupuesto asignado y sus objetivos.
- Realizar la incorporación del personal de manera que se intente garantizar la adecuación al puesto de trabajo.
- Realizar la incorporación del personal al puesto designado de forma sistemática, mediante la aplicación de planes de mejora u otros sistemas.
- Disponer de planes de formación u otros sistemas para sus trabajadores que favorezcan el desarrollo de sus competencias y capacidades.
- Ayudar a las personas a conseguir los objetivos individuales que tienen establecidos, a mejorar su desempeño y a evaluar sus logros.
- Estructurarse en equipos de personas, mejorando así la forma de trabajar y garantizando una atención más eficaz y ágil a los clientes y grupos de interés.
- Fomentar y apoyar la participación de las personas en actividades de mejora.
- Desarrollar y utilizar canales de comunicación interna en dirección vertical y horizontal.
- Utilizar un sistema de reconocimiento a sus personas para apoyar su implicación.
- Tomar medidas para garantizar la seguridad y salud laborales.
- Evaluar y revisar la efectividad de la gestión de sus personas y en función de sus resultados, planificar o llevar a cabo acciones de mejora.

Este criterio trata sobre: Cómo planifica y gestiona la organización sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Los elementos clave son que la entidad debe:

- Identificar sus aliados clave y establecer alianzas con ellos en línea con su estrategia y planes.
- Desarrollar relaciones estructuradas con sus aliados para mejorar sus procesos y ofrecer mayor satisfacción a sus clientes.
- Gestionar el presupuesto asignado en función del cumplimiento de sus objetivos tanto económicos como asistenciales.
- Evaluar sus necesidades presupuestarias de inversión en función de su efectividad.
- Utilizar indicadores económico-financieros para su gestión.
- Planificar el uso de los edificios, equipos y materiales para mejorar el desarrollo de las actividades diarias.
- Optimizar los inventarios y la rotación de materiales.
- Intenta minimizar los desperdicios y reciclar los recursos no renovables.
- Identificar, evaluar nuevas tecnologías antes de su posible incorporación e implantación.
- Introducir nuevas tecnologías en función de su estrategia y del impacto en sus clientes.
- Recoger, analizar y distribuir la información necesaria para que las personas desarrollen su trabajo de forma eficaz.

- Garantizar la precisión y seguridad de la información.
- Aprovechar y gestionar el conocimiento de sus personas, difundiéndolo de forma interna.
- Evaluar y revisar la efectividad de la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos y en función de sus resultados, planificar o llevar a cabo acciones de mejora.

#### ***4.Procesos***

Este criterio trata sobre: Cómo la organización diseña, gestiona y mejora sus procesos para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés.

Los elementos clave son que la organización debe:

- Identificar y diseñar sus procesos y subprocesos por medio de una metodología definida.
- Definir y documentar sus procesos.
- Disponer de objetivos e indicadores en los procesos para su gestión, seguimiento y medición.
- Introducir y comunicar a sus grupos de interés los cambios y mejoras en sus procesos y evaluar sus resultados.
- Implicarse de forma proactiva con sus clientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones.
- Diseñar y mejorar sus servicios en función de las necesidades y expectativas de sus clientes.
- Utilizar los datos de las encuestas, así como cualquier otra información de su nivel de satisfacción para definir objetivos de mejora e implantar mejoras.

- Atender las quejas y reclamaciones de sus clientes.
- Evaluar y revisar la efectividad de la gestión de sus procesos y en función de sus resultados,
- planificar o llevar a cabo acciones de mejora.

#### **Criterios “Resultados” (4):**

6. Resultados en los Clientes

7. Resultados en las Personas

8. Resultados en la Sociedad

9. Resultados Clave

Los resultados de la organización y la tendencia de todos los criterios de Resultado deben tratarse en términos de:

- lo conseguido realmente por la organización
- los propios objetivos de la organización y, si es posible, compararse con:
- los resultados de otras organizaciones
- los resultados de aquellas organizaciones consideradas como “las mejores”.

Los siguientes son los elementos clave de estos criterios que la organización debe:

- Tener indicadores para los elementos recomendados por el Modelo.
- Recogerlos de forma periódica y estructurada.
- Comprobar si la tendencia de los resultados a lo largo de los años es positiva.
- Tener objetivos establecidos para los indicadores.
- Comprobar si se alcanzan esos objetivos.
- Tener datos de otras unidades con las que poder compararse.
- Comprobar si sus resultados son mejores o peores que los de otras organizaciones.

- Establecer planes y equipos de mejora en función de los resultados obtenidos. 54

Hay que determinar los Resultados que se quieren obtener, determinar la política y la estrategia para obtenerlos (Enfoque), implantar las acciones para llevarlos a cabo (Despliegue), y realizar mediciones sobre el grado de cumplimiento (Evaluación) que conducen al aprendizaje y a la implantación de las mejoras necesarias (Revisión).

### **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021**

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, tiene como meta central alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables. Para ello, orienta su acción en tres grandes objetivos estratégicos: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes; y mantener cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable.

El Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, incorpora diferentes enfoques complementarios: 1) el enfoque de derechos; 2) el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); 3) el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual, y de los grupos étnicos); y 4) el modelo de Determinantes Sociales de Salud DSS, dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y han sido reconocidas como el problema de fondo, dominante en la situación de salud en las Américas, al cual no escapa Colombia.

Como parte del diseño estratégico, además de la visión, meta central y de los objetivos estratégicos, el PDSP 2012-2021 se despliega mediante estrategias que se configuran como un

conjunto de acciones para ocho (8) dimensiones prioritarias (Salud ambiental, Vida saludable y<sup>55</sup> condiciones no transmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres y salud y ámbito laboral) y dos (2) transversales (gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud) las cuales hacen referencia aquellos aspectos o situaciones que tiene que ver con el bienestar, desarrollo humano y calidad de vida y que por su magnitud de importancia se desean intervenir, preservar o mejorar para garantizar el derecho a la salud.

Cada dimensión desarrolla un componente transectorial y sectorial, los cuales a su vez incorporan un conjunto de acciones comunes y específicas ejecutadas a través de las tres líneas operativas del plan: Promoción de la Salud, gestión del Riesgo en Salud, Gestión de la Salud Pública.

Estas acciones han sido formuladas conforme las características territoriales y considerando la *integración regional* por la salud pública entre los gobiernos departamentales, distritales y municipales, o en las zonas de integración territorial y de frontera, de manera tal que permitan actuar sobre las inequidades y los determinantes de la salud.

Su ejecución implica un liderazgo territorial de la autoridad sanitaria, para lograr la integración y el compromiso de todos los sectores y actores en su territorio, con el fin de armonizar la concurrencia de recursos y obligaciones de otros sectores relacionados con la salud pública, así como el desarrollo de estrategias intersectoriales que impacten los determinantes sociales y económicos de la salud.

## **Gestión de la Salud Pública**

De acuerdo al artículo 4 de la Resolución 518 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social se entiende como: un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud.

Se enmarca en el ejercicio de la rectoría y apunta a la generación de gobernanza en salud, con el propósito de que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada y orientadas al logro de resultados en salud.

Para lo anterior, hace uso de metodologías para la planeación, implementación, y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos; el desarrollo de capacidades y habilidades gerenciales, técnicas, operativas y logísticas; el desarrollo de procesos de deliberación conjunta, interacción y corresponsabilidad; y mecanismos de control de la gestión con calidad.

### **Metodología**

Dada la compatibilidad de la norma técnica de calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000 de 2004 con el modelo de Excelencia EFQM, considerándola como un subconjunto del modelo, y partir del análisis del grado de cumplimiento de los requisitos establecidos tanto en la norma técnica de calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000 de 2004, así como los criterios y subcriterios del modelo de Excelencia EFQM en la Secretaria de Salud se pretende abordar aspectos de la gestión de la calidad en la salud pública de la Secretaria de Salud del Municipio de

Tangua con el fin de mejorar la calidad de la gestión de los servicios prestados en la entidad orientados a la satisfacción del usuario y de la sociedad. 57

#### **A. Diseño y técnicas de recolección de información.**

Mediante el apoyo de la aplicación de un cuestionario de preguntas y verificación documental se llevará a cabo el diagnóstico de la situación de la gestión de la calidad en la secretaria de salud frente a los requisitos de la Norma técnica de calidad en la Gestión pública NTCGP 1000 de 2004 y el modelo EFQM de Excelencia en la gestión de la calidad de la Salud Pública de la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua.

Mediante formularios desarrollados para cada requisito de la Norma NTCGP 1000:2004 y el Modelo de Excelencia EFQM se obtendrá la información necesaria que permita identificar, conocer, analizar e interpretar los aspectos que conforman la calidad en gestión de la Salud Publica de la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua.

De acuerdo al cuestionario se determinará una tabla de medición que muestra la respectiva asignación calificativa a la hora de evaluar y realizar el respectivo diagnóstico.

En las tablas de lista de medición, se describen los calificativos empleados en el diagnóstico. Cada uno de los ítems a trabajar según los lineamientos y parámetros de la Norma NTCGP 1000:2004 y el modelo de Excelencia EFQM, serán evaluados y dados a conocer en qué grado de implementación se encuentran en la Secretaria de Salud.

Los calificativos a utilizar y la correspondencia con la escala de evidencias presentada en el modelo de Excelencia EFQM se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 1

<b>Norma NTCGP 1000:2004</b>	<b>Modelo EFQM (Criterio Agentes)</b>	<b>Modelo EFQM (Criterio Resultados)</b>
No se cumple	Sin evidencia (No hay evidencias o información anecdótica)	Sin resultados o con información Anecdótica
Se cumple insatisfactoria mente	Alguna Evidencia (Hay alguna Evidencia. Implantado en ¼ de áreas relevantes.)	Algunos resultados Favorables en algunas áreas
Se cumple Aceptablemente	Evidencia (Hay evidencias. Implantado en ½ de áreas relevantes.)	Bastantes resultados favorables en bastantes áreas al menos en los 3 últimos años
Se cumple en Alto Grado	Evidencia Clara (Hay evidencias claras. Implantado en ¾ de las áreas clave.)	La mayoría de los resultados son favorables en la mayoría de las áreas al menos en los 3 últimos años
Se cumple plenamente	Evidencia Total (Evidencia total. Implantado en todas las áreas relevantes. En resultados, todos son oportunos fiables y precisos con rendimiento sostenido.)	Resultados excelentes en el total de las áreas al menos en los 5 últimos años

**Nota.** Fuente: Adaptada de la Guía de Diagnóstico para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 (p.62) y Modelo EFQM de Excelencia Guía de Autoevaluación para la Administración Publica (p.65 Matriz de puntuación REDER)

A los grados de cumplimiento, se les asigna una ponderación que va de 1 a 5; determinando No se cumple con el puntaje más bajo de 1, hasta se cumple plenamente con la ponderación más alta de 5

## **B. Población y muestra.**

El diagnóstico a realizar en la Secretaría de Salud del Municipio de Tangua obtendrá 59 información directa de cada uno de los siguientes actores: Secretaría de Salud, Personal de apoyo a la Secretaría de Salud (1), Personal de Apoyo al Plan Decenal de Salud Pública (3), Técnicos de Saneamiento (2), Técnico Administrativo (1) y Asesora de la Secretaría de salud quienes conforman el personal de la entidad conformando una población total de 9 personas.

### **C. Técnicas de análisis.**

Para el análisis de la aplicación del cuestionario, se tabulan las respuestas con el fin de organizar la información que cada una arroja y analizarla para consolidar los resultados respectivos.

Para efectos de la tabulación, a cada respuesta de la escala de valoración, se le asigna un valor, tal como se aprecia en la siguiente tabla adaptada de la Guía de Diagnóstico para Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2007 (P.61))

Tabla 2  
*Escala de Valoración.*

<b>Valor</b>	<b>Valoración Porcentaje</b>	<b>Descripción</b>
--------------	------------------------------	--------------------

1	0%	No se cumple
2	25%	Se cumple insatisfactoriamente
3	50%	Se cumple aceptablemente
4	75%	Se cumple en Alto Grado
5	100%	Se cumple plenamente

**Nota.** Fuente: Adaptada de la Guía de Diagnóstico para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 (p.61) y Valoración Puntuación Esquema REDER del Modelo EFQM.

Para cada pregunta se determina la frecuencia o número de veces que una respuesta obtuvo cada uno de los valores establecidos en la tabla anterior.

Tabla 3

*Frecuencias de la valoración.*

Valor	Frecuencias
1	# de veces
2	# de veces
3	# de veces
4	# de veces
5	# de veces

**Nota.** Fuente: Adaptada de la Guía de Diagnóstico para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 (p.61)

En caso de que una pregunta se haya dejado de responder, se asume el valor 1.

Luego dividir cada frecuencia por el número total de encuestas aplicadas. Este resultado se debe dar en términos porcentuales de acuerdo a la siguiente tabla.

Tabla 4

*Valoración porcentual.*

<b>Valor</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1	# de veces	Frecuencia/total de Encuestas
2	# de veces	Frecuencia/total de Encuestas
3	# de veces	Frecuencia/total de Encuestas
4	# de veces	Frecuencia/total de Encuestas
5	# de veces	Frecuencia/total de Encuestas

**Nota.** Fuente: Adaptada de la Guía de Diagnostico para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 (p.62)

Como paso siguiente se multiplica cada valor (de la escala de valoración) por el porcentaje determinado en el paso anterior, con el fin de hallar un valor parcial para cada uno como se indica en la siguiente tabla.

Tabla 5  
*Valoración parcial.*

<b>Valor</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Valoración Parcial</b>
1	# de veces	%	Valor* porcentaje(%)
2	# de veces	%	Valor* porcentaje(%)
3	# de veces	%	Valor* porcentaje(%)
4	# de veces	%	Valor* Porcentaje (%)
5	# de veces	%	Valor* Porcentaje (%)

**Nota.** Fuente: Adaptada de la Guía de Diagnostico para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 (p.62)

Para obtener el valor de la pregunta se suman los valores parciales.

Se repite este mismo procedimiento para todas las preguntas que integran el cuestionario para cada criterio.

La Valoración Asignada a cada criterio se obtiene, mediante la media aritmética simple de los porcentajes asignados a las preguntas (cada subcriterio en el modelo EFQM) que lo componen.

Si una persona del grupo a desarrollar el cuestionario presenta razones convincentes de 62 por qué una o más preguntas (subcriterios) no son pertinentes para la entidad, se puede promediar sobre el número de preguntas (criterios) considerados. Para evitar confusión con los criterios no considerados pertinentes se debe escribir NR (No se requiere).

La puntuación parcial de cada criterio se obtiene mediante la valoración asignada multiplicada por su factor de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 6  
*Valoración parcial por Criterio.*

<b>Criterio</b>	<b>Valoración</b>	<b>Factor</b>	<b>Puntos</b>
1 Liderazgo		<b>x 1.0</b>	
2 Política y Estrategia		<b>x 0.8</b>	
3 Personas		<b>x 0.9</b>	
4 Alianzas y Recursos		<b>x 0.9</b>	
5 Procesos		<b>x 1.4</b>	
6 Resultados en los Clientes		<b>x 2.0</b>	
7 Resultados en las Personas		<b>x 0.9</b>	
8 Resultados en la Sociedad		<b>x 0.6</b>	
9 Resultados Clave		<b>x 1.5</b>	

**Nota.** Fuente: Anexo VI.A1.Instrumentos para la evaluación de la excelencia.(p.9)

La puntuación final es la suma de los puntos parciales de cada criterio dentro de una escala de 0 a 1000 puntos.

### **C. Producto Esperado**

Elaborado el documento del Diagnóstico de la implementación de la Norma técnica de 63 calidad en la Gestión pública NTCGP 1000 de 2004 y el modelo EFQM de Excelencia en la gestión de la calidad de la Salud Pública de la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua.

#### D. Recursos Requeridos

Tabla 7  
*Recursos Requeridos*

<b>Recurso</b>	<b>Descripción</b>	<b>Presupuesto</b>
Equipo Humano	Acompañamiento del Director de Trabajo de Grado, Docente de la UNAD. Personal de la Secretaria de Salud (Secretaria de Salud, Personal de apoyo a la Secretaria de Salud (1), Personal de Apoyo al Plan Decenal de Salud Pública (3), Técnicos de Saneamiento (2), Técnico Administrativo (1) y Asesora de la Secretaria de salud)	
Equipos y Software	Se dispone de un Computador portátil, impresora, procesador de texto, hoja electrónica y acceso mensual a internet	\$ 2.000.000
Viajes y Salidas de Campo	Realización de Encuestas, Entrevistas y Listas de Chequeo	\$ 150.000
Materiales y suministros	Resma de hojas tamaño carta, lapiceros	\$ 50.000
Bibliografía	Copias e impresión de Documentos de la Secretaria de Salud, Normatividad del tema de investigación	\$ 300.000
<b>Total</b>		<b>\$ 2.500.000</b>

**Nota.** Fuente: Elaboración Propia

#### E. Indicador

Socializado y entregado el Documento del diagnóstico de la implementación de la Norma técnica de calidad en la Gestión pública NTCGP 1000 de 2004 y el modelo EFQM de Excelencia en la gestión de la calidad de la Salud Pública de la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua.

## **F. Beneficiarios**

64

Secretaria de Salud del Municipio de Tangua.

## G. Cronograma

Tabla 8  
*Cronograma*

**Cronograma para el diagnostico de la implementación de la Norma técnica de calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000 de 2004 y el modelo EFQM de Excelencia en la gestión de la Calidad de la Salud Pública en la Secretaría de Salud del Municipio de Tangua**

Num	Tarea	Inicio	Final	marzo-18	abril-18	mayo-18	junio-18	julio-18
1	Definición del problema	17-3-18	10-4-18					
2	Planteamiento y formulación del problema	17-3-18	10-4-18					
3	Elaboración del Objetivo General	9-3-18	15-3-18					
4	Elaboración de Objetivos Especificos	9-3-18	15-3-18					
5	Elaboración de la Justificación	17-3-18	10-4-18					
6	Consultar Marco de Referencia	13-4-18	7-5-18					
7	Diseño de la Metodología de Investigación	13-4-18	7-5-18					
1	Diseño del método de recolección de información	10-5-18	31-5-18					
9	Interpretacion de los resultados obtenidos de la aplicación del método de recolección de datos	1-6-18	30-6-18					
10	Presentación de datos y resultados de la investigación	1-7-18	20-7-18					

**Nota.** Fuente: Elaboración Propia

**Socialización del Proyecto y Cuestionario para el Diagnostico de la Implementación de la Norma Técnica de Calidad en la Gestion Publica NTCGP 1000:2004 y el Modelo EFQM de Excelencia en la Secretaria Municipal de Salud de Tangua**

Con el fin de realizar un proceso reflexivo del grado de cumplimiento de la Norma Técnica de Calidad en la Gestion Publica NTCGP 1000:2004 y el Modelo EFQM de Excelencia en la Secretaria de Salud se realiza la socialización del proyecto a desarrollar en la Secretaria de salud y capacitación a los funcionarios de la secretaria de salud acerca de los componentes de la norma técnica de calidad NTCGP 1000:2004 y los criterios del Modelo Europeo de excelencia EFQM.

Para ello se solicita a la Directora de la Secretaria de Salud la autorización de la aplicación del proyecto para luego realizar la convocatoria de la reunión y capacitación a funcionarios de la entidad en los requisitos de la norma, criterios del modelo y presentación del cuestionario a desarrollar por el equipo de trabajo.

La Capacitación se realizó el día 27 de agosto de 2018 con la participación de la Secretaria de Salud, Coordinadora de Salud Pública, Personal de Apoyo de la Secretaria de Salud y Asesora de la Secretaria de Salud.

El Cuestionario a desarrollar se estructura según los requisitos de la norma y los criterios del modelo, el cual permitirá identificar los puntos fuertes y áreas de mejora con el propósito de implementar mantener, mejorar el Sistema de Gestion de la Calidad en la Secretaria de Salud.

## Presentación y Análisis de Resultados

Se presentan los siguientes resultados consolidados procedentes de las respuestas a la aplicación del cuestionario basados en los requisitos de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004 y los criterios del Modelo de Excelencia EFQM, resuelto por el equipo de Trabajo de la Secretaria Municipal de Salud de Tangua conformado por la Secretaria Municipal de Salud, Coordinadora de Salud Pública, Personal de Apoyo a la Coordinadora de Salud Pública, Técnico de Saneamiento Básico y Técnico Administrativo de la Secretaria de Salud, obteniendo las siguientes puntuaciones y evidencias para cada pregunta del cuestionario y cada uno de los criterios:

### 1. Criterio Liderazgo

Tabla 9  
*Valoración Criterio Liderazgo*

No	Pregunta	Porcentaje de la Pregunta	Evidencia		Descripción
			Documental	Verbal	
1	¿La Secretaria de Salud ha reflexionado sobre el liderazgo e identificado qué personas de la misma son los líderes?	0.50		Se ha definido las personas responsables de cada proceso en la Secretaria Municipal de Salud.	Se cumple Aceptablemente
2	¿Los líderes de la Secretaria de Salud, han recibido formación en Gestión de la Calidad (por ejemplo: Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, Modelo EFQM, Sistemas de Gestión de Calidad, ISO 9.000, Gestión por Procesos, etc...)?	0.25	Socialización de los temas		Se Cumple Insatisfactoriamente
3	¿La Secretaria de Salud ha definido, desarrolla y difunde su Misión?	0.50	Plan Territorial de Salud de Tangua, No se hace la difusión en medios visuales como carteleros.		Se cumple Aceptablemente
4	¿La Secretaria de Salud ha definido, desarrolla y difunde su Visión?	0.50	Plan Territorial de Salud de Tangua		Se cumple Aceptablemente
5	¿La Secretaria de Salud ha definido, desarrolla y difunde sus Valores?	0.50	Plan Territorial de Salud de Tangua		Se cumple Aceptablemente

6	¿Los líderes de La Secretaria de Salud muestran un comportamiento coherente con la Misión, Visión y Valores, actuando como modelo de referencia?	0.50	Se rigen acorde a las Normas y Protocolos establecidos para sus funciones	De acuerdo a su rol los funcionarios de la Secretaria de Salud dan cumplimiento a las tareas asignadas.	Se cumple Aceptablemente
7	¿Los líderes participan en las actividades de mejora con clientes y proveedores?	0.50	Se atienden las solicitudes y necesidades requeridas por los usuarios, Plan Territorial de Salud	x	Se cumple Aceptablemente
8	¿Los líderes animan a iniciar cambios y acciones de mejora?	0.50	Al momento de llegar un nuevo lider "Cambio de Administracion " nuevas ideas surgen para la atencion del los usuarios , al momento de cambio de lideres estas ideas son desechadas, De acuerdo a los hallazgos de auditorias externas los lideres presentas planes de mejora.	x	Se cumple Aceptablemente
9	¿Los líderes participan en las actividades o proyectos de mejora, que se llevan a cabo en La Secretaria de Salud (por ejemplo: grupos de mejora, comisiones, desarrollo de protocolos...)?	0.50	Protocolos, Al inicio de la Adinistracion se realizan proyectos de mejora para cumplimiento de metas y objetivos, Planes de Mejora	x	Se cumple Aceptablemente
10	¿Los líderes animan al resto de trabajadores de La Secretaria de Salud a asumir responsabilidades y a ser creativos e innovadores?	0.50	La creatividad e impulso de los trabajadores se ve frenada por la limitacion en la adjudicacion de recursos para el desarrollo de actividades, Planes de mejora y evaluaciones	De acuerdo a los hallazgos de auditorias externas los lideres requieren mayor compromiso con el desarrollo de las funciones.	Se cumple Aceptablemente
11	¿Los líderes son accesibles y escuchan al personal?	0.50	Los Lideres escuchan las necesidades pero estas no son subsanadas.	Si existe disponibilidad por parte de los lideres	Se cumple Aceptablemente
12	¿Los líderes promueven la formación e implantación de sistemas de calidad en La Secretaria de Salud?	0.50	Actas de Reunion, Falta de capacitaciones		Se cumple Aceptablemente
13	¿Los líderes reconocen oportuna y adecuadamente los esfuerzos y logros de las personas de La Secretaria de Salud?	0.50	Informe de Actividades, Los Lideres reconocen los esfuerzos de la Secretaria de Salud por el cumplimiento de metas, Auditorias	Los Lideres han reconocido los buenos resultados obtenidos en la gestion gracias a quienes conforman el equipo de trabajo de la Secretaria Municipal de Salud	Se cumple Aceptablemente
14	¿Los líderes participan en actividades de difusión de la calidad fuera de La Secretaria de Salud y/o fuera de la organización (foros, congresos, jornadas...)?	0.25	Reuniones de Consejo y Rendicion de Cuentas, No se asiste a congresos, foros y jornadas, En la mayoría participan porque son obligatorios		Se Cumple Insatisfactoriamente
15	¿Los líderes han planificado y/o utilizan algún sistema para evaluar/revisar el liderazgo?	0.25	Por cumplimiento de metas y presentacion de objetivos por matrices de medida		Se Cumple Insatisfactoriamente
16	¿Los líderes disponen de (y utilizan) indicadores para evaluar la efectividad de su liderazgo?	0.00	Por matrices diseñadas por Entidades Gubernamentales (Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN))		No se cumple
17	¿Los líderes identifican y priorizan las posibles oportunidades de mejora del liderazgo mediante la medición y el aprendizaje?	0.25	Matrices y tablas de Excel para la medicion de metas, planes de mejoramiento trimestrales o según Auditorias Externas del Instituto Departamental de Salud de Nariño.		Se Cumple Insatisfactoriamente
18	¿Los líderes han planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto al liderazgo?	0.25	Por la falta de recursos se dificulta la realizacion de acciones, planes de mejoramiento trimestrales o según auditoria		Se Cumple Insatisfactoriamente

19	¿La dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes, los legales y reglamentarios?	0.25	Mediante reuniones se informa la importancia de la culminación de metas a corto y largo plazo.		Se Cumple Insatisfactoriamente
20	¿Se ha establecido la política de la calidad?	0.25	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), No se ha establecido una política de calidad		Se Cumple Insatisfactoriamente
21	¿Se han establecido los objetivos de la calidad?	0.25	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Hasta el momento no se han establecido objetivos de calidad		Se Cumple Insatisfactoriamente
22	¿Se han realizado las revisiones por la dirección?	0.25	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)		Se Cumple Insatisfactoriamente
23	¿Existe disponibilidad de recursos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad?	0.00	Se debe realizar la Gestion de Recursos		No se cumple
24	¿Se determinan y cumplen los requisitos del cliente para lograr su satisfacción?	0.25	Aseguramiento de la poblacion, mejora en los programas de prestacion de servicio, Con registro fotografico se evidencian las acciones		Se Cumple Insatisfactoriamente
25	¿Los clientes están debidamente informados sobre la gestión de la entidad.?	0.25	Reuniones de Consejo y Rendicion de Cuentas, Al momento de realizar las acciones se informa mediante oficio a la comunidad.		Se Cumple Insatisfactoriamente
26	¿Existen mecanismos para conocer el nivel de satisfacción del cliente?	0.25	Mediante la tabulacion de acciones en hojas de calculo y la presentacion de evidencias fotograficas y actas de visita, Buzon de sugerencias, quejas y reclamos		Se Cumple Insatisfactoriamente
27	¿Se rinden cuentas de manera regular a la comunidad y organismos de control??	0.25	Actas de Rendicion de cuentas anual de forma publica		Se Cumple Insatisfactoriamente
28	¿Están definidas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades??	0.50	Contratos de prestacion de servicios, delegacion de funciones		Se cumple Aceptablemente
29	¿Han sido comunicadas dentro de la organización las responsabilidades y autoridades?	0.50	Contratos de prestacion de servicios y Manual de Funciones		Se cumple Aceptablemente
30	¿Esta designado formalmente ante la organización?	0.25	Planta de personal y Niveles Jerarquicos, Contrato de prestacion de servicios		Se Cumple Insatisfactoriamente Se Cumple
31	¿Es un miembro de la Dirección?	0.25		Reuniones	Insatisfactoriamente
32	¿Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se establezcan, implementen y se mantengan los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad?	0.50	Manual de Funciones, Matrices enviadas a entes gubernamentales, actas de consejo de gobierno		Se cumple Aceptablemente
33	¿Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para informar a la dirección sobre el desempeño de sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora?	0.50	Manual de Funciones, Planes de Mejora		Se cumple Aceptablemente
34	¿Se le han definido responsabilidades y tiene la autoridad para asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos de los clientes en todos los niveles de la organización?	0.00	Cada integrante debe realizar su trabajo lo mejor posible		No se cumple
35	¿Se han establecido mecanismos de comunicación al interior de la organización considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	0.25	Falta Comunicación, de acuerdo a la preparacion de evaluaciones		Se Cumple Insatisfactoriamente

36	¿Está planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección al sistema de gestión de la calidad?	0.00	Se debe Cumplir cronogramas	No se cumple
37	¿La revisión es concluyente respecto a la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia, efectividad del sistema de gestión de la calidad.?	0.00		No se cumple
38	¿Se incluye en la revisión la evaluación de las oportunidades de mejora?	0.25	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), se deben elaborar planes de mejora y ejecutarlos	Se Cumple Insatisfactoriamente
39	¿Se incluye en la revisión la evaluación de la necesidad de realizar cambios al sistema de gestión de la calidad incluyendo la política y los objetivos de la calidad?	0.25	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), No existe evidencia del Sistema de Gestión de Calidad	Se Cumple Insatisfactoriamente
40	¿Se mantiene registros de las revisiones por la dirección?	0.25	Registro Fotografico, Elaboracion de Planes de Mejora de acuerdo a resultados de auditorias externas	Se Cumple Insatisfactoriamente
41	¿Se analizan en la revisión los resultados de las auditorías?	0.25	No se realiza auditoria, Evaluacion Componente Operativo Anual de Inversiones (COAI)	Se Cumple Insatisfactoriamente
42	¿Se analiza en la revisión los resultados de la retroalimentación de los clientes?	0.00	No se realiza retroalimentacion	No se cumple
43	¿Se consideran en la revisión los indicadores del desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio?	0.00	No se han realizado revisiones	No se cumple
44	¿Se considera en la revisión el estado de las acciones correctivas y preventivas?	0.00	No se han realizado revisiones	No se cumple
45	¿Se consideran en la revisión las acciones de seguimiento de revisiones anteriores?	0.00	No se han realizado revisiones	No se cumple
46	¿Se consideran en la revisión los cambios planificados que afectarían al sistema de gestión de la calidad?	0.00	No se han realizado revisiones	No se cumple
47	¿Se consideran las recomendaciones para la mejora?	0.00	No se han realizado revisiones	No se cumple
48	¿Se consideran en la revisión los riesgos actualizados e identificados para la entidad?	0.00	No se han realizado revisiones	No se cumple
49	¿Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos?	0.00	No se han realizado revisiones	No se cumple
50	¿Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre la mejora del producto con relación a los requisitos del cliente?	0.00	No se han realizado revisiones	No se cumple
51	¿Los resultados de cada revisión incluyen decisiones sobre las necesidades de recursos?	0.00	No se han realizado revisiones	No se cumple
<b>Valor criterio Liderazgo</b>			<b>0.25</b>	

**Nota.** Fuente: Elaboración Propia

En relación al criterio Liderazgo de acuerdo a las evidencias y puntuación de cada una de las preguntas se identifican los siguientes puntos fuertes y oportunidades de mejora de la Secretaria Municipal de Salud de Tangua:

**Puntos fuertes**

- La Secretaria de Salud tiene definidos los responsables de cada proceso de acuerdo al Manual de Funciones.
- En el Plan Territorial de Salud la Secretaria de Salud tiene definido su misión, visión, y valores
- Los funcionarios de la Secretaria de Salud dan cumplimiento a las Normas que rigen el sector salud de acuerdo a sus competencias y protocolos establecidos para sus funciones.
- Los líderes de la secretaria de salud atienden las necesidades requeridas por los usuarios
- Los Líderes de la secretaria de salud realizan proyectos de mejora para cumplimiento de metas y objetivos

**Oportunidades de Mejora:**

- Recibir formación en Gestión de la Calidad (por ejemplo: Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, Modelo EFQM, Sistemas de Gestión de Calidad, ISO 9.000, Gestión por Procesos, etc...).
- Implementar un sistema de evaluación de liderazgo el cual incluya indicadores para evaluar la efectividad de su liderazgo.
- Establecer la Política de la calidad y los objetivos de la calidad.
- Realizar la gestión para disponibilidad de recursos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Determinar y cumplir los requisitos del Cliente para lograr su satisfacción.
- Informar debidamente a los clientes sobre la gestión de la entidad

- Utilizar los mecanismos creados para conocer el nivel de satisfacción del Cliente (Buzón de PQSR).
- Realizar rendición de cuentas de manera regular a la comunidad y organismos de control.
- Designar formalmente ante la Secretaria Municipal de Salud la persona responsable del Sistema de Gestion de la Calidad.
- Establecer mecanismos de comunicación al interior de la Secretaria de Salud considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.
- Planificar la frecuencia de revisión por parte de la dirección al sistema de gestión de la calidad.
- La revisión debe realizarse de manera concluyente respecto a la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia, efectividad del Sistema de Gestion de la Calidad.
- Incluir en la revisión la evaluación de las oportunidades de mejora al Sistema de Gestion de la Calidad.
- Mantener registros de las revisiones por la dirección al Sistema de Gestion de la Calidad.
- Analizar en la revisión los resultados de las auditorías al Sistema de Gestion de la Calidad.
- Analizar en la revisión los resultados de la retroalimentación de los clientes.
- Considerar en la revisión los indicadores del desempeño de los procesos y conformidad del producto y/o servicio.
- Considerar en la revisión el estado de las acciones correctivas y preventivas.
- Considerar en la revisión las acciones de seguimiento de revisiones anteriores.
- Considerar en la revisión los cambios planificados que afectarían al sistema de gestión de la calidad.

- Considerar las recomendaciones para la mejora.
- Considerar en la revisión los riesgos actualizados e identificados para la Secretaria Municipal de Salud.
- Incluir en los resultados de cada revisión las decisiones sobre la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos.
- Incluir en los resultados de cada revisión las decisiones sobre la mejora del producto con relación a los requisitos del cliente.
- Incluir en los resultados de cada revisión las decisiones sobre las necesidades de recursos.

## 2. Criterio Política y Estrategia

Tabla 10

### *Valoración Criterio Política y Estrategia*

No	Pregunta	Porcentaje de la Pregunta	Evidencia		Descripción
			Documental	Verbal	
1	¿La Secretaria de Salud ha identificado y diferenciado a sus grupos de interés?	0.75	Plan Territorial de Salud, Cada dimension del Plan territorial define sus grupos de interes.		Se Cumple en Alto Grado
2	¿La Secretaria de Salud ha identificado y utiliza medios para obtener información sistemáticamente de sus grupos de interés (encuestas, indicadores...)?	0.50	reportes de la ESE de prestacion de servicio, El Analisis de la Situacion en Salud (ASIS).		Se Cumple aceptablemente
3	¿Para la definición de los objetivos de La Secretaria de Salud se analizan las necesidades y expectativas de los grupos de interés?	0.75	Plan Territorial de Salud del Municipio de Tangua , Componente Operativo Anual de Inversiones (COAI)-PAS, Analisis de la Situacion en Salud (ASIS)		Se Cumple en Alto Grado
4	¿La Secretaria de Salud ha identificado otras fuentes de información relevante acerca de competidores, nuevas tecnologías, etc?	0.00			No se Cumple
5	¿La Secretaria de Salud ha definido algún sistema para analizar y distribuir esta información?	0.50	Informes que se entregan a entes de control		Se Cumple aceptablemente
6	¿Los procesos clave de La Secretaria de Salud están identificados (y definidos)?	0.50	Manual de Procesos y procedimientos de la Secretaria Municipal de Salud, Plan Territorial de Salud y Plan de Intervenciones Colectivas		Se Cumple aceptablemente

7	¿Los objetivos de La Secretaria de Salud se establecen a través de un proceso de reflexión definido, estructurado y consensado con la Dirección de La Secretaria de Salud?	0.50	Manual de Procesos y procedimientos de la Secretaria Municipal de Salud, Analisis de la Situacion en Salud (ASIS)	Se Cumple aceptablemente
8	¿La Secretaria de Salud dispone de algún tipo de documento que recoge los objetivos que debe conseguir y una planificación de actividades para garantizar que se alcancen?	0.75	Plan Territorial de Salud,COAI-PAS, Planes de Accion, Plan de Intervenciones Colectivas	Se Cumple en Alto Grado
9	¿La Secretaria de Salud ha desplegado sus objetivos en los procesos?	0.75	Manual de Procesos y procedimientos de la Secretaria Municipal de , COAI	Se Cumple en Alto Grado
10	¿Los objetivos de La Secretaria de Salud son comunicados a sus trabajadores y se verifica de algún modo que las personas los conocen?	0.50	Actas de Socializacion en el Consejo Territorial de Salud y COAI , Capacitacion a Funcionarios de la Secretaria de Salud de los planes de accion	Se Cumple aceptablemente
11	¿La Secretaria de Salud ha planificado y/o utiliza algún sistema para evaluar/revisar periódicamente la estrategia, los planes y los objetivos?	0.70	Matriz de Evaluacion COAI, de manera trimestral se presentan informes de ejecucion de actividades	Se Cumple en Alto Grado
12	¿La Secretaria de Salud dispone de y utiliza indicadores para evaluar la importancia y la efectividad de la estrategia, los planes y los objetivos?	0.70	Matriz de Evaluacion COAI e Indicadores del Plan de Desarrollo, Porcentaje de ejecucion de actividades	Se Cumple en Alto Grado
13	¿La Secretaria de Salud identifica y prioriza las posibles oportunidades de mejora de la estrategia, planes y objetivos mediante la medición y el aprendizaje?	0.25	Planes de Mejora	Se Cumple Insatisfactoriamente
14	¿La Secretaria de Salud ha planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto a su estrategia, planes y objetivos?	0.50	Planes de Mejora	Se Cumple aceptablemente
15	¿La política y los objetivos de calidad están documentados?	0.50	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Actas periodicas de actividades realizadas	Se Cumple aceptablemente
16	¿Existe un Manual de Calidad?	0.50	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Se Cumple aceptablemente
17	¿Se han elaborado los procedimientos documentados exigidos por esta norma (Control de documentos,control de registros, control del producto no conforme,acciones correctivas, acciones preventivas, auditorías internas de calidad)?	0.00		No se Cumple
18	¿Se han elaborado otros documentos (manuales, procedimientos, instructivos, guías, protocolos) que le permitan a la entidad asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos??	0.25	Plan de Seguridad Alimentaria, Plan PAI,Plan de Habitos y Estilos de Vida Saludable.	Se Cumple Insatisfactoriamente
19	¿Se diligencian y conservan los registros exigido por la NTCGP 1000?	0.00		No se Cumple
20	¿Está documentado el Manual de la Calidad?	0.50	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Se Cumple aceptablemente
21	¿El Manual de la Calidad Incluye el alcance y las exclusiones?	0.50	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) solo incluye el alcance	Se Cumple aceptablemente
22	¿El Manual de la Calidad Incluye los procedimientos documentados o hace referencia a los mismos?	0.50	Plan de Auditoria para hace Mejoramiento de lo Calidad (PAMEC)	Se Cumple aceptablemente

23	¿El Manual de la Calidad Incluye la secuencia e interacción de los procesos?	0.50	plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Se Cumple aceptablemente
24	¿Existe un procedimiento documentado que incluya la aprobación de los documentos para verificar la suficiencia antes de la edición?	0.00		No se Cumple
25	¿Existe un procedimiento documentado que incluya la revisión, actualización y reprobación de los documentos?	0.00		No se Cumple
26	¿Existe un procedimiento documentado que incluya la identificación de los cambios y la revisión vigente?	0.00		No se Cumple
27	¿Existe un procedimiento documentado que incluya la disponibilidad en los puntos de uso de las versiones pertinentes de la documentación aplicable?	0.00		No se Cumple
28	¿Existe un procedimiento documentado que incluya los mecanismos para asegurar la legibilidad y la fácil identificación de los documentos?	0.00		No se Cumple
29	¿Existe un procedimiento documentado que incluya los mecanismos para asegurar la identificación de los documentos externos y el control de su distribución?	0.00		No se Cumple
30	¿Existe un procedimiento documentado que incluya la prevención contra el uso no adecuado de los documentos obsoletos, y la identificación de aquellos que se conservan?	0.00		No se Cumple
31	¿Se han identificado e implementado las disposiciones legales que les sean aplicables a la entidad sobre el control de los documentos (Ley de archivos)?	0.00		No se Cumple
32	¿Los registros proporcionan evidencia de la conformidad, eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de gestión de la calidad?	0.00		No se Cumple
33	¿Existe un procedimiento documentado para la identificación, almacenamiento, recuperación, protección, tiempo de conservación, y disposición de los registros?	0.00		No se Cumple
34	¿Se han identificado e implementado las disposiciones legales que les sean aplicables a la entidad sobre el control de los registros (Ley de archivos)?	0.00		No se Cumple
35	¿Es adecuada a la misión de la entidad?	0.50	Plan Territorial de Salud y Plan de Desarrollo	Se Cumple aceptablemente
36	¿Es coherente con el plan de desarrollo, los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el sistema de control interno y los planes estratégicos establecidos?	0.75	Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Las Metas del Plan Territorial de Salud están consideradas en el Plan de Desarrollo "Con razón y corazón Unete por la Dignidad de Tangua 2016-2019".	Se Cumple en Alto Grado
37	¿Incluye el compromiso de satisfacer los requisitos y de la mejora continua de la eficacia, la eficiencia y la efectividad del sistema de gestión de la calidad??	0.50	Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Actas de reunión de Consejo de Gobierno	Se Cumple aceptablemente
38	¿Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad?	0.75	Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Se Cumple en Alto Grado

39	¿Es comunicada y entendida por los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad?	0.50	Actas de reunion de Consejo de Gobierno	Se Cumple aceptablemente
40	¿Se revisa para su adecuación continua?	0.50	Actas de reunion de Consejo de Gobierno, Se elaboran planes de mejora de acuerdo a las auditorias externas.	Se Cumple aceptablemente
41	¿Se han establecido objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes de la organización?	0.00	Actas de reunion de Consejo de Gobierno	No se Cumple
42	¿Incluyen compromisos para cumplir los requisitos del producto y/o servicio?	0.50	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Actas de reunion de Consejo de Gobierno	Se Cumple aceptablemente
43	¿Los objetivos de la calidad son mensurables y consistentes con la política de la calidad?	0.50	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Se Cumple aceptablemente
44	¿En la formulación de los objetivos de calidad se ha dado consideración al marco legal que circunscribe a la entidad?	0.50	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Formulación del Plan territorial de Salud de acuerdo a los lineamientos del Plan Decenal de Salud Publica.	Se Cumple aceptablemente
45	¿En la formulación de los objetivos de calidad se han considerado los recursos humanos, financieros y operacionales con los que cuenta la entidad?	0.00		No se Cumple
46	¿Se ha establecido en la planificación de la calidad un Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad?	0.25	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Se Cumple Insatisfactoriamente
47	¿Se ha establecido en la planificación de la calidad la manera para cumplir los objetivos de calidad?	0.25	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Se Cumple Insatisfactoriamente
48	¿Se ha establecido en la planificación de la calidad cómo mantener la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios a este?	0.00		No se Cumple
<b>Valoracion Criterio Política y Estrategia</b>				<b>0.34</b>

**Nota.** Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a las evidencias y puntuación de cada una de las preguntas se identifican los siguientes puntos fuertes y oportunidades de mejora para el Criterio de Política y Estrategia de la Secretaria Municipal de Salud de Tangua:

### **Puntos fuertes**

- En cada dimensión del Plan Territorial de Salud la Secretaria de Salud ha identificado y diferenciado a sus grupos de interés.
- Con el documento Análisis de la Situación en Salud (ASIS) y mediante reportes de Prestación de Servicios del Centro de Salud Hermes Andrade Mejía Empresa Social del

sistemáticamente de sus grupos de interés.

- Con el Plan Territorial de Salud del Municipio de Tangua, el Componente Operativo Anual de Inversiones (COAI)-PAS y el Análisis de la Situación en Salud (ASIS), La Secretaria de Salud ha definido sus objetivos de acuerdo al análisis de las necesidades y expectativas de los grupos de interés.
- Los procesos clave de La Secretaria de Salud están identificados (y definidos) en el Manual de Procesos y procedimientos, en el Plan Territorial de Salud y el Plan de Intervenciones Colectivas.
- Con el Manual de Procesos y procedimientos de la Secretaria Municipal de Salud y el Análisis de la Situación en Salud (ASIS); Los objetivos de La Secretaria de Salud se establecen a través de un proceso de reflexión definido, estructurado y consensuado con la Dirección de La Secretaria de Salud.
- En el Plan Territorial de Salud, COAI-PAS, Los Planes de Acción y el Plan de Intervenciones Colectivas la Secretaria de Salud recoge los objetivos que debe conseguir y una planificación de actividades para garantizar que se alcancen.
- Con el Manual de Procesos y procedimientos y el Componente Operativo Anual de Inversiones (COAI), La Secretaria de Salud ha desplegado sus objetivos en los procesos.
- Con Actas de Socialización en el Consejo Territorial de Salud y COAI y Capacitación a Funcionarios de la Secretaria de Salud de los planes de acción; Los objetivos de La Secretaria de Salud son comunicados a sus trabajadores y se verifica de algún modo que las personas los conocen.

- Con la Matriz de Evaluación COAI y entrega trimestral de informes de ejecución de actividades La Secretaria de Salud dispone y utiliza indicadores para evaluar la importancia y la efectividad de la estrategia, los planes y los objetivos.
- Con los Planes de Mejora La Secretaria de Salud ha planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto a su estrategia, planes y objetivos.
- La política y los objetivos de calidad están documentados en el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y Actas periódicas de actividades realizadas.
- Existe un Manual de Calidad denominado Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).
- El Manual de la Calidad está documentado en el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).
- El Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) solo incluye el alcance.
- El Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) Incluye los procedimientos documentados.
- El Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) Incluye la secuencia e interacción de los procesos.
- El Plan de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad es adecuado a la misión de la entidad.
- El Plan de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad PAMEC es coherente con el Plan de desarrollo " Con razón y corazón Únete por la Dignidad de Tangua 2016-2019", los planes sectoriales y de desarrollo administrativo, el sistema de control interno y los planes estratégicos establecidos.

- El Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) Incluye el compromiso de satisfacer los requisitos y de la mejora continua de la eficacia, la eficiencia y la efectividad del sistema de gestión de la calidad.
- El Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.
- Mediante actas de reunión de Consejo de Gobierno La Política de Calidad es comunicada y entendida por los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas dentro de la entidad.
- Se revisa su adecuación continua mediante actas de reunión de Consejo de Gobierno y elaboración de planes de mejora de acuerdo a las auditorías externas.
- Con el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) se incluyen compromisos para cumplir los requisitos del producto y/o servicio.
- En el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) Los objetivos de la calidad son mensurables y consistentes con la política de la calidad.
- Con el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y la formulación del Plan territorial de Salud de acuerdo a los lineamientos del Plan Decenal de Salud Publica los objetivos de calidad consideran el marco legal que circunscribe a la entidad.

### **Oportunidades de Mejora**

- La Secretaria de Salud debe identificar otras fuentes de información relevante acerca de competidores, nuevas tecnologías, etc.
- Identificar y priorizar en la Secretaria de Salud las posibles oportunidades de mejora de la estrategia, planes y objetivos mediante la medición y el aprendizaje

- Elaborar los procedimientos documentados exigidos por la Norma Técnica de Calidad 80 en la Gestion Publica NTCGP 1000:2004 (Control de documentos, control de registros, control del producto no conforme, acciones correctivas, acciones preventivas, auditorías internas de calidad)
- Elaborar en la Secretaria de Salud otros documentos (manuales, procedimientos, instructivos, guías, protocolos) que le permitan a la entidad asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos
- Diligenciar y conserva los registros exigido por la NTCGP 1000
- Establecer un procedimiento documentado que incluya la aprobación de los documentos para verificar la suficiencia antes de la edición
- Establecer un procedimiento documentado que incluya la revisión, actualización y rea probación de los documentos
- Establecer un procedimiento documentado que incluya la identificación de los cambios y la revisión vigente
- Establecer un procedimiento documentado que incluya la disponibilidad en los puntos de uso de las versiones pertinentes de la documentación aplicable
- Establecer un procedimiento documentado que incluya los mecanismos para asegurar la legibilidad y la fácil identificación de los documentos
- Establecer un procedimiento documentado que incluya mecanismos para asegurar la identificación de los documentos externos y el control de su distribución
- Establecer un procedimiento documentado que incluya la prevención contra el uso no adecuado de los documentos obsoletos, y la identificación de aquellos que se conservan

- Identificar e implementar las disposiciones legales que les sean aplicables a la entidad 81 sobre el control de los documentos (Ley de archivos)
- En Los registros proporcionar evidencia de la conformidad, eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de gestión de la calidad
- Establecer un procedimiento documentado para la identificación, almacenamiento, recuperación, protección, tiempo de conservación, y disposición de los registros
- Identificar e implementar las disposiciones legales que les sean aplicables a la entidad sobre el control de los registros (Ley de archivos)
- Establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes de la organización
- Considerar en la formulación de los objetivos de calidad los recursos humanos, financieros y operacionales con los que cuenta la entidad
- Establecer en la planificación de la calidad un Sistema de Gestión de la Calidad y mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad
- Establecer en la planificación de la calidad la manera para cumplir los objetivos de calidad
- Establecer en la planificación de la calidad cómo mantener la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios a este

### 3. Personas

Tabla 11  
*Valoración Criterio Personas*

No	Pregunta	Porcentaje de la Pregunta	Evidencia		Observaciones
			Documental	Verbal	
1	¿La Secretaria de Salud ha identificado cuáles son los aspectos significativos acerca de la satisfacción de las personas y su importancia relativa para lograr ésta?	0.00	Mediante la ejecución de programación anual y cumplimiento mensual y trimestral		No se Cumple
2	¿La Secretaria de Salud ha establecido los indicadores directos relacionados con la percepción de las personas, referentes a la satisfacción de éstas?	0.00	No se ha establecido Indicadores		No se Cumple
3	¿La Secretaria de Salud recoge estos indicadores directos de forma periódica y estructurada, es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de sus personas mediante encuestas, grupos de trabajo conjunto y/o grupos focales?	0.00	Falta realizar de forma periodica		No se Cumple
4	¿La Secretaria de Salud analiza los resultados de los indicadores directos de satisfacción de personas, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?	0.00	Mediante la ejecución de programación anual y cumplimiento mensual y trimestral		No se Cumple
5	¿La Secretaria de Salud ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción de personas y éstos se alcanzan en los últimos años?	0.00	Falta realizar de forma periodica		No se Cumple
6	¿La Secretaria de Salud tiene datos de indicadores directos de satisfacción de personas de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?	0.00			No se Cumple
7	¿La Secretaria de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos en los indicadores directos de satisfacción de personas?	0.00	Se debe elaborar planes de mejora		No se Cumple
8	¿La Secretaria de Salud dispone de indicadores directos de satisfacción de personas para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de sus clientes?	0.00	Mediante cumplimiento mensual y trimestral de la programación		No se Cumple
9	¿La Secretaria de Salud realiza comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?	0.00			No se Cumple
10	¿La Secretaria de Salud ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?	0.00	Falta realizar		No se Cumple
11	¿La Secretaria de Salud recoge los indicadores indirectos de forma periódica y estructurada?	0.00	Falta realizar		No se Cumple
12	¿La Secretaria de Salud analiza los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción de personas, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?	0.25	Falta realizar de forma periodica		Se cumple Insatisfactoriamente
13	¿La Secretaria de Salud ha establecido objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción de personas y éstos se alcanzan en los últimos años?	0.00	Falta Establecer Indicadores		No se Cumple

14	¿La Secretaria de Salud tiene datos de los indicadores indirectos de satisfacción de personas de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?	0.25	Encuestas de satisfacción del Centro de Salud Empresa Social del Estado, Falta Establecer indicadores	Se cumple Insatisfactoriamente
15	¿La Secretaria de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos en los indicadores indirectos de satisfacción de personas?	0.00	Se debe elaborar planes de mejora	No se Cumple
16	¿La Secretaria de Salud dispone de indicadores indirectos de satisfacción de personas para todas las áreas relevantes de la medición indirecta de la satisfacción de sus clientes?	0.00	Mediante cumplimiento mensual y trimestral de la programación	No se Cumple
17	¿La Secretaria de Salud realiza comparaciones de los indicadores indirectos de satisfacción de personas con otras unidades más avanzadas como las mejores y aprende de ellas?	0.00		No se Cumple
<b>Valoración criterios Resultados en las personas</b>			<b>0.03</b>	

**Nota.** Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a las evidencias y puntuación de cada una de las preguntas se identifican los siguientes puntos fuertes y oportunidades de mejora para el Criterio de Personas en la Secretaria Municipal de Salud de Tangua:

### **Puntos Fuertes**

- En la Secretaria de Salud se planifica la plantilla necesaria para el funcionamiento de la misma, teniendo en cuenta sus índices de actividad (personas, carteleras...), el presupuesto asignado y los objetivos de La Secretaria de Salud
- La incorporación del personal se realiza mediante Contratos de Prestación de Servicios por perfil laboral de manera que se intenta garantizar la adecuación al puesto de trabajo (por ejemplo, a través de perfiles profesionales, características de los puestos...)
- Los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas son competentes de acuerdo con la educación, formación, habilidades y experiencia
- En la Secretaria de Salud se determinan las competencias necesarias mediante el Manual de Funciones para los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas o que realizan trabajos que afectan la calidad del producto y/o servicio

- Realizar la incorporación del personal al puesto designado de forma sistemática mediante la aplicación de planes de acogida u otros sistemas
- Disponer en la Secretaria de Salud de planes de formación para sus trabajadores u otros sistemas para favorecer el desarrollo de sus competencias y capacidades (asistencia a congresos, participación en investigación, presentación de ponencias, ...)
- Implementar métodos de motivación y desempeño laboral para ayudar a las personas a conseguir los objetivos individuales que tienen establecidos, a mejorar su desempeño y a evaluar sus logros (rendimiento)
- Estructurar en la Secretaria de Salud equipos de personas para mejorar la forma de trabajar y garantizar una atención más eficaz y ágil a los clientes y grupos de interés
- Fomentar y apoyar la participación de sus personas en actividades de mejora (por ejemplo: grupos de trabajo, comisiones, elaboración de protocolos, etc...)
- Desarrollar y/o utilizar canales de comunicación interna (vertical y horizontal) como contactos informales, reuniones periódicas, comisiones, sesiones, grupos de trabajo, boletines internos, intranet, etc....
- Utilizar algún sistema de reconocimiento a sus personas mediante el cual se felicita o gratifica (recompensa, valora, premia) a quienes destacan por su implicación en la consecución de los objetivos, por los esfuerzos realizados o los logros obtenidos
- Tomar medidas para garantizar la seguridad y salud laborales
- Planificar y/o utilizar algún sistema para evaluar/revisar periódicamente su gestión de las personas

- Disponer de (y utilizar) indicadores para evaluar la efectividad de su gestión de las personas
- Identificar y priorizar las posibles oportunidades de mejora de su gestión de las personas mediante la medición y el aprendizaje
- Planificar o llevar a cabo acciones de mejora respecto a la gestión de sus personas
- Proporcionar la formación o se tomar acciones para satisfacer esas necesidades
- Gestionar las condiciones del ambiente de trabajo necesarias para lograr la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio

#### 4. Alianzas y Recursos

Tabla 12

*Valoración Criterio Alianzas y Recursos*

No	Pregunta	Porcentaje de la Pregunta	Evidencia		Descripción
			Documental	Verbal	
1	¿La Secretaria de Salud ha identificado a los aliados clave y establece alianzas en línea con su estrategia y planes?	0.50	Comites de Salud, Participacion de todos los actores de cada dimension		Se cumple Aceptablemente
2	¿La Secretaria de Salud desarrolla relaciones estructuradas con sus aliados (reuniones periódicas, objetivos compartidos...) para mejorar sus procesos y ofrecer mayor satisfacción a sus clientes?	0.75	Comites de Salud, Reuniones con Responsables del Plan de Intervencones Colectivas		Se cumple en Alto Grado
3	¿La Secretaria de Salud gestiona su presupuesto de manera que apoye el cumplimiento de sus objetivos tanto económicos como asistenciales?	0.50	Presupuesto de Salud		Se cumple Aceptablemente
4	¿La Secretaria de Salud valora y prioriza sus necesidades presupuestarias de inversión en función de su efectividad (cumplimiento de objetivos y resultados favorables)?	0.75	Presupuesto de Salud, Comites y Consejos de Gobierno, Se planifica el presupuesto para el desarrollo del plan territorial de salud y el plan de intervenciones colectivas		Se cumple en Alto Grado

5	¿La Secretaria de Salud utiliza indicadores económico-financieros para su gestión?	0.50	Informe Financiero	Se cumple Aceptablemente
6	¿La Secretaria de Salud planifica el uso de edificios, equipos, materiales y servicios de apoyo (tales como transporte o comunicación) en función de un mejor aprovechamiento y desarrollo de las actividades diarias?	0.25	Actas de Consejo de Gobierno	Se cumple insatisfactoriamente
7	¿La Secretaria de Salud evalúa los productos y servicios de sus proveedores?	0.50	Informe de Supervision	Se cumple Aceptablemente
8	¿La Secretaria de Salud optimiza los inventarios y la rotación de materiales?	0.00	actas de consejo de gobierno	No se cumple
9	¿La Secretaria de Salud intenta minimizar los desperdicios y reciclar los recursos no renovables?	0.50	Papejería ya usada	Se cumple Aceptablemente
10	¿La Secretaria de Salud identifica y evalúa nuevas tecnologías antes de su posible incorporación e implantación?	0.00		No se cumple
11	¿La Secretaria de Salud introduce las nuevas tecnologías en función de su estrategia y del impacto en sus clientes?	0.00		No se cumple
12	¿La Secretaria de Salud recoge, analiza y distribuye la información necesaria para que las personas puedan desarrollar su trabajo y puedan tomar decisiones?	0.00		No se cumple
13	¿La Secretaria de Salud garantiza la precisión y seguridad de la información?	0.00		No se cumple
14	¿La Secretaria de Salud gestiona el conocimiento de las personas que la componen, es decir, se transmiten y utilizan los conocimientos dentro de La Secretaria de Salud?	0.00		No se cumple
15	¿La Secretaria de Salud ha planificado y/o utiliza algún sistema para evaluar/revisar periódicamente la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos?	0.00		No se cumple
16	¿La Secretaria de Salud dispone de (y utiliza) indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos?	0.00		No se cumple
17	¿La Secretaria de Salud identifica y prioriza las posibles oportunidades de mejora de la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos mediante la medición y el aprendizaje?	0.00		No se cumple
18	¿La Secretaria de Salud ha planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto a la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos?	0.00		No se cumple

19	¿Se asegura La Secretaria de Salud de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables.?	0.00		No se cumple
20	¿Se establecen controles a los proveedores y a los productos y/o servicios adquiridos en función del impacto de los mismos sobre la realización del producto o prestación del servicio de La Secretaria de Salud.?	0.00		No se cumple
21	¿Se evalúa a los proveedores para su selección, con base en una selección objetiva (la escogencia se hace al ofrecimiento más favorable a La Secretaria de Salud y a los fines que ella busca, sin tener en consideración factores de afecto o de interés o motivación subjetiva)?	0.00	la adquisicion de bienes y servicios se realiza mediante el proceso de contratacion	No se cumple
22	¿Se evalúa a los proveedores para su selección, en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios de acuerdo con los requisitos definidos previamente por La Secretaria de Salud.?	0.00	Se lleva a cabo en el proceso de contratacion	No se cumple
23	¿Están definidos los criterios de selección de los proveedores?	0.00	Estudios previos para el proceso de contratacion	No se cumple
24	¿Están definidos los criterios de evaluación y reevaluación de los proveedores?	0.00	Estudios previos para el proceso de contratacion	No se cumple
25	¿Se registran los resultados de las evaluaciones y las acciones complementarias que de ellas se deriven?	0.00		No se cumple
26	¿Existe un plan de compras adoptado por la Secretaria de Salud?	0.25	Plan de Compras de la Alcaldia Municipal	Se cumple insatisfactoriamente
27	¿Los proveedores se encuentran debidamente inscritos en el registro de proponentes?	0.00		No se cumple
28	¿Los bienes o servicios se encuentran debidamente inscritos en el CUBS (Catálogo único de bienes y servicios)?	0.75	Proceso de Contratacion en la Oficina de Contratacion	Se cumple en Alto Grado
29	¿El Proceso contractual se encuentra publicado en el sistema de información para la contratación estatal SICE?	0.75	Contratos cargados en el Portal Unico de Contratacion SECOP	Se cumple en Alto Grado
30	¿El proceso contractual se reporta a la Cámara de Comercio?	0.50	Camara y Comercio	Se cumple Aceptablemente
31	¿Se definen los requisitos para el producto y/o servicio a comprar y los procedimientos, procesos y equipos asociados?	0.75	Estudios Previos del proceso de contratacion	Se cumple en Alto Grado
32	¿Se definen los requisitos para la calificación del personal del proveedor o contratista?	0.00	Perfil profesional idoneo y estudios previos para el proceso de contratacion	No se cumple

33	¿Se definen requisitos al proveedor o contratista de su sistema de gestión de la calidad??	0.50	Estudios previos del Centro de Salud Empresa Social del Estado, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calida (SOG) del Centro de Salud ESE Municipal	Se cumple Aceptablemente
34	¿La Secretaria de Salud se asegura de la adecuación de los requisitos contenidos en los documentos de compras antes de comunicárselos al proveedor?	0.00		No se cumple
35	¿Están implementadas las actividades para la verificación del producto comprado respecto al cumplimiento de las especificaciones?	0.50	Evaluacion del cumplimiento de actividades de las Acciones del Plan de Intervenciones	Se cumple Aceptablemente
36	¿Si La Secretaria de Salud o su cliente se propone verificar en las instalaciones del proveedor, el producto comprado, están definidas en los documentos de compra las disposiciones aplicables a esa verificación y el método de aceptación del producto y/o servicio.?	0.75	Evaluacion del cumplimiento de actividades de las Acciones del Plan de Intervenciones Colectivas, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la ESE	Se cumple en Alto Grado
<b>Valoracion Criterio Alianzas y Recursos</b>			0.25	

**Nota.** Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a las evidencias y puntuación de cada una de las preguntas se identifican los siguientes puntos fuertes y oportunidades de mejora para el Criterio de Alianzas y Recursos en la Secretaria Municipal de Salud de Tangua:

### **Puntos Fuertes**

- Mediante los Comités de Salud y en las dimensiones del Plan Territorial de Salud La Secretaria de Salud ha identificado a los aliados clave y establece alianzas en línea con su estrategia y planes
- Con los Comités de Salud y Reuniones con Responsables del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) La Secretaria de Salud desarrolla relaciones estructuradas con sus

aliados (reuniones periódicas, objetivos compartidos...) para mejorar sus procesos y ofrecer mayor satisfacción a sus clientes 89

- La Secretaria de Salud gestiona su presupuesto de manera que apoye el cumplimiento de sus objetivos tanto económicos como asistenciales.
- Con los Comités y Consejos de Gobierno se planifica el presupuesto para el desarrollo del Plan territorial de salud y el Plan de intervenciones colectivas, se valora y prioriza necesidades presupuestarias de inversión en función de su efectividad (cumplimiento de objetivos y resultados favorables)
- La Secretaria de Salud utiliza indicadores económico-financieros para su gestión (Informes Financieros)
- Con informes de Supervisión La Secretaria de Salud evalúa los productos y servicios de sus proveedores
- La Secretaria de Salud intenta minimizar los desperdicios y reciclar los recursos no renovables (Reciclaje de papelería usada)
- Con el proceso de contratación los bienes o servicios se encuentran debidamente inscritos en el CUBS (Catálogo único de bienes y servicios)
- El Proceso contractual se encuentra publicado en el Portal Único de Contratación SECOP
- En la Secretaria de Salud con la realización de los estudios previos dentro del proceso contractual se definen los requisitos para el producto y/o servicio a comprar y los procedimientos, procesos y equipos asociados
- Con los estudios previos y el Cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOG) del Centro de Salud Hermes Andrade Mejía E.S.E, la Secretaria de Salud define requisitos al proveedor o contratista de su sistema de gestión de la calidad

- Se tiene implementado las actividades para la verificación del producto comprado respecto al cumplimiento de las especificaciones mediante la evaluación del cumplimiento de actividades de las Acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 90
- Mediante la Evaluación del cumplimiento de actividades de las Acciones del Plan de Intervenciones Colectivas y verificación del cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Centro de Salud Hermes Andrade Mejía E.S.E La Secretaria de Salud o su cliente se propone verificar en las instalaciones del proveedor, el producto comprado, definición en los documentos de compra de las disposiciones aplicables a esa verificación y el método de aceptación del producto y/o servicio.

### **Oportunidades de Mejora**

- Planificar el uso de edificios, equipos, materiales y servicios de apoyo (tales como transporte o comunicación) en función de un mejor aprovechamiento y desarrollo de las actividades diarias
- Optimizar los inventarios y la rotación de materiales
- Identificar y evaluar nuevas tecnologías antes de su posible incorporación e implantación
- Introducir las nuevas tecnologías en función de su estrategia y del impacto en sus clientes
- Recoger, analizar y distribuir la información necesaria para que las personas puedan desarrollar su trabajo y puedan tomar decisiones
- Garantizar en la Secretaria de Salud la precisión y seguridad de la información
- Gestionar el conocimiento de las personas que la componen, es decir, se transmitir y utilizar los conocimientos dentro de La Secretaria de Salud
- ¿La Secretaria de Salud ha planificado y/o utiliza algún sistema para evaluar/revisar periódicamente la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos?

- Disponer de (y utilizar) indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos
- Identificar y priorizar las posibles oportunidades de mejora de la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos mediante la medición y el aprendizaje
- Planificar o llevado a cabo acciones de mejora respecto a la gestión de sus alianzas externas y de sus recursos internos
- Asegurarse de que el producto y/o servicio adquirido cumple los requisitos especificados en los pliegos de condiciones, términos de referencia o en las disposiciones aplicables.
- Establecer controles a los proveedores y a los productos y/o servicios adquiridos en función del impacto de los mismos sobre la realización del producto o prestación del servicio de La Secretaria de Salud.
- Evaluar a los proveedores para su selección, con base en una selección objetiva (la escogencia se hace al ofrecimiento más favorable a La Secretaria de Salud y a los fines que ella busca, sin tener en consideración factores de afecto o de interés o motivación subjetiva)
- Evaluar a los proveedores para su selección, en función de su capacidad para suministrar productos y/o servicios de acuerdo con los requisitos definidos previamente por La Secretaria de Salud.
- Definir los criterios de selección de los proveedores
- Definir los criterios de evaluación y reevaluación de los proveedores
- Registrar los resultados de las evaluaciones y las acciones complementarias que de ellas se deriven
- Establecer un Plan de Compras para la Secretaria de Salud

- Requerir a los proveedores se encuentran debidamente inscritos en el registro de proponentes
- Definir los requisitos para la calificación del personal del proveedor o contratista
- Asegurarse de la adecuación de los requisitos contenidos en los documentos de compras antes de comunicárselos al proveedor

## 5. Procesos-productos-servicios

Tabla 13

*Valoración Criterio Procesos-productos-servicios*

No	Pregunta	Porcentaje de la Pregunta	Evidencia		Descripción
			Documental	Verbal	
1	¿La Secretaria de Salud ha identificado y diseñado sus procesos y subprocesos por medio de una metodología definida (mapa de procesos, Norma ISO...)?	0.25	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC		Se cumple insatisfactoriamente
2	¿Los procesos de La Secretaria de Salud se encuentran definidos y documentados: ¿disponen de un coordinador o gestor, misión, descripción de sus clientes, entradas, salidas, diagrama de flujo...?	0.25	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC		Se cumple insatisfactoriamente
3	¿Los procesos de La Secretaria de Salud disponen de objetivos e indicadores, a través de los cuales se gestionan y se mide su eficacia?	0.50	Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI), Plan de Atención en Salud (PAS), Matrices de cumplimiento enviadas al Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN)		Se cumple Aceptablemente
4	¿La Secretaria de Salud introduce cambios y mejoras en sus procesos, los comunica a sus grupos de interés y evalúa sus resultados?	0.00			No se Cumple
5	¿La Secretaria de Salud se implica de manera proactiva con sus clientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones (grupos de opinión con pacientes y familiares, reuniones con asociaciones de usuarios...)?	0.00			No se Cumple

6	¿La Secretaria de Salud diseña y mejora sus servicios en función de las necesidades y expectativas de sus clientes?	0.25	Se desarrolla actividades en pro de la satisfacción de las necesidades de los usuarios	Se tiene en cuenta las observaciones de los usuarios	Se cumple insatisfactoriamente
7	¿La Secretaria de Salud utiliza los datos de las encuestas, así como cualquier otra información de su nivel de satisfacción (quejas, felicitaciones, opiniones y sugerencias recogidas a través del contacto habitual con usuarios y familiares) para definir objetivos de mejora e implantar mejoras?	0.00	Se utiliza el Buzon de Sugerencias para conocer la necesidad de las personas y su inconformidad		No se Cumple
8	¿La Secretaria de Salud atiende (y gestiona) las quejas y reclamaciones de sus clientes?	0.25	Procesos Servicio de Atención a la Comunidad (SAC), atención a las peticiones, quejas y reclamos (PQR) interpuestas por los usuarios		Se cumple insatisfactoriamente
9	¿La Secretaria de Salud ha planificado y utiliza algún sistema para evaluar/revisar periódicamente la gestión de sus procesos y la orientación al cliente?	0.00			No se Cumple
10	¿La Secretaria de Salud dispone de (y utiliza) indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de sus procesos y la orientación al cliente?	0.00			No se Cumple
11	¿La Secretaria de Salud identifica y prioriza las posibles oportunidades de mejora de la gestión de sus procesos mediante la medición y el aprendizaje y la orientación al cliente?	0.25	Actas de visita de Auditoria del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), Se prioriza las debilidades para mejorar la atención al usuario		Se cumple insatisfactoriamente
12	¿La Secretaria de Salud ha planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto a la gestión de sus procesos y la orientación al cliente?	0.00	Falta Elaborar Gestion de procesos		No se Cumple
13	¿Están identificados los procesos que le permiten La Secretaria de Salud cumplir su misión (estratégicos, apoyo,misionales, de evaluación)?	0.50	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Plan Territorial de Salud, Falta elaborar mapas de procesos documentales		Se cumple Aceptablemente
14	¿ Se han determinado la secuencia e interrelación de esos procesos?	0.00	Plan Territorial de Salud, Falta Elaborar Mapas de Procesos documentales		No se Cumple
15	¿Los métodos y criterios requeridos para asegurar la operación eficaz y eficiente y el control de los procesos ya están definidos ?	0.00	No se encuentra definido el Mapa de Procesos		No se Cumple
16	¿Hay disponibilidad de información y recursos para apoyar la operación y el seguimiento de estos proceso ?	0.25	Actas de visita de Inspeccion, Vigilancia y Control por parte del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), Planes de Mejora, Plan de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Falta la adjudicacion de recursos		Se cumple insatisfactoriamente

17	¿Se realiza seguimiento y medición a los procesos ?	0.25	informes de Ejecucion de Actividades, No se encuentra definido el Mapa de Procesos	Se cumple insatisfactoriamente
18	¿Se implementan las acciones necesarias para alcanzar lo planificado y la mejora continua a estos procesos ?	0.25	Planes de Mejora, No se encuentra definido el Mapa de Procesos	Se cumple insatisfactoriamente
19	¿Se han identificado y diseñado los puntos de control frente a los riesgos más significativos ?	0.00	No se tiene diseñado o estructurado mapas de control	No se Cumple
20	¿ Se efectúa control sobre los procesos contratados externamente. ?	0.00	Mediante el cumplimiento de metas y entrega de informes	No se Cumple
21	¿En el control sobre los procesos contratados a terceros se da cumplimiento a las disposiciones legales vigentes ?	0.25	Mediante la entrega de Informes de Cumplimiento de Actividades y Registros fotograficos	Se cumple insatisfactoriamente
22	¿Están planificados los procesos necesarios para la realización del producto o la prestación del servicio (procesos misionales) ?	0.50	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Plan Territorial de Salud	Se cumple Aceptablemente
23	¿Los procesos misionales se desarrollan de acuerdo a lo planificado. ?	0.50	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Los procesos misionales se cumplen, Informes trimestrales de ejecucion de actividades	Se cumple Aceptablemente
24	¿ La planificación de los procesos misionales es consistente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad?	0.50	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Plan Territorial de Salud	Se cumple Aceptablemente
25	¿La organización ha determinado los objetivos de calidad para el producto o servicio ?	0.00	No existe procesos de Gestion de Calidad	No se Cumple
26	¿ La organización ha determinado la necesidad de establecer procesos documentados y proporciona recursos específicos para el producto y/o servicio ?	0.25	Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, No se ha establecido los procesos documentales y falta la asignacion de recursos	Se cumple insatisfactoriamente
27	¿La organización ha determinado las actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayos específicos para el producto y/o servicio y los criterios para su aceptación?	0.25	No se ha realizado actividades relacionadas con el seguimiento, Informes de ejecucion de actividades	Se cumple insatisfactoriamente
28	¿La organización ha determinado los registros necesarios para evidenciar que los procesos misionales y el producto y/o servicio cumplen con los requisitos?	0.25	Mediante la entrega de Informes y el Cumplimiento de Metas, Actas de socializacion del Plan Territorial de Salud con su respectivo registro fotografico y registro de asistencia.	Se cumple insatisfactoriamente
29	¿La Secretaria de Salud ha determinado los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio.?	0.25	Mediante la utilizacion de la normatividad legal vigente, Plan Territorial de Salud enmarcado dentro del Plan Decenal de Salud Publica	Se cumple insatisfactoriamente

30	¿Se han determinado otros requisitos relacionados con el producto y/o servicio, por parte de La Secretaría de Salud ?	0.00	No se tiene determinado otro tipo de servicio	No se Cumple
31	¿Se revisan y aseguran los requisitos relacionados con el producto y/o servicio antes que La Secretaria de Salud se comprometa a proporcionarlos al cliente.?	0.25	Los servicios son debidamente determinados, Plan Territorial de Salud y Plan de Intervenciones Colectivas	Se cumple insatisfactoriamente
32	¿ Se asegura La Secretaria de Salud que están resueltas las diferencias que pudieran existir entre los requisitos definidos y los expresados previamente por el cliente.?	0.00		No se Cumple
33	¿Se asegura La Secretaria de Salud que tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos ?	0.50	Hoja de Vida, Portafolio de Servicios del Centro de Salud Empresa Social del Estado, al momento de realizar la contratacion para la prestacion de un servicio adecuado, Plan Territorial de Salud	Se cumple Aceptablemente
34	¿ Se conservan registros de los resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio y de las acciones que en esta revisión se originen. ?	0.25	No tiene registros de revision de resultados, Infome de ejecucion de actividades y evauaciones trimestrales	Se cumple insatisfactoriamente
35	¿ Cuando hay cambios en los requisitos, se modifica la documentación y se asegura que los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas correspondientes sean conscientes de estas modificaciones.?	0.25	Las actas y matrices se modifican mediante la solicitud de entes gubernamentales, Actas de socializacion del Plan de intervenciones colectivas.	Se cumple insatisfactoriamente
36	¿ Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la información sobre el producto y/o servicio.?	0.00	No se tiene medios de comunicación que permita la comunicación con el cliente para determinar su satisfaccion, Material impreso de informacion, educacion y comunicación. Comunicación a traves de la emisora local.	No se Cumple
37	¿Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a las consultas, contratos, solicitudes y modificaciones (antes de la prestación del servicio).?	0.00	No se tiene medios de comunicación que permita la comunicación con el cliente para determinar su satisfaccion	No se Cumple
38	¿Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a su retroalimentación, incluyendo reclamaciones, quejas, percepciones y sugerencias. (Posterior a la prestación del servicio).?	0.25	Se mantiene el sistema de buzón de sugerencias y la implementacion de PQR (peticiones, quejas y reclamos) para la atencion de usuarios	Se cumple insatisfactoriamente
39	¿Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la participación ciudadana.?	0.00	Conformacion de Veedurias en Salud	No se Cumple

40	¿Se planifica el diseño y desarrollo del producto y/o servicio.?	0.25	Plan territorial de Salud, Plan de Intervenciones colectivas, Elaboracion del Documento ASIS (Análisis de la Situación en Salud)	Se cumple insatisfactoriamente
41	¿Se controla el diseño y desarrollo del producto y/o servicio.?	0.00	Informes de auditoría, informes de ejecución de actividades.	No se Cumple
42	¿Se determinan las etapas del diseño y desarrollo.?	0.25	Según la Norma, Elaboración del Plan Territorial de salud. Informes trimestrales de ejecución de actividades.	Se cumple insatisfactoriamente
43	¿Se determinan las actividades de revisión, verificación, y validación apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo.?	0.50	Según la Norma, Elaboración del Plan Territorial de salud, Documento ASIS, Plan Operativo Anual y evaluación de ejecución de actividades.	Se cumple Aceptablemente
44	¿Se establece la responsabilidad y autoridad para el diseño y desarrollo.?	0.25	Elaboración del Plan territorial de salud por el equipo de la Secretaría de Salud y asesores.	Se cumple insatisfactoriamente
45	¿Se gestionan las relaciones entre los grupos comprometidos con el diseño y desarrollo, asegurando una eficaz comunicación entre los mismos.?	0.25	Articulación Intersectorial, Actas de socialización del Plan Territorial de Salud y del Plan de intervenciones colectivas	Se cumple insatisfactoriamente
46	¿Se actualizan los resultados de la planificación a medida que progresa el diseño y desarrollo.?	0.00	Elaboración del Documento ASIS	No se Cumple
47	¿Se determinan y se mantienen los registros de las entradas al diseño y desarrollo del producto y/o servicio.?	0.00		No se Cumple
48	¿Se incluyen los requisitos funcionales y de desempeño.?	0.00	Manual de Funciones	No se Cumple
49	¿Se incluyen los requisitos legales y reglamentarios en las entradas al diseño y desarrollo.?	0.25	Plan Decenal de Salud Pública, Normas del Ministerio de Salud y Protección Social, Requerimientos del Instituto Departamental de Salud	Se cumple insatisfactoriamente
50	¿Se incluye la información aplicable de diseños similares en las entradas al diseño y desarrollo ?	0.00	Lineamientos del Ministerio de Salud y protección social	No se Cumple
51	¿Se incluyen los requisitos esenciales en las entradas al diseño y desarrollo ?	0.00	Lineamientos del Ministerio de Salud y protección social	No se Cumple
52	¿Se revisa la adecuación de los elementos de entradas del diseño y desarrollo?	0.00	Elaboración del Plan Territorial de Salud de acuerdo al Plan Decenal de Salud Pública	No se Cumple

53	¿Los requisitos de entrada del diseño y desarrollo se presentan completos, libres de ambigüedades y sin contradicciones?	0.00	Plan Territorial de Salud, Documento ASIS (Análisis de la Situación en Salud) y el Plan de Intervenciones Colectiva	No se Cumple
54	¿Se proporcionan los resultados del diseño y desarrollo de forma tal que permitan la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo?	0.00	Plan Territorial de Salud, Documento ASIS (Análisis de la Situación en Salud) y el Plan de Intervenciones Colectivas.	No se Cumple
55	¿Se aprueban los resultados del diseño y desarrollo antes de su aceptación?	0.00	Socialización del Plan territorial de Salud ante el Concejo Municipal, Consejo de Gobierno y Consejo territorial de seguridad social en salud.	No se Cumple
56	¿Los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de entrada ?	0.00	Plan Territorial de Salud, Documento ASIS (Análisis de la Situación en Salud) y el Plan de Intervenciones Colectivas.	No se Cumple
57	¿Los resultados del diseño y desarrollo proporcionan información apropiada para la adquisición de bienes y servicios y para la producción y prestación del servicio ?	0.00	Plan Territorial de Salud, Documento ASIS (Análisis de la Situación en Salud) y el Plan de Intervenciones Colectivas.	No se Cumple
58	¿Los resultados del diseño y desarrollo contienen o hacen referencia a los criterios de aceptación del producto y/o servicio ?	0.00		No se Cumple
59	¿ Los resultados del diseño y desarrollo especifican las características esenciales para el uso seguro y correcto del producto y/o servicio ?	0.00		No se Cumple
60	¿ Se realizan revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo, según lo planificado ?	0.25	Evaluaciones trimestrales	Se cumple insatisfactoriamente
61	¿En estas revisiones se evalúa la capacidad de los resultados del diseño para cumplir los requisitos ?	0.00		No se Cumple
62	¿En estas revisiones se identifican problemas y se proporcionan acciones para resolverlos ?	0.00	Planes de Mejora	No se Cumple
63	¿ En estas revisiones participan representantes de las áreas o procesos interesados en la etapa que se está revisando ?	0.00	Actas de Evaluación trimestrales	No se Cumple
64	¿Se conservan registros de los resultados de la revisión del diseño y desarrollo y de las acciones que en esta revisión se originen ?	0.00	Actas de evaluación bimensuales y/o trimestrales	No se Cumple
65	¿Se realizan verificaciones sistemáticas del diseño y desarrollo, según lo planificado ?	0.00	Evaluaciones trimestrales	No se Cumple
66	¿En estas verificaciones se asegura que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo ?	0.00	Actas de visita de evaluación trimestral de ejecución de actividades.	No se Cumple
67	¿Se registran los resultados de la verificación y las acciones derivadas de la misma ?	0.00	Actas de verificación	No se Cumple

68	¿Se realiza validación sistemática del diseño y desarrollo, según lo planificado ?	0.00	Planes de Mejora	No se Cumple
69	¿En esta validación se confirma que el producto y/o servicio es capaz de cumplir con los requisitos de uso o la aplicación especificada ?	0.00	Actas de seguimiento a planes de mejora	No se Cumple
70	¿ La validación se realiza antes de la entrega del producto y/o servicio al cliente ?	0.00		No se Cumple
71	¿Se registran los resultados de la validación y las acciones derivadas de la misma ?	0.00	Actas de visita	No se Cumple
72	¿Se identifican y registran los cambios que se efectúan al diseño y desarrollo ?	0.00		No se Cumple
73	¿Se revisan, verifican y validan los cambios hechos al diseño y desarrollo ?	0.00		No se Cumple
74	¿ Los cambios hechos al diseño y desarrollo se aprueban antes de la implementación ?	0.00		No se Cumple
75	¿La revisión de los cambios del diseño y desarrollo incluye la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto y/o servicio ya entregado ?	0.00		No se Cumple
76	¿ Se registran los resultados de las revisiones de los cambios y las acciones que de ellas se derivan ?	0.00		No se Cumple
77	¿Se planifican las condiciones controladas bajo las cuales se debe producir o prestar el servicio ?	0.00		No se Cumple
78	¿La producción o prestación del servicio se lleva a cabo bajo estas condiciones controladas que han sido planificadas ?	0.00		No se Cumple
79	¿Las condiciones controladas incluyen información que especifica las características del producto y/o servicio (por ejemplo: fichas técnicas, protocolos del servicio) ?	0.00		No se Cumple
80	¿Las condiciones controladas incluyen la disponibilidad de instrucciones de trabajo (por ejemplo: instructivos, guías, manuales, protocolos) ?	0.00		No se Cumple
81	¿Las condiciones controladas incluyen equipo apropiado para la producción o prestación del servicio ?	0.00		No se Cumple
82	¿Las condiciones controladas incluyen la implementación de actividades de seguimiento y medición ?	0.00		No se Cumple
83	¿Las condiciones controladas incluyen las actividades para la liberación y entrega, y posteriores a la entrega del producto y/o servicio ?	0.00		No se Cumple
84	¿Las condiciones controladas incluyen los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia ?	0.00		No se Cumple
85	¿Validación de los procesos de la producción y la prestación del servicio ?	0.00		No se Cumple
86	¿Se validan aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante actividades de seguimiento y medición posteriores (procesos especiales) ?	0.00		No se Cumple

87	¿La validación demuestra la capacidad del proceso para alcanzar los resultados planificados ?	0.00		No se Cumple
88	¿En la validación se incluye la calificación y aprobación de procesos, equipos, personas y métodos ?	0.00		No se Cumple
89	¿En la validación se incluyen los requisitos para los registros ?	0.00		No se Cumple
90	¿En la validación se incluyen los requisitos para la revalidación ?	0.00		No se Cumple
91	¿Se identifica el producto a través de las etapas de producción y prestación del servicio ?	0.00		No se Cumple
92	¿Se controla y registra la identificación única de producto y/o servicio ?	0.00		No se Cumple
93	¿Se preserva la conformidad del producto y/o servicio hasta el destino previsto ?	0.00		No se Cumple
94	¿Se identifican las mediciones, el seguimiento y los equipos necesarios para proporcionar evidencia de conformidad del producto y/o servicio con los requisitos ?	0.00		No se Cumple
95	¿Se asegura La Secretaria de Salud de que el seguimiento y medición pueden realizarse (de que se dispone de la capacidad para hacerlo), de acuerdo a los requisitos establecidos ?	0.00		No se Cumple
96	¿ Cuando se usa software o programas informáticos para actividades de seguimiento y medición de los requisitos, La Secretaria de Salud confirma su capacidad para satisfacer la aplicación prevista?	0.00	Mediante la realizacion de informes y recoleccion de informacion en campo	No se Cumple
97	¿Esta confirmación metrológica de los programas informáticos se hace antes de iniciar su utilización y se confirma nuevamente cuando sea necesario ?	0.00	La Utilizacion de servicios informaticos se confirma para el buen manejo de la informacion recolectada en campo	No se Cumple
98	¿Están planificados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora?	0.25	Mediante la presentacion de matrices mensuales de cumplimiento de metas, Informes de ejecucion de actividades, visitas de evaluacion, auditorias.	Se cumple insatisfactoriamente
99	¿ Están implementados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora?	0.25	Mediante la presentacion de matrices mensuales de cumplimiento de metas, Evaluaciones trimestrales	Se cumple insatisfactoriamente
100	¿Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora demuestran la conformidad del producto y/o servicio ?	0.25	Mediante la presentacion de matrices mensuales de cumplimiento de metas, actas de evaluacion, informes de ejecucion de actividade	Se cumple insatisfactoriamente
101	¿Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora aseguran la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad ?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad, Planes de Mejora	No se Cumple
102	¿ Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora permiten la mejora continua de la eficacia,eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad ?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad,Informes de ejecucion de actividades, visitas de evaluacion, auditorias.	No se Cumple

103	¿Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora comprenden la determinación de los métodos aplicables, incluidas las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización ?	0.00	No existen procesos para la medicion		No se Cumple
104	¿Se llevan a cabo a intervalos planificados las auditorías internas al sistema de gestión de la calidad ?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad		No se Cumple
105	¿En las auditorías internas de calidad se determina si el sistema es conforme con la norma NTC GP 1000:2004, con las disposiciones planificadas y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por La Secretaria de Salud?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad		No se Cumple
106	¿En las auditorías internas de calidad se determina si el sistema de gestión de la calidad se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad		No se Cumple
107	¿ Las auditorías internas de calidad se planifican y programan considerando el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad		No se Cumple
108	¿Las auditorías internas de calidad se planifican y programan considerando los resultados de auditorías previas?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad		No se Cumple
109	¿Se define el alcance, frecuencia y metodología de las auditorías internas de calidad?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad		No se Cumple
110	¿ Las auditorías internas de calidad las realiza personal independiente a las áreas auditadas, asegurando su objetividad e imparcialidad?	0.25	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad		Se cumple insatisfactoriamente
111	¿Existe un procedimiento documentado que incluya la responsabilidad y requisitos para planificar y realizar las auditorías internas de calidad, registrar los resultados e informar de los mismos?	0.50	Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI), Plan de Atencion en Salud (PAS), Se realiza por parte de la Oficina de Control Interno mediante seguimiento a Planes de Mejora		Se cumple Aceptablemente
112	¿ La dirección responsable del área auditada adopta acciones correctivas sobre las deficiencias encontradas, sin demora injustificada?	0.50	Planes de Mejora, Actas de visita de evaluacion	Seguimiento a traves de reuniones de consejo de gobierno	Se cumple Aceptablemente
113	¿ Las actividades de seguimiento a las auditorías incluyen la verificación de las acciones correctivas tomadas y el reporte del resultado de esta verificación?	0.25	Planes de Mejora	Seguimiento a traves de reuniones de consejo de gobierno	Se cumple insatisfactoriamente
114	¿Se conservan registros de los resultados de las auditorías internas?	0.25	Informes de Auditoria	Seguimiento a traves de reuniones de consejo de gobierno	Se cumple insatisfactoriamente
115	¿Se aplica un sistema de evaluación apropiado para el seguimiento y, cuando sea aplicable, para la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad?	0.25	Informes de Auditoria	Seguimiento a traves de reuniones de consejo de gobierno	Se cumple insatisfactoriamente

116	¿El sistema de evaluación demuestra la eficacia, la eficiencia y la efectividad?	0.25	Informes de Auditoria	Seguimiento a través de reuniones de consejo de gobierno	Se cumple insatisfactoriamente
117	¿Se efectúan correcciones y se toman acciones correctivas, según sea conveniente, cuando no se alcanzan los resultados planificados?	0.50	Informes de Auditoria, Planes de Mejora	Seguimiento a través de reuniones de consejo de gobierno	Se cumple Aceptablemente
118	¿Se facilita a los clientes y a las partes interesadas, el seguimiento a los resultados de la evaluación?	0.25	Informes de Auditoria	Seguimiento a través de reuniones de consejo de gobierno	Se cumple insatisfactoriamente
119	¿Están disponibles los resultados pertinentes del sistema de evaluación y son difundidos de manera permanente a los clientes y partes interesadas, a través de páginas web?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad		No se Cumple
120	¿Se mide y se hace seguimiento a las características del producto y/o servicio?	0.25	Informes de Auditoria Trimestrales		Se cumple insatisfactoriamente
121	¿Se verifica el cumplimiento de los requisitos del producto y/o servicio?	0.25	Informes de Auditoria Trimestrales		Se cumple insatisfactoriamente
122	¿Se hace el seguimiento y la medición de las características del producto y/o servicio en etapas apropiadas, de acuerdo a como se planificó?	0.25	Informes de Auditoria Trimestrales		Se cumple insatisfactoriamente
123	¿Se mantiene la evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación del producto y/o servicio?	0.50	Informes de Auditoria, Actas de visita a los difernetes programas		Se cumple Aceptablemente
124	¿Los registros que se mantienen, incluyen la autoridad responsable de la liberación del producto y/o servicio?	0.00	Se mantiene registro de trabajos de campo e informes entregados		No se Cumple
125	¿Se identifica el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no intencional?	0.00	El servicio se identifica y los posibles beneficiarios		No se Cumple
126	¿Se ha documentado un procedimiento que defina los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme?	0.00	Mediante la implementacion de informes de seguimiento y Responsables de la prestacion del servicio		No se Cumple
127	¿Se determina cuáles son los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad		No se Cumple
128	¿Se recopilan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad		No se Cumple
129	¿Se analizan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad		No se Cumple

130	¿Se incluyen dentro de estos datos, los datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por otra fuente?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad	No se Cumple
131	¿El análisis de datos proporciona información sobre la satisfacción del cliente?	0.00	Mediante el cruce de datos de las matrices e informes entregados se define la satisfaccion del usuario	No se Cumple
132	¿El análisis de datos proporciona información sobre la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio?	0.00	Mediante la entrega oportuna se alcanza metas a nivel departamental que evidencia la buena prestacion del servicio	No se Cumple
133	¿El análisis de datos proporciona información sobre las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios, incluyendo las oportunidades de tomar acciones preventivas?	0.00	Con la recopilacion de datos se puede realizar la toma de acciones preventivas a la prestacion de un servicio	No se Cumple
134	¿La mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad incluye aspectos tales como: la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías internas de calidad, análisis de datos, sistema de evaluación para seguimiento y medición, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad	No se Cumple
135	¿Se eliminan las causas de las no conformidades para que no vuelvan a ocurrir?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad	No se Cumple
136	¿Son apropiadas las acciones correctivas, a los efectos de las no conformidades encontradas?	0.00	No se encuentra implementado el Sistema de Gestion de Calidad	No se Cumple
137	¿Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades, determinar las causas, evaluar la toma de acciones, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción tomada?	0.00	No se tiene documentado procesos para la identificacion de no conformidades	No se Cumple
138	¿Se mantienen registros de las acciones correctivas tomadas y de sus resultados?	0.00	Se mantiene registro de toda accion que corresponda a la mejora de un servicio	No se Cumple
139	¿Se eliminan las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia?	0.00	Mediante la realizacion de informes se procura mejorar las no conformidades	No se Cumple
140	¿Son apropiadas las acciones preventivas, a los efectos de los problemas potenciales?	0.00	Si son apropiadas, ya que a la medida de la solucion, los niveles de laprestacion de un servicio mejoran	No se Cumple
141	¿Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades potenciales y sus causas, evaluar la necesidad de tomar acciones preventivas, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción preventiva tomada?	0.00	No existen procesos documentados para identificar las no conformidades	No se Cumple

142	¿Se toman como base los mapas de riesgos para establecer acciones preventivas?	0.00	No se tiene evidencia de la Realización de mapas de riesgo	No se Cumple
143	¿Se mantienen registros de las acciones preventivas tomadas y de sus resultados?	0.00	No se tiene evidencia de acciones correctivas realizadas	No se Cumple
<b>Valoración Criterio Procesos-Productos-Servicios</b>			<b>0.33</b>	

**Nota.** Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a las evidencias y puntuación de cada una de las preguntas se identifican los siguientes puntos fuertes y oportunidades de mejora para el Criterio de Procesos-Productos y/o servicios en la Secretaria Municipal de Salud de Tangua:

### **Puntos Fuertes**

- Con el Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI), el Plan de Atención en Salud (PAS) y las Matrices de cumplimiento enviadas al Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) Los procesos de La Secretaria de Salud disponen de objetivos e indicadores, a través de los cuales se gestionan y se mide su eficacia
- En el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y el Plan Territorial están identificados los procesos que le permiten a La Secretaria de Salud cumplir su misión (estratégicos, apoyo, misionales, de evaluación)
- En el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y el Plan Territorial de Salud están planificados los procesos necesarios para la realización del producto o la prestación del servicio (procesos misionales)
- Con los Informes trimestrales de ejecución de actividades se verifica como los procesos misionales se desarrollan de acuerdo a lo planificado.

- Con el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y el Plan Territorial de Salud se verifica la planificación de los procesos misionales es consistente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad
- Con los procesos contractuales, hojas de vida, Portafolio de Servicios del Centro de Salud Hermes Andrade Mejía E.S.E y el Plan Territorial de Salud se asegura La Secretaria de Salud que tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos
- Según la Norma para la Elaboración del Plan Territorial de salud, Documento Análisis de la Situación en Salud (ASIS), Plan Operativo Anual y evaluación de ejecución de actividades se determinan las actividades de revisión, verificación, y validación apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo del servicio.
- Con el Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI), Plan de Atención en Salud (PAS), seguimiento a Planes de Mejora por parte de la Oficina de Control Interno se verifica un procedimiento documentado que incluye la responsabilidad y requisitos para planificar y realizar las auditorías internas de calidad, registrar los resultados e informar de los mismos
- Mediante Planes de Mejora y Actas de visita de evaluación La dirección responsable del área auditada adopta acciones correctivas sobre las deficiencias encontradas, sin demora injustificada
- Mediante Informes de Auditoria y Planes de Mejora Se efectúan correcciones y se toman acciones correctivas, según sea conveniente, cuando no se alcanzan los resultados planificados
- Mediante Informes de Auditoria y Actas de visita a los diferentes programas se mantiene la evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación del producto y/o servicio

- La Secretaria de Salud debe identificar y diseñar sus procesos y subprocesos por medio de una metodología definida (mapa de procesos, Norma ISO...)
- Definir y documentar los procesos de la Secretaria de Salud: disponer de un coordinador o gestor, misión, descripción de sus clientes, entradas, salidas, diagrama de flujo...
- Introducir cambios y mejoras en sus procesos, comunicarlos a sus grupos de interés y evaluar sus resultados
- Implicarse de manera proactiva con sus clientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones (grupos de opinión con pacientes y familiares, reuniones con asociaciones de usuarios...)
- Diseñar y mejorar sus servicios en función de las necesidades y expectativas de sus clientes
- Utilizar los datos de las encuestas, así como cualquier otra información de su nivel de satisfacción (quejas, felicitaciones, opiniones y sugerencias recogidas a través del contacto habitual con usuarios y familiares) para definir objetivos de mejora e implantar mejoras
- Atender (y gestionar) las quejas y reclamaciones de sus clientes
- Planificar y utilizar algún sistema para evaluar/revisar periódicamente la gestión de sus procesos y la orientación al cliente
- Disponer de (y utilizar) indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de sus procesos y la orientación al cliente
- Identificar y priorizar las posibles oportunidades de mejora de la gestión de sus procesos mediante la medición y el aprendizaje y la orientación al cliente

- Planificar o llevar a cabo acciones de mejora respecto a la gestión de sus procesos y la <sup>106</sup> orientación al cliente
- Determinar la secuencia e interrelación de esos procesos
- Definir los métodos y criterios requeridos para asegurar la operación eficaz y eficiente y el control de los procesos
- Disponer de información y recursos para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos
- Realizar seguimiento y medición a los procesos
- Implementar las acciones necesarias para alcanzar lo planificado y la mejora continua a estos procesos
- Identifica y diseñar los puntos de control frente a los riesgos más significativos
- Realizar control sobre los procesos contratados externamente.
- Dar cumplimiento a las disposiciones legales vigentes en el control sobre los procesos contratados a terceros
- Determinar los objetivos de calidad para el producto o servicio
- Determinar la necesidad de establecer procesos documentados y proporcionar recursos específicos para el producto y/o servicio
- Determinar las actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayos específicos para el producto y/o servicio y los criterios para su aceptación
- Determinar los registros necesarios para evidenciar que los procesos misionales y el producto y/o servicio cumplen con los requisitos
- Determinar los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio.

- Determinar otros requisitos relacionados con el producto y/o servicio, por parte de La 107 Secretaria de Salud
- Revisar y asegurar los requisitos relacionados con el producto y/o servicio antes que La Secretaria de Salud se comprometa a proporcionarlos al cliente.
- Asegurar que estén resueltas las diferencias que pudieran existir entre los requisitos definidos y los expresados previamente por el cliente.
- Conservar registros de los resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio y de las acciones que en esta revisión se originen.
- Cuando hay cambios en los requisitos, modificar la documentación y asegurarse que los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas correspondientes sean conscientes de estas modificaciones.
- Determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la información sobre el producto y/o servicio.
- Determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a las consultas, contratos, solicitudes y modificaciones (antes de la prestación del servicio).
- Determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a su retroalimentación, incluyendo reclamaciones, quejas, percepciones y sugerencias. (Posterior a la prestación del servicio).
- Determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la participación ciudadana.
- Planificar el diseño y desarrollo del producto y/o servicio.
- Controlar el diseño y desarrollo del producto y/o servicio.

- Determinar las etapas del diseño y desarrollo.
- Establecer la responsabilidad y autoridad para el diseño y desarrollo.
- Gestionar las relaciones entre los grupos comprometidos con el diseño y desarrollo, asegurando una eficaz comunicación entre los mismos.
- Actualizar los resultados de la planificación a medida que progresa el diseño y desarrollo.
- Determinar y mantener los registros de las entradas al diseño y desarrollo del producto y/o servicio.
- Incluir los requisitos funcionales y de desempeño.
- Incluir los requisitos legales y reglamentarios en las entradas al diseño y desarrollo.
- Incluir la información aplicable de diseños similares en las entradas al diseño y desarrollo
- Incluir los requisitos esenciales en las entradas al diseño y desarrollo
- Revisar la adecuación de los elementos de entradas del diseño y desarrollo
- Presentar los requisitos de entrada del diseño y desarrollo completos, libres de ambigüedades y sin contradicciones
- Proporcionar los resultados del diseño y desarrollo de forma tal que permitan la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo
- Aprobar los resultados del diseño y desarrollo antes de su aceptación
- Los resultados del diseño y desarrollo deben cumplir los requisitos de entrada
- Los resultados del diseño y desarrollo deben proporcionar información apropiada para la adquisición de bienes y servicios y para la producción y prestación del servicio
- Los resultados del diseño y desarrollo deben contener o hacer referencia a los criterios de aceptación del producto y/o servicio

- Los resultados del diseño y desarrollo deben especificar las características esenciales para el uso seguro y correcto del producto y/o servicio
- Realizar revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo, según lo planificado
- En estas revisiones se debe evaluar la capacidad de los resultados del diseño para cumplir los requisitos
- En estas revisiones se deben identificar problemas y proporcionar acciones para resolverlos
- En estas revisiones deben participar representantes de las áreas o procesos interesados en la etapa que se está revisando
- Conservar registros de los resultados de la revisión del diseño y desarrollo y de las acciones que en esta revisión se originen
- Realizar verificaciones sistemáticas del diseño y desarrollo, según lo planificado
- En estas verificaciones asegurarse que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo
- Registrar los resultados de la verificación y las acciones derivadas de la misma
- Realizar validación sistemática del diseño y desarrollo, según lo planificado
- En esta validación confirmar que el producto y/o servicio es capaz de cumplir con los requisitos de uso o la aplicación especificada
- Realizar La validación antes de la entrega del producto y/o servicio al cliente
- Registrar los resultados de la validación y las acciones derivadas de la misma
- Identificar y registrar los cambios que se efectúan al diseño y desarrollo
- Revisar, verificar y validar los cambios hechos al diseño y desarrollo
- Aprobar los cambios hechos al diseño y desarrollo antes de la implementación

- En La revisión de los cambios del diseño y desarrollo incluir la evaluación del efecto 110 de los cambios en las partes constitutivas y en el producto y/o servicio ya entregado
- Registrar los resultados de las revisiones de los cambios y las acciones que de ellas se derivan
- Planificar las condiciones controladas bajo las cuales se debe producir o prestar el servicio
- La producción o prestación del servicio se debe llevar a cabo bajo estas condiciones controladas que han sido planificadas
- Las condiciones controladas deben incluir información que especifica las características del producto y/o servicio (por ejemplo: fichas técnicas, protocolos del servicio)
- Las condiciones controladas deben incluir la disponibilidad de instrucciones de trabajo (por ejemplo: instructivos, guías, manuales, protocolos)
- Las condiciones controladas deben incluir equipo apropiado para la producción o prestación del servicio
- Las condiciones controladas deben incluir la implementación de actividades de seguimiento y medición
- Las condiciones controladas deben incluir las actividades para la liberación y entrega, y posteriores a la entrega del producto y/o servicio
- Las condiciones controladas deben incluir los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia
- Validar los procesos de la producción y la prestación del servicio
- Validar aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante actividades de seguimiento y medición posteriores (procesos especiales)

- En la validación demostrar la capacidad del proceso para alcanzar los resultados planificados
- En la validación incluir la calificación y aprobación de procesos, equipos, personas y métodos
- En la validación incluir los requisitos para los registros
- En la validación incluir los requisitos para la revalidación
- Identificar el producto a través de las etapas de producción y prestación del servicio
- Controlar y registrar la identificación única de producto y/o servicio
- Preservar la conformidad del producto y/o servicio hasta el destino previsto
- Identificar las mediciones, el seguimiento y los equipos necesarios para proporcionar evidencia de conformidad del producto y/o servicio con los requisitos
- Asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse (de que se dispone de la capacidad para hacerlo), de acuerdo a los requisitos establecidos
- Cuando se usa software o programas informáticos para actividades de seguimiento y medición de los requisitos, La Secretaria de Salud debe confirmar su capacidad para satisfacer la aplicación prevista
- Esta confirmación metrológica de los programas informáticos se debe hacer antes de iniciar su utilización y se debe confirmar nuevamente cuando sea necesario
- Planificar los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora
- Implementar los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora
- Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora deben demostrar la conformidad del producto y/o servicio

- Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora deben asegurar la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad
- Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora deben permitir la mejora continua de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad
- Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora deben comprender la determinación de los métodos aplicables, incluidas las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización
- Llevar a cabo a intervalos planificados las auditorías internas al sistema de gestión de la calidad
- En las auditorías internas de calidad determinar si el sistema es conforme con la norma NTC GP 1000:2004, con las disposiciones planificadas y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por La Secretaria de Salud
- En las auditorías internas de calidad determinar si el sistema de gestión de la calidad se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva
- Planificar y programar las auditorías internas de calidad considerando el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar
- Planificar y programar Las auditorías internas de calidad considerando los resultados de auditorías previas
- Definir el alcance, frecuencia y metodología de las auditorías internas de calidad
- Realizar Las auditorías internas de calidad por personal independiente a las áreas auditadas, asegurando su objetividad e imparcialidad
- Incluir en las actividades de seguimiento a las auditorías la verificación de las acciones correctivas tomadas y el reporte del resultado de esta verificación

- Conservar registros de los resultados de las auditorías internas
- Aplicar un sistema de evaluación apropiado para el seguimiento y, cuando sea aplicable, para la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad
- Demostrar en El sistema de evaluación la eficacia, la eficiencia y la efectividad
- Facilitar a los clientes y a las partes interesadas, el seguimiento a los resultados de la evaluación
- Disponer los resultados pertinentes del sistema de evaluación y difundirlos de manera permanente a los clientes y partes interesadas, a través de páginas web
- Medir y se hacer seguimiento a las características del producto y/o servicio
- Verificar el cumplimiento de los requisitos del producto y/o servicio
- Hacer el seguimiento y la medición de las características del producto y/o servicio en etapas apropiadas, de acuerdo a como se planificó
- En Los registros que se mantienen, incluir la autoridad responsable de la liberación del producto y/o servicio
- Identificar el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no intencional
- Documentar un procedimiento que defina los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme
- Determinar cuáles son los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua

- Recopilar los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y 114 efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua
- Analizar los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua
- Incluir dentro de estos datos, los datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por otra fuente
- El análisis de datos debe proporcionar información sobre la satisfacción del cliente
- El análisis de datos debe proporcionar información sobre la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio
- El análisis de datos debe proporcionar información sobre las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios, incluyendo las oportunidades de tomar acciones preventivas
- En La mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad incluir aspectos tales como: la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías internas de calidad, análisis de datos, sistema de evaluación para seguimiento y medición, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección
- Eliminar las causas de las no conformidades para que no vuelvan a ocurrir
- Las acciones correctivas deben ser apropiadas, a los efectos de las no conformidades encontradas

- Establecer un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades, determinar las causas, evaluar la toma de acciones, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción tomada
- Mantener registros de las acciones correctivas tomadas y de sus resultados
- Eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia
- Las acciones preventivas deben ser apropiadas, a los efectos de los problemas potenciales
- Establecer un procedimiento documentado que defina los requisitos para: identificar las no conformidades potenciales y sus causas, evaluar la necesidad de tomar acciones preventivas, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción preventiva tomada
- Tomar como base los mapas de riesgos para establecer acciones preventivas
- Mantener registros de las acciones preventivas tomadas y de sus resultados

## 6. Resultados en los Clientes

Tabla 14

*Valoración Criterio Resultados en los Clientes*

No	Pregunta	Porcentaje de la Pregunta	Evidencia		Descripción
			Documental	Verbal	
1	¿La Secretaria de Salud ha identificado a todos sus clientes? (los diferentes tipos de clientes)	0.50	Usuarios del Hospital, Mediante Bases de Datos Departamentales, Plan Territorial de Salud, Analisis de la situacion en salud (ASIS), Cada dimension del plan territorial de salud identifica sus tipos de clientes.	x	Se cumple Aceptablemente
2	¿La Secretaria de Salud ha identificado cuáles son los aspectos significativos acerca de la satisfacción de sus clientes y su importancia relativa para lograr ésta?	0.25	Mediante la ejecucion de programacion y cumplimiento de metas, Documento Analisis de la Situacion en Salud (ASIS)	x	Se cumple Insatisfactoriamente

3	¿La Secretaria de Salud ha establecido los indicadores directos relacionados con la percepción de los clientes, referente al servicio y atención que se les ofrece?	0.00	No se han establecido este tipo de indicadores, Actas de visita de Sistema de Informacion y Atencion al Usuario (SIAU)	No se cumple
4	¿La Secretaria de Salud recoge estos indicadores directos de forma periódica y estructurada; es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de sus clientes mediante encuestas, grupos de trabajo conjunto y/o grupos focales?	0.25	Falta realizar de forma periodica,Actas de visita de Sistema de Informacion y Atencion al Usuario (SIAU)	Se cumple Insatisfactoriamente
5	¿La Secretaria de Salud analiza los resultados de los indicadores directos de satisfacción de los clientes, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?	0.25	Falta realizar de forma periodica,Actas de visita de Sistema de Informacion y Atencion al Usuario (SIAU)	Se cumple Insatisfactoriamente
6	¿La Secretaria de Salud ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción de los clientes y éstos se alcanzan en los últimos años?	0.50	Mediante el cumplimiento de programacion y realizacion de informes, Actas de visita al Sistema de Informacion y Atencion al Usuario (SIAU)	Se cumple Aceptablemente
7	¿La Secretaria de Salud tiene datos de otras unidades similares con las que establece comparaciones de los indicadores directos de satisfacción de los clientes y éstas son favorables en los últimos años?	0.25	Encuestas del Centro de Salud E.S.E Municipal	Se cumple Insatisfactoriamente
8	¿La Secretaria de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados de los indicadores directos de satisfacción de los clientes obtenidos?	0.25	No se han establecido planes de mejora, Actas de visita al Sistema de Informacion y Atencion al Usuario (SIAU)	Se cumple Insatisfactoriamente
9	¿La Secretaria de Salud dispone de indicadores directos de satisfacción de los clientes para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de sus clientes?	0.25	No dispone de indicadores de Satisfaccion,Actas de visita al Sistema de Informacion y Atencion al Usuario (SIAU)	Se cumple Insatisfactoriamente
10	¿La Secretaria de Salud realiza comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos de satisfacción de clientes y aprende de ellas?	0.50	Encuestas de Satisfaccion del Centro de Salud ESE Municipal, Actas de visita al Sistema de Informacion y Atencion al Usuario (SIAU)	Se cumple Aceptablemente
11	¿La Secretaria de Salud ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?	0.50	Buzon de Peticiones, quejas,reclamos y sugerencias (PQRS) x	Se cumple Aceptablemente
12	¿La Secretaria de Salud recoge los indicadores indirectos de satisfacción de clientes de forma periódica y estructurada?	0.00	Falta realizar la recoleccion de indicadores, Actas de Visita al Sistema de Informacion y Atencion al Usuario (SIAU)	No se cumple
13	¿La Secretaria de Salud analiza los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?	0.25	No Existen indicadores de satisfaccion, Actas de visita al Sistema de Informacion y Atencion al Usuario (SIAU)	Se cumple Insatisfactoriamente

14	¿La Secretaria de Salud ha establecido objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes y éstos se alcanzan en los últimos años?	0.00	No se han establecido indicadores indirectos de satisfacción, Actas de visita al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)	No se cumple
15	¿La Secretaria de Salud tiene datos de otras unidades similares de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?	0.25	actas de visita al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) y auditorías	Se cumple Insatisfactoriamente
16	¿La Secretaria de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes?	0.25	No se han establecido planes de mejora, Actas de visita al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) y auditorías con Empresas Promotoras de Salud (EPS)	Se cumple Insatisfactoriamente
17	¿La Secretaria de Salud dispone de indicadores indirectos para todas las áreas relevantes de la medición de la satisfacción de sus clientes?	0.25	No se dispone de indicadores indirectos, Actas de visita al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) y auditorías con Empresas Promotoras de Salud (EPS)	Se cumple Insatisfactoriamente
18	¿La Secretaria de Salud realiza comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas en resultados indirectos de satisfacción de los clientes?	0.00	Actas de visita al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) y auditorías con Empresas Promotoras de Salud (EPS)	No se cumple
19	¿Se hace seguimiento de la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la Secretaria de Salud?	0.25	Con la ejecución de la programación mensual y anual, Auditorías	Se cumple Insatisfactoriamente
20	¿Se establecieron los métodos para obtener la información de la satisfacción del cliente?	0.00	Actas de visita al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) y auditorías con Empresas Promotoras de Salud (EPS)	No se cumple
<b>Valoración criterio Resultados en los Clientes</b>			<b>0.24</b>	

**Nota.** Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a las evidencias y puntuación de cada una de las preguntas se identifican los siguientes puntos fuertes y oportunidades de mejora para el Criterio Resultados en los Clientes en la Secretaria Municipal de Salud de Tangua:

### **Puntos Fuertes**

- La Secretaria de Salud ha identificado a todos sus clientes mediante Bases de Datos Departamentales, en el Plan Territorial de Salud, en el documento Análisis de la Situación en Salud y los usuarios del Centro de Salud Hermes Andrade Mejía E.S.E

- La Secretaria de Salud ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción de los clientes y éstos se alcanzan en los últimos años, mediante el cumplimiento de programación, realización de informes y Actas de visita al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)
- La Secretaria de Salud realiza comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos de satisfacción de clientes y aprende de ellas mediante encuestas de Satisfacción del Centro de Salud ESE Municipal, Actas de visita al Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)
- La Secretaria de Salud ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) que le dan información que complementa la obtenida de la percepción mediante el Buzón de Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias (PQRS)

### **Oportunidades de Mejora**

- Identificar cuáles son los aspectos significativos acerca de la satisfacción de sus clientes y su importancia relativa para lograr ésta
- Establecer indicadores directos relacionados con la percepción de los clientes, referente al servicio y atención que se les ofrece
- Recoger los indicadores directos de forma periódica y estructurada; es decir, preguntar periódicamente acerca del grado de satisfacción de sus clientes mediante encuestas, grupos de trabajo conjunto y/o grupos focales
- Analizar los resultados de los indicadores directos de satisfacción de los clientes, sus tendencias y si éstas son positivas en los últimos años
- Establecer comparaciones con datos de otras unidades similares de los indicadores directos de satisfacción de los clientes y si éstas son favorables en los últimos años

- Establecer planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados de los indicadores directos de satisfacción de los clientes obtenidos
- Disponer de indicadores directos de satisfacción de los clientes para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de sus clientes
- Recoger los indicadores indirectos de satisfacción de clientes de forma periódica y estructurada
- Analizar los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años
- Establecer objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes y éstos se alcanzan en los últimos años
- Establecer comparaciones con datos de otras unidades similares de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes con las que establece comparaciones y si éstas son favorables en los últimos años
- Establecer planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes
- Disponer de indicadores indirectos para todas las áreas relevantes de la medición de la satisfacción de sus clientes
- Realizar comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas en resultados indirectos de satisfacción de los clientes
- Realizar seguimiento de la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos
- Establecer los métodos para obtener la información de la satisfacción del cliente

## 7. Resultados en las Personas

Tabla 15  
*Valoración Criterio Resultados en las Personas*

No	Pregunta	Porcentaje de la Pregunta	Evidencia		Observaciones
			Documental	Verbal	
1	¿La Secretaria de Salud ha identificado cuáles son los aspectos significativos acerca de la satisfacción de las personas y su importancia relativa para lograr ésta?	0.00		Mediante la ejecución de programación anual y cumplimiento mensual y trimestral	No se Cumple
2	¿La Secretaria de Salud ha establecido los indicadores directos relacionados con la percepción de las personas, referentes a la satisfacción de éstas?	0.00		No se ha establecido Indicadores	No se Cumple
3	¿La Secretaria de Salud recoge estos indicadores directos de forma periódica y estructurada, es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de sus personas mediante encuestas, grupos de trabajo conjunto y/o grupos focales?	0.00		Falta realizar de forma periodica	No se Cumple
4	¿La Secretaria de Salud analiza los resultados de los indicadores directos de satisfacción de personas, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?	0.00		Mediante la ejecución de programación anual y cumplimiento mensual y trimestral	No se Cumple
5	¿La Secretaria de Salud ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción de personas y éstos se alcanzan en los últimos años?	0.00		Falta realizar de forma periodica	No se Cumple
6	¿La Secretaria de Salud tiene datos de indicadores directos de satisfacción de personas de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?	0.00			No se Cumple
7	¿La Secretaria de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos en los indicadores directos de satisfacción de personas?	0.00		Se debe elaborar planes de mejora	No se Cumple
8	¿La Secretaria de Salud dispone de indicadores directos de satisfacción de personas para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de sus clientes?	0.00		Mediante cumplimiento mensual y trimestral de la programación	No se Cumple
9	¿La Secretaria de Salud realiza comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?	0.00			No se Cumple
10	¿La Secretaria de Salud ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?	0.00		Falta realizar	No se Cumple
11	¿La Secretaria de Salud recoge los indicadores indirectos de forma periódica y estructurada?	0.00		Falta realizar	No se Cumple
12	¿La Secretaria de Salud analiza los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción de personas, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?	0.25		Falta realizar de forma periodica	Se cumple Insatisfactoriamente
13	¿La Secretaria de Salud ha establecido objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción de personas y éstos se alcanzan en los últimos años?	0.00		Falta Establecer Indicadores	No se Cumple

14	¿La Secretaria de Salud tiene datos de los indicadores indirectos de satisfacción de personas de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?	0.25	Encuestas de satisfacción del Centro de Salud Empresa Social del Estado, Falta Establecer indicadores	Se cumple Insatisfactoriamente
15	¿La Secretaria de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos en los indicadores indirectos de satisfacción de personas?	0.00	Se debe elaborar planes de mejora	No se Cumple
16	¿La Secretaria de Salud dispone de indicadores indirectos de satisfacción de personas para todas las áreas relevantes de la medición indirecta de la satisfacción de sus clientes?	0.00	Mediante cumplimiento mensual y trimestral de la programación	No se Cumple
17	¿La Secretaria de Salud realiza comparaciones de los indicadores indirectos de satisfacción de personas con otras unidades más avanzadas como las mejores y aprende de ellas?	0.00		No se Cumple
<b>Valoracion criterios Resultados en las personas</b>			<b>0.03</b>	

**Nota.** Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a las evidencias y puntuación de cada una de las preguntas se identifican las siguientes oportunidades de mejora para el Criterio Resultados en las Personas en la Secretaria Municipal de Salud de Tangua:

### **Oportunidades de Mejora**

- Identificar en la Secretaria de Salud cuáles son los aspectos significativos acerca de la satisfacción de las personas y su importancia relativa para lograr ésta
- Establecer indicadores directos relacionados con la percepción de las personas, referentes a la satisfacción de éstas
- Recoger indicadores directos de forma periódica y estructurada, es decir, preguntar periódicamente acerca del grado de satisfacción de sus personas mediante encuestas, grupos de trabajo conjunto y/o grupos focales
- Analizar los resultados de los indicadores directos de satisfacción de personas, si existen tendencias y si éstas son positivas en los últimos años

- Establecer en la Secretaria de Salud objetivos para los indicadores directos de satisfacción de personas y si éstos se alcanzan en los últimos años
- Establecer comparaciones con datos de otras unidades similares de indicadores directos de satisfacción de personas y si éstas son favorables en los últimos años
- Establecer planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos en los indicadores directos de satisfacción de personas
- Establecer indicadores directos de satisfacción de personas para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de sus clientes
- Realizar comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprender de ellas
- Identificar indicadores indirectos (de rendimiento interno) que le dan información que complementa la obtenida de la percepción
- Recoger los indicadores indirectos de forma periódica y estructurada
- Analizar los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción de personas, si existen tendencias y si éstas son positivas en los últimos años
- Establecer objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción de personas y éstos se alcanzan en los últimos años
- Establecer comparaciones con datos de los indicadores indirectos de satisfacción de personas de otras unidades similares y si éstas son favorables en los últimos años
- Establecer planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos en los indicadores indirectos de satisfacción de personas
- Disponer de indicadores indirectos de satisfacción de personas para todas las áreas relevantes de la medición indirecta de la satisfacción de sus clientes

- Establecer comparaciones con datos de los indicadores indirectos de satisfacción de personas con otras unidades más avanzadas como las mejores y aprender de ellas

## 8. Criterio Resultados en la Sociedad

Tabla 16

### Valoración Criterio Resultados en la Sociedad

No	Pregunta	Porcentaje de la Pregunta	Evidencia		Descripción
			Documental	Verbal	
1	¿La Secretaria de Salud ha identificado cuáles son las necesidades y expectativas de su comunidad o sociedad en su relación con ella (impacto ecológico, reducción de residuos, embalajes, ruidos y contaminación, patrocinio de obras sociales y otros aspectos relativos al impacto social, excluidos los inherentes a su Misión)?	0.00	Se da cumplimiento de acuerdo a la Normatividad Legal Ambiental vigente		No se cumple
2	¿La Secretaria de Salud ha establecido una estrategia y planes al respecto?	0.00	Se da cumplimiento de acuerdo a la Normatividad Legal Ambiental vigente		No se cumple
3	¿La Secretaria de Salud utiliza indicadores directos (medidas de percepción) de su entorno social?	0.00	Mediante la ejecución de planes y estrategias		No se cumple
4	¿La Secretaria de Salud recoge los indicadores directos, de forma periódica y estructurada; es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de su entorno social mediante encuestas, informes, reuniones con representantes sociales, autoridades gubernativas, etc?	0.00	Se entrega informes periodicos sobre el cumplimiento de metas y objetivos		No se cumple
5	¿La Secretaria de Salud analiza los resultados de los indicadores directos de satisfacción en la sociedad, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?	0.00	Se cumplen metas e indicadores cumpliendo con los objetivos		No se cumple
6	¿La Secretaria de Salud ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción en la sociedad y éstos se alcanzan en los últimos años?	0.00	Se cumplen metas e indicadores cumpliendo con los objetivos		No se cumple
7	¿La Secretaria de Salud tiene datos de indicadores directos de satisfacción en la sociedad de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?	0.00			No se cumple
8	¿La Secretaria de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de los indicadores directos de satisfacción en la sociedad?	0.00	Se realizan planes de accion y mejora para el cumplimiento de metas		No se cumple
9	¿La Secretaria de Salud dispone de indicadores directos para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de la sociedad?	0.00	Mediante la ejecución de matrices enviadas por el Instituto Departamental de Salud de Nariño		No se cumple
10	¿La Secretaria de Salud realiza comparaciones de los indicadores directos de satisfacción en la sociedad con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?	0.00			No se cumple

11	¿La Secretaria de Salud ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción en la sociedad que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?	Mediante la ejecución de matrices enviadas por el Instituto Departamental de Salud de Nariño	0.00	No se cumple
12	¿La Secretaria de Salud recoge los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad de forma periódica y estructurada?	Falta rerealizar de forma periodica a la Sociedad	0.00	No se cumple
13	¿La Secretaria de Salud analiza los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?	Falta rerealizar de forma periodica a la Sociedad	0.00	No se cumple
14	¿La Secretaria de Salud ha establecido objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad y éstos se alcanzan en los últimos años?	Falta rerealizar de forma periodica a la Sociedad	0.00	No se cumple
15	¿La Secretaria de Salud tiene datos de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?		0.00	No se cumple
16	¿La Secretaria de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad?	Falta rerealizar de forma periodica a la Sociedad	0.00	No se cumple
17	¿La Secretaria de Salud dispone de indicadores indirectos para todas las áreas relevantes de la medición indirecta de la satisfacción de la sociedad?	Falta rerealizar de forma periodica a la Sociedad	0.00	No se cumple
18	¿La Secretaria de Salud realiza comparaciones de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?		0.00	No se cumple
<b>Valoracion Criterio Resultados en la Sociedad</b>			<b>0.00</b>	

**Nota.** Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a las evidencias y puntuación de cada una de las preguntas se identifican las siguientes oportunidades de mejora de la Secretaria Municipal de Salud de Tangua para el Criterio Resultados en la Sociedad:

### **Oportunidades de Mejora**

- Establecer planes y Estrategias para Identificar en la Secretaria de Salud cuáles son las necesidades y expectativas de su comunidad o sociedad en su relación con ella (impacto

ecológico, reducción de residuos, embalajes, ruidos y contaminación, patrocinio de 125

obras sociales y otros aspectos relativos al impacto social, excluidos los inherentes a su Misión)

- Utilizar indicadores directos (medidas de percepción) de su entorno social
- Recoger los indicadores directos, de forma periódica y estructurada; es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de su entorno social mediante encuestas, informes, reuniones con representantes sociales, autoridades gubernativas, etc.
- Analizar los resultados de los indicadores directos de satisfacción en la sociedad, si existen tendencias y si éstas son positivas en los últimos años
- Establecer objetivos para los indicadores directos de satisfacción en la sociedad y si éstos se alcanzan en los últimos años
- Establecer comparaciones con datos de otras unidades similares de indicadores directos de satisfacción en la sociedad y si éstas son favorables en los últimos años
- Establecer planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de los indicadores directos de satisfacción en la sociedad
- Disponer de indicadores directos para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de la sociedad
- Realizar comparaciones de los indicadores directos de satisfacción en la sociedad con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprender de ellas.
- Identificar indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción en la sociedad que le den información que complementa la obtenida de la percepción
- Recoger los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad de forma periódica y estructurada

- Analizar los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad, si existen tendencias y si éstas son positivas en los últimos años
- Establecer objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad y éstos se alcanzan en los últimos años
- Establecer comparaciones con datos de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad de otras unidades similares con las que establece comparaciones y si éstas son favorables en los últimos años.
- Establecer planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad
- Disponer de indicadores indirectos para todas las áreas relevantes de la medición indirecta de la satisfacción de la sociedad
- Realizar comparaciones de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas.

## 9. Criterio Resultados Clave

Tabla 17

*Valoración Criterio Resultados Clave*

No	Pregunta	Porcentaje de la Pregunta	Evidencia		Descripción
			Documental	Verbal	
1	¿La Entidad ha definido cuáles son sus resultados clave, en línea con su estrategia, planes y procesos?	0.50	Indicadores definidos en el Plan Territorial de Salud, Se cumple los resultados	Reuniones de Consejo	Se cumple Aceptablemente
2	¿Los resultados clave están consensuados, al menos a nivel del equipo responsable de la Entidad (líder de la Entidad junto con otros responsables)?	0.50	Indicadores definidos en el Plan Territorial de Salud, Los resultados son consecuentes al Manual de Funciones de cada funcionario	Presentaciones ante Consejo de Gobierno	Se cumple Aceptablemente

3	¿La Entidad analiza los resultados clave, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?	0.50	Informes de Ejecucion del Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI), Los resultados han sido positivos y se cumplen las Metas, Documento Analisis de la Situacion en Salud (ASIS)	Actas de reunion de Consejo de Gobierno	Se cumple Aceptablemente
4	¿La Unidad ha establecido objetivos para los resultados clave y éstos se alcanzan en los últimos años?	0.50	Con el año anterior, Los resultados han sido positivos y se cumplen las metas, Documento Analisis de la Situacion en Salud (ASIS)	Actas de reunion de Consejo de Gobierno	Se cumple Aceptablemente
5	¿La Unidad tiene datos de los resultados clave de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?	0.50	Documento Analisis de la Situacion en Salud (ASIS)	Actas de reunion de Consejo de Gobierno	Se cumple Aceptablemente
6	¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados clave obtenidos?	0.50	Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI), Plan de Atencion en Salud (PAS), Documento Analisis de la Situacion en Salud (ASIS)	Actas de reunion de Consejo de Gobierno	Se cumple Aceptablemente
7	¿La Unidad dispone de información para todas las áreas relevantes de la gestión de resultados clave?	0.50	Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI), Existe Base de Datos para la Ejecucion y Obtencion de resultados, Documento Analisis de la Situacion en Salud (ASIS)	Actas de reunion de Consejo de Gobierno	Se cumple Aceptablemente
8	¿La Unidad realiza comparaciones de los resultados clave con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?	0.50	Según Evaluacion de Gestion Realizada por el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), Documento Analisis de la Situacion en Salud (ASIS)	Actas de reunion de Consejo de Gobierno	Se cumple Aceptablemente
9	¿La Unidad ha definido cuáles son sus indicadores clave?	0.50	Indicadores definidos en el Plan Territorial de Salud, Las Base de Datos sirven para la ejecucion de indicadores clave, Documento Analisis de la Situacion en Salud (ASIS), Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	Actas de reunion de Consejo de Gobierno	Se cumple Aceptablemente
10	¿Los indicadores clave están consensuados, al menos a nivel del equipo responsable de la Unidad (líder de la Unidad junto con otros responsables)?	0.50	Los Indicadores son consensuados a nivel de equipo y se definen en el Plan Territorial de Salud, el Plan de Intervenciones Colectivas		Se cumple Aceptablemente
11	¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores clave, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?	0.50	Informes Trimestrales, Los resultados son favorables con respecto a los indicadores		Se cumple Aceptablemente

12	¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores clave y éstos se alcanzan en los últimos años?	0.50	Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI), Los resultados son favorables con respecto a los indicadores, Documento Analisis de la Situacion en Salud	Se cumple Aceptablemente
13	¿La Unidad tiene datos de los resultados clave de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?	0.00	Documento Analisis de la Situacion en Salud	No se cumple
14	¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados clave obtenidos?	0.25	Planes de Mejora, No se han elaborado planes pero los objetivos se cumplen	Se cumple Insatisfactoriamente
15	¿La Unidad dispone de indicadores clave de todas las áreas relevantes de los resultados clave?	0.50	Los resultados han sido positivos y se cumplen las metas, Documento Analisis de la situacion en Salud (ASIS)	Se cumple Aceptablemente
16	¿La Unidad realiza comparaciones de los indicadores clave con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?	0.25	A Nivel Departamental, Documento Analisis de la Situacion en Salud	Se cumple Insatisfactoriamente
<b>Valoracion Criterio Resultados Clave</b>			<b>0.44</b>	

**Nota.** Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a las evidencias y puntuación de cada una de las preguntas se identifican los siguientes puntos fuertes y oportunidades de mejora de la Secretaria Municipal de Salud de Tangua para el Criterio Resultados Clave:

### **Puntos Fuertes**

- Mediante Indicadores establecidos en el Plan Territorial de Salud La Secretaria de Salud ha definido cuáles son sus resultados clave, en línea con su estrategia, planes y procesos
- Los resultados claves en la Secretaria de Salud están consensuados, al menos a nivel del equipo responsable de la Entidad (líder de la Entidad junto con otros responsables) de acuerdo a los indicadores definidos en el Plan Territorial de Salud y el Manual de Funciones.

- Mediante Informes de Ejecución del Componente Operativo Anual de Inversiones (COAI) y el documento Análisis de la Situación en Salud (ASIS) La Secretaria de Salud analiza los resultados clave, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años.
- En el Plan Territorial de Salud y en el Documento Análisis de la Situación en Salud La Secretaria de Salud ha establecido objetivos para los resultados clave y éstos se alcanzan en los últimos años
- En la Elaboración del Documento Análisis de la Situación en Salud (ASIS) La Secretaria de Salud tiene datos de los resultados clave de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años
- Con los documentos Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI), Plan de Atención en Salud (PAS), Análisis de la Situación en Salud (ASIS) La Secretaria de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados clave obtenidos
- Con los documentos Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI), el Análisis de la Situación en Salud (ASIS) y Base de Datos para la Ejecución y Obtención de resultados, La Secretaria de Salud dispone de información para todas las áreas relevantes de la gestión de resultados clave.
- Según Evaluación de Gestion Realizada por el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) y el Documento Análisis de la Situación en Salud (ASIS) La Secretaria de Salud realiza comparaciones de los resultados clave con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas

- Con Indicadores definidos en el Plan Territorial de Salud, los Documentos Análisis de la Situación en Salud (ASIS) y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) La Secretaria de Salud ha definido cuáles son sus indicadores clave
- En el Plan Territorial de Salud y en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) Los indicadores clave están consensuados, al menos a nivel del equipo responsable de la Secretaria de Salud (líder de la Unidad junto con otros responsables)
- Mediante Informes trimestrales La Secretaria de Salud analiza los resultados de los indicadores clave, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años
- En los documentos Componente Operativo Anual de Inversiones en Salud (COAI) y Análisis de la Situación en Salud (ASIS) La Secretaria de Salud ha establecido objetivos para los indicadores clave y éstos se alcanzan en los últimos años
- En el documento Análisis de la Situación en Salud La Secretaria de Salud dispone de indicadores clave de todas las áreas relevantes de los resultados clave

### **Oportunidades de Mejora**

- Obtener datos de los resultados clave de otras unidades similares con las que establece comparaciones y si éstas son favorables en los últimos años
- Establecer planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados clave obtenidos
- Realizar comparaciones de los indicadores clave con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprender de ellas

## Consolidado Valoración Parcial por cada criterio

Tabla 18

*Consolidado Valoración Parcial por cada criterio*

<b>Criterio</b>	<b>Valoración</b>	<b>Factor</b>	<b>Puntos</b>
1 Liderazgo	25	x 1.0	25.0
2 Política y Estrategia	34	x 0.8	27.2
3 Personas	17	x 0.9	15.3
4 Alianzas y Recursos	25	x 0.9	22.5
5 Procesos	33	x 1.4	46.2
6 Resultados en los Clientes	24	x 2.0	48.0
7 Resultados en las Personas	3	x 0.9	2.7
8 Resultados en la Sociedad	0	x 0.6	0.0
9 Resultados Clave	44	x 1.5	66.0
Total			252.9

**Nota.** Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a la Puntuación del Modelo EFQM de Excelencia, en la Secretaria Municipal de Salud se da el siguiente porcentaje de cumplimiento para cada criterio Agentes Facilitadores y Resultados

- **Agentes Facilitadores**

Liderazgo con un porcentaje de cumplimiento del 25%, indicando un nivel insatisfactorio para este criterio, lo que significa adquirir mayor compromiso por la Dirección para Garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la calidad en la secretaria de salud

Política y Estrategia con un porcentaje de cumplimiento del 34%, indicando un nivel insatisfactorio para este criterio, lo que significa identificar en la Secretaria Municipal de Salud

posibles oportunidades de mejora de la estrategia, planes y objetivos mediante la medición y el aprendizaje. 132

Personas con un porcentaje de cumplimiento del 17%, indicando un nivel de cumplimiento insatisfactorio para este criterio, lo que significa se deben realizar acciones de mejora en la gestión, desarrollo y utilización del conocimiento en la secretaria de salud y todo el potencial de las personas tanto a nivel individual como del equipo de trabajo involucradas en el cumplimiento de su misión.

Alianzas y Recursos con un porcentaje de cumplimiento del 25%, indicando un nivel insatisfactorio para este criterio, lo que significa desarrollar acciones de mejora en la planificación y gestión de sus alianzas externas y recursos internos en apoyo de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

Procesos con un porcentaje de cumplimiento del 33%, presentando un nivel insatisfactorio para este criterio, lo que significa realizar acciones de mejora en el diseño, gestión, y medición de los procesos en la Secretaria de Salud para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, y generando cada vez mayor valor, a sus usuarios y grupos de interés.

Con estos resultados se evidencia un porcentaje del 27.24% de cumplimiento para los agentes facilitadores para un nivel insatisfactorio de cumplimiento.

Sin embargo los mayores valores alcanzados se encuentran en los criterios Política y Estrategia, Procesos y Alianzas y Recursos y en menor valor los criterios Liderazgo, Alianzas y Recursos y Personas.

- **Resultados**

133

Resultados en los clientes con un porcentaje de cumplimiento del 24%, indicando un nivel insatisfactorio para este criterio, lo que significa realizar acciones de mejora en la Secretaria Municipal de Salud para la identificación de aspectos significativos de la satisfacción del usuario mediante medidas de percepción del usuario e indicadores de rendimiento de la Secretaria Municipal de salud.

Resultados en las Personas con un porcentaje de cumplimiento del 3%, evidenciándose un nivel insatisfactorio para este criterio, lo que significa abordar con acciones de mejora la satisfacción del personal de la Secretaria Municipal de Salud, de acuerdo a los resultados de medidas de percepción por parte del personal de la Secretaria de Salud e indicadores de rendimiento para supervisar, entender, predecir y mejorar el rendimiento de las personas que la integran, así como para anticipar sus percepciones.

Resultados en la Sociedad sin cumplimiento para este criterio, lo que significa Establecer planes y Estrategias para Identificar en la Secretaria de Salud cuáles son las necesidades y expectativas de su comunidad o sociedad en su relación con ella (impacto ecológico, reducción de residuos, embalajes, ruidos y contaminación, patrocinio de obras sociales y otros aspectos relativos al impacto social, excluidos los inherentes a su Misión), de acuerdo a los resultados de medidas de percepción que la comunidad tiene de la Secretaria de Salud y de indicadores de rendimiento para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar las percepciones de la para supervisar, entender, predecir y mejorar su rendimiento, así como para anticipar las percepciones de la sociedad.

Resultados Clave con un porcentaje de cumplimiento del 44 %, indicando un nivel insatisfactorio para este criterio, lo cual significa intervenir con acciones de mejora para la medición con relación al rendimiento planificado en la eficiencia y efectividad de la prestación del servicio y en el cumplimiento de metas vinculadas muchas de ellas a las establecidas en la política y Estrategia y en los procesos de la Secretaria Municipal de Salud.

Con estos resultados se evidencia mayor cumplimiento con los Resultados Clave y los Resultados con los clientes Clientes y menor cumplimiento con los Resultados en las Personas y en la Sociedad.

En general el Sistema de Gestión de la Calidad dentro del Marco de la Norma NTCGP 1000:2004 y el Modelo EFQM de Excelencia en la Secretaria Municipal de Salud de Tangua se implementa en un 25%, lo cual requiere acciones de mejora para garantizar la eficiencia, eficacia y efectividad en la prestación del servicio en respuesta a las necesidades en salud de los Usuarios de la entidad.

## Conclusiones

Con el desarrollo del cuestionario se determinó un grado de cumplimiento insatisfactorio de la implementación de la norma NTCGP1000:2004 y el modelo EFQM de Excelencia en la Secretaria Municipal de Salud de Tangua exigiendo mayor apoyo y compromiso de la Dirección asegurando que se establezca la Política de calidad y los objetivos de calidad, incluyendo la evaluación del liderazgo, los requisitos del cliente para lograr su satisfacción, así como la revisión al Sistema de Gestion de la Calidad.

En la Secretaria de Salud Municipal es importante documentar el Sistema de Gestion de la calidad en donde se evidencie la política de Calidad, Objetivos de Calidad, interacción de los procesos, instrucciones y registros.

En la Secretaria Municipal de Salud de Tangua es importante motivar e incrementar el compromiso del personal tanto a nivel individual como de equipo de trabajo en la consecución de las metas propuestas, la innovación y el mejoramiento continuo dentro de un ambiente laboral propicio al desarrollo personal y profesional.

En la Secretaria Municipal de Salud de Tangua se deben realizar acciones de mejora en la planificación y gestión de alianzas externas, sus proveedores y recursos internos en apoyo a la ejecución del plan territorial de salud, el fortalecimiento del sistema de gestión de la calidad y del eficaz funcionamiento de sus procesos.

En la Secretaria de salud se debe realizar el seguimiento a los resultados de sus procesos con el fin de verificar la conformidad del servicio con los requisitos y la satisfacción del usuario, establecer vías de comunicación con los usuarios con la finalidad de obtener información

necesaria para el mejoramiento del servicio, así como la conservación de la información documentada de los resultados de la revisión y de los nuevos requisitos de sus servicios. 136

En la Secretaria de Salud se requiere acciones de mejora en el establecimiento del seguimiento y medición de resultados de satisfacción del usuario, de las personas y la sociedad así como de indicadores de rendimiento para supervisar, entender, predecir y mejorar el rendimiento de las personas, de la Secretaria de Salud y del impacto en la Sociedad.

En la planificación de la Salud Pública de la Secretaria Municipal de Salud se dispone del Plan territorial de salud como instrumento de política y estrategia de la gestión de la salud pública en el municipio de Tangua a través del cual se desarrollan los planes, programas y proyectos para el cumplimiento de sus objetivos y metas de acuerdo a las características y necesidades en salud de su población, fortaleciendo el sistema de gestión de la calidad en la gestión de la salud pública con el fin de alcanzar la mayor equidad en salud y desarrollo humano sustentable en el Municipio de Tangua.

Con respecto al requisito de Medición, análisis y mejora de la Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2004 y la innovación y aprendizaje del Modelo de Excelencia EFQM, en la Secretaria Municipal de Salud de Tangua se dispone de procesos de evaluación los cuales se realizan de manera periódica (trimestral) fortaleciendo el sistema de gestión de la calidad mediante resultados que permiten identificar el grado de cumplimiento de metas y objetivos del Plan Territorial bajo los lineamientos del Plan decenal de Salud Pública 2012-2021.

Cubillos, R.M., y Rozo R.D. (2009). *El concepto de Calidad: historia, evolución e importancia para la competitividad*, Bogotá Colombia. Recuperado de:  
<https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/ls/article/view/1260/1153>

Departamento Nacional de Planeación. (2004). *Norma Técnica De Calidad En La Gestión Pública NTCGP1000:2004*. Bogotá Colombia. Recuperado de:  
<https://www.usco.edu.co/contenido/ruta---calidad/documentos/anexos/66---Norma%20tecnica%20de%20calidad%20en%20la%20gestion%20publica%20NTCGP%201000%20de%202004.pdf>

Departamento Administrativo de la Función Pública Red Universitaria de Extensión en Calidad. (2006). *Guía de Diagnóstico para Implementar el Sistema de Gestión de la Calidad bajo la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004*. Recuperado de:  
[sig.unillanos.edu.co/phocadownload/GUIA%20%20DIAGNOSTICO%20SGC.pdf](http://sig.unillanos.edu.co/phocadownload/GUIA%20%20DIAGNOSTICO%20SGC.pdf)

Ministerio de Administraciones Públicas y Ministerio de la Presidencia. Boletín Oficial del Estado. Madrid (2004). *Modelo EFQM de Excelencia Guía de Autoevaluación para la Administración Pública*. Recuperado de: <https://docplayer.es/28603281-Modelo-efqm-de-excelencia-guia-de-autoevaluacion-para-la-administracion-publica.html>

Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 518 de 2015*. Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/.../RIDE/.../resolucion-0518-de-2015.pdf>

R González Cambray., y Pere Jiménez Creis. *El Proceso de Evaluación*. Universitat Orbeta de Catalunya. Recuperado de:  
[http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/50461/4/Evaluador%20del%20modelo%20EFQM%20de%20excelencia%20en%20la%20gesti%C3%B3n\\_M%C3%B3dulo3\\_El%20proceso%20de%20evaluaci%C3%B3n.pdf](http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/50461/4/Evaluador%20del%20modelo%20EFQM%20de%20excelencia%20en%20la%20gesti%C3%B3n_M%C3%B3dulo3_El%20proceso%20de%20evaluaci%C3%B3n.pdf)

Anexos VI A1. *Instrumentos para la evaluación de la excelencia*. Edición MAYO 2005. Recuperado de: [https://www.fomento.gob.es/recursos\\_mfom/pdf/DA5481E6-03C1.../VIA1.pdf](https://www.fomento.gob.es/recursos_mfom/pdf/DA5481E6-03C1.../VIA1.pdf)













































4	¿La Secretaria de Salud introduce cambios y mejoras en sus procesos, los comunica a sus grupos de interés y evalúa sus resultados?								
5	¿La Secretaria de Salud se implica de manera proactiva con sus clientes para debatir y abordar sus necesidades, expectativas y preocupaciones (grupos de opinión con pacientes y familiares, reuniones con asociaciones de usuarios...)?								
6	¿La Secretaria de Salud diseña y mejora sus servicios en función de las necesidades y expectativas de sus clientes?								
7	¿La Secretaria de Salud utiliza los datos de las encuestas, así como cualquier otra información de su nivel de satisfacción (quejas, felicitaciones, opiniones y sugerencias recogidas a través del contacto habitual con usuarios y familiares) para definir objetivos de mejora e implantar mejoras?								
8	¿La Secretaria de Salud atiende (y gestiona) las quejas y reclamaciones de sus clientes?								
9	¿La Secretaria de Salud ha planificado y utiliza algún sistema para evaluar/revisar periódicamente la gestión de sus procesos y la orientación al cliente?								
10	¿La Secretaria de Salud dispone de (y utiliza) indicadores para evaluar la efectividad de la gestión de sus								

	procesos y la orientación al cliente?								
11	¿La Secretaria de Salud identifica y prioriza las posibles oportunidades de mejora de la gestión de sus procesos mediante la medición y el aprendizaje y la orientación al cliente?								
12	¿La Secretaria de Salud ha planificado o llevado a cabo acciones de mejora respecto a la gestión de sus procesos y la orientación al cliente?								
13	¿Están identificados los procesos que le permiten a La Secretaria de Salud cumplir su misión (estratégicos, apoyo, misionales, de evaluación)?								
14	¿Se han determinado la secuencia e interrelación de esos procesos?								
15	¿Los métodos y criterios requeridos para asegurar la operación eficaz y eficiente y el control de los procesos ya están definidos?								
16	¿Hay disponibilidad de información y recursos para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos?								
17	¿Se realiza seguimiento y medición a los procesos?								
18	¿Se implementan las acciones necesarias para alcanzar lo planificado y la mejora continua a estos procesos?								
19	¿Se han identificado y diseñado los puntos de control frente a los riesgos más significativos?								

20	¿Se efectúa control sobre los procesos contratados externamente? ?								
21	¿En el control sobre los procesos contratados a terceros se da cumplimiento a las disposiciones legales vigentes?								
22	¿Están planificados los procesos necesarios para la realización del producto o la prestación del servicio (procesos misionales)?								
23	¿Los procesos misionales se desarrollan de acuerdo a lo planificado? ?								
24	¿La planificación de los procesos misionales es consistente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad?								
25	¿La organización ha determinado los objetivos de calidad para el producto o servicio?								
26	¿La organización ha determinado la necesidad de establecer procesos documentados y proporciona recursos específicos para el producto y/o servicio?								
27	¿La organización ha determinado las actividades de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayos específicos para el producto y/o servicio y los criterios para su aceptación?								
28	¿La organización ha determinado los registros necesarios para evidenciar que los procesos misionales y el producto y/o								

	servicio cumplen con los requisitos?								
29	¿La Secretaria de Salud ha determinado los requisitos del producto especificados por el cliente, incluyendo disponibilidad, entrega y apoyo?								
30	¿La Secretaria de Salud ha determinado los requisitos del producto no especificados por el cliente, pero necesarios para la utilización prevista o especificada?								
31	¿La Secretaria de Salud ha determinado los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto y/o servicio.?								
32	¿Se han determinado otros requisitos relacionados con el producto y/o servicio, por parte de La Secretaria de Salud?								
33	¿Se revisan y aseguran los requisitos relacionados con el producto y/o servicio antes que La Secretaria de Salud se comprometa a proporcionarlos al cliente.?								
34	¿Se asegura La Secretaria de Salud que están resueltas las diferencias que pudieran existir entre los requisitos definidos y los expresados previamente por el cliente??								
35	¿Se asegura La Secretaria de Salud que tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos?								

36	¿Se conservan registros de los resultados de la revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio y de las acciones que en esta revisión se originen. ?								
37	¿Cuándo hay cambios en los requisitos, se modifica la documentación y se asegura que los servidores públicos y/o particulares que ejerzan funciones públicas correspondientes sean conscientes de estas modificaciones.?								
38	¿Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la información sobre el producto y/o servicio.?								
39	¿Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a las consultas, contratos, solicitudes y modificaciones (antes de la prestación del servicio)??								
40	¿Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a su retroalimentación, incluyendo reclamaciones, quejas, percepciones y sugerencias? (Posterior a la prestación del servicio).?								
41	¿Se han determinado e implementado disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativa a la participación ciudadana??								

42	¿Se planifica el diseño y desarrollo del producto y/o servicio.?								
43	¿Se controla el diseño y desarrollo del producto y/o servicio.?								
44	¿Se determinan las etapas del diseño y desarrollo??								
45	¿Se determinan las actividades de revisión, verificación, y validación apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo??								
46	¿Se establece la responsabilidad y autoridad para el diseño y desarrollo??								
47	¿Se gestionan las relaciones entre los grupos comprometidos con el diseño y desarrollo, asegurando una eficaz comunicación entre los mismos??								
48	¿Se actualizan los resultados de la planificación a medida que progresa el diseño y desarrollo??								
49	¿Se determinan y se mantienen los registros de las entradas al diseño y desarrollo del producto y/o servicio.?								
50	¿Se incluyen los requisitos funcionales y de desempeño??								
51	¿Se incluyen los requisitos legales y reglamentarios en las entradas al diseño y desarrollo??								
52	¿Se incluye la información aplicable de diseños similares en las entradas al diseño y desarrollo?								
53	¿Se incluyen los requisitos esenciales en las entradas al diseño y desarrollo?								
54	¿Se revisa la adecuación de los elementos de entradas del diseño y desarrollo?								

55	¿Los requisitos de entrada del diseño y desarrollo se presentan completos, libres de ambigüedades y sin contradicciones?								
56	¿Se proporcionan los resultados del diseño y desarrollo de forma tal que permitan la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo?								
57	¿Se aprueban los resultados del diseño y desarrollo antes de su aceptación?								
58	¿Los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de entrada?								
59	¿Los resultados del diseño y desarrollo proporcionan información apropiada para la adquisición de bienes y servicios y para la producción y prestación del servicio?								
60	¿Los resultados del diseño y desarrollo contienen o hacen referencia a los criterios de aceptación del producto y/o servicio?								
61	¿Los resultados del diseño y desarrollo especifican las características esenciales para el uso seguro y correcto del producto y/o servicio?								
62	¿Se realizan revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo, según lo planificado?								
63	¿En estas revisiones se evalúa la capacidad de los resultados del diseño para cumplir los requisitos?								
64	¿En estas revisiones se identifican problemas y se proporcionan acciones para resolverlos?								

65	¿En estas revisiones participan representantes de las áreas o procesos interesados en la etapa que se está revisando?								
66	¿Se conservan registros de los resultados de la revisión del diseño y desarrollo y de las acciones que en esta revisión se originen?								
67	¿Se realizan verificaciones sistemáticas del diseño y desarrollo, según lo planificado?								
68	¿En estas verificaciones se asegura que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo?								
69	¿Se registran los resultados de la verificación y las acciones derivadas de la misma?								
70	¿Se realiza validación sistemática del diseño y desarrollo, según lo planificado?								
71	¿En esta validación se confirma que el producto y/o servicio es capaz de cumplir con los requisitos de uso o la aplicación especificada?								
72	¿La validación se realiza antes de la entrega del producto y/o servicio al cliente?								
73	¿Se registran los resultados de la validación y las acciones derivadas de la misma?								
74	¿Se identifican y registran los cambios que se efectúan al diseño y desarrollo?								
75	¿Se revisan, verifican y validan los cambios hechos al diseño y desarrollo?								

76	¿Los cambios hechos al diseño y desarrollo se aprueban antes de la implementación?								
77	¿La revisión de los cambios del diseño y desarrollo incluye la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto y/o servicio ya entregado?								
78	¿Se registran los resultados de las revisiones de los cambios y las acciones que de ellas se derivan?								
79	¿Se planifican las condiciones controladas bajo las cuales se debe producir o prestar el servicio?								
80	¿La producción o prestación del servicio se lleva a cabo bajo estas condiciones controladas que han sido planificadas?								
81	¿Las condiciones controladas incluyen información que especifica las características del producto y/o servicio (por ejemplo: ¿fichas técnicas, protocolos del servicio)?								
82	¿Las condiciones controladas incluyen la disponibilidad de instrucciones de trabajo (por ejemplo: ¿instructivos, guías, manuales, protocolos)?								
83	¿Las condiciones controladas incluyen equipo apropiado para la producción o prestación del servicio?								
84	¿Las condiciones controladas incluyen equipos para la medición y seguimiento?								
85	¿Las condiciones controladas incluyen la implementación de								

	actividades de seguimiento y medición?								
86	¿Las condiciones controladas incluyen las actividades para la liberación y entrega, y posteriores a la entrega del producto y/o servicio?								
87	¿Las condiciones controladas incluyen los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia?								
88	¿Validación de los procesos de la producción y la prestación del servicio?								
89	¿Se validan aquellos procesos de producción y de prestación del servicio donde los productos y/o servicios resultantes no pueden verificarse mediante actividades de seguimiento y medición posteriores (procesos especiales)?								
90	¿La validación demuestra la capacidad del proceso para alcanzar los resultados planificados?								
91	¿En la validación se incluye la calificación y aprobación de procesos, equipos, personas y métodos?								
92	¿En la validación se incluyen los requisitos para los registros?								
93	¿En la validación se incluyen los requisitos para la revalidación?								
94	¿Se identifica el producto a través de las etapas de producción y prestación del servicio?								
95	¿Se identifica el estado del producto con respecto a los requisitos de medición y seguimiento?								

96	¿Se controla y registra la identificación única de producto y/o servicio?								
97	¿Se cuidan los bienes de los clientes suministrados a la organización?								
98	¿Se identifican, verifican, protegen y salvaguardan los bienes que son propiedad del cliente?								
99	¿Se informa al cliente cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estime inadecuado para el uso?								
100	¿Se deja registro cuando algún bien de su propiedad se pierde, deteriora o se estime inadecuado para el uso?								
101	¿Se preserva la conformidad del producto y/o servicio hasta el destino previsto?								
102	¿La preservación del producto y/o servicio incluye la identificación, el manejo, el embalaje, el almacenamiento y protección?								
103	¿La preservación del producto y/o servicio incluye también a las partes constitutivas del mismo?								
104	¿Se identifican las mediciones, el seguimiento y los equipos necesarios para proporcionar evidencia de conformidad del producto y/o servicio con los requisitos?								
105	¿Se asegura La Secretaria de Salud de que el seguimiento y medición pueden realizarse (de que se dispone de la capacidad para hacerlo), de acuerdo a								

	los requisitos establecidos?								
106	¿Para validar los resultados de la medición, se calibran o se verifican los equipos de medición contra patrones de medición trazables a patrones nacionales o internacionales?								
107	¿Si no existen patrones de medición trazables a patrones nacionales o internacionales, La Secretaria de Salud se asegura de registrar la base utilizada para la calibración?								
108	¿Cuándo se detecta que un equipo de medición no tiene la capacidad de medición requerida, se le ajusta o reajusta según sea necesario?								
109	¿Los equipos de medición se identifican para poder determinar su estado de calibración?								
110	¿Se protegen los equipos de medición contra ajustes que invaliden la calibración?								
111	¿Se protegen los equipos de medición contra daños y deterioro durante el manejo, mantenimiento y almacenamiento?								
112	¿Se tienen los registros de las calibraciones o verificaciones de los equipos de medición?								
113	¿Se evalúa la validez de los resultados de las mediciones anteriores, cuando se encuentra que un equipo no está conforme con los requisitos?								

114	¿Cuándo se encuentra que un equipo de medición no está conforme con los requisitos, se toman las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto y/o servicio afectado?								
115	¿Cuándo se usa software o programas informáticos para actividades de seguimiento y medición de los requisitos, La Secretaria de Salud confirma su capacidad para satisfacer la aplicación prevista?								
116	¿Esta confirmación metrológica de los programas informáticos se hace antes de iniciar su utilización y se confirma nuevamente cuando sea necesario?								
117	¿Están planificados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora?								
118	¿Están implementados los procesos de medición y seguimiento, análisis y mejora?								
119	¿Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora demuestran la conformidad del producto y/o servicio?								
120	¿Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora aseguran la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad?								
121	¿Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora permiten la mejora continua de la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad?								

122	¿Los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora comprenden la determinación de los métodos aplicables, incluidas las técnicas estadísticas y el alcance de su utilización?								
123	¿Se llevan a cabo a intervalos planificados las auditorías internas al sistema de gestión de la calidad?								
124	¿En las auditorías internas de calidad se determina si el sistema es conforme con la norma NTC GP 1000:2004, con las disposiciones planificadas y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por La Secretaria de Salud?								
125	¿En las auditorías internas de calidad se determina si el sistema de gestión de la calidad se ha implementado y se mantiene de manera eficaz, eficiente y efectiva?								
126	¿Las auditorías internas de calidad se planifican y programan considerando el estado y la importancia de los procesos y las áreas por auditar?								
127	¿Las auditorías internas de calidad se planifican y programan considerando los resultados de auditorías previas?								
128	¿Se define el alcance, frecuencia y metodología de las auditorías internas de calidad?								

129	¿Las auditorías internas de calidad las realiza personal independiente a las áreas auditadas, asegurando su objetividad e imparcialidad?								
130	¿Existe un procedimiento documentado que incluya la responsabilidad y requisitos para planificar y realizar las auditorías internas de calidad, registrar los resultados e informar de los mismos?								
131	¿La dirección responsable del área auditada adopta acciones correctivas sobre las deficiencias encontradas, sin demora injustificada?								
132	¿Las actividades de seguimiento a las auditorías incluyen la verificación de las acciones correctivas tomadas y el reporte del resultado de esta verificación?								
133	¿Se conservan registros de los resultados de las auditorías internas?								
134	¿Se aplica un sistema de evaluación apropiado para el seguimiento y, cuando sea aplicable, para la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad?								
135	¿El sistema de evaluación demuestra la eficacia, la eficiencia y la efectividad?								
136	¿Se efectúan correcciones y se toman acciones correctivas, según sea conveniente, cuando no se alcanzan los resultados planificados?								

137	¿Se facilita a los clientes y a las partes interesadas, el seguimiento a los resultados de la evaluación?								
138	¿Están disponibles los resultados pertinentes del sistema de evaluación y son difundidos de manera permanente a los clientes y partes interesadas, a través de páginas web?								
139	¿Se mide y se hace seguimiento a las características del producto y/o servicio?								
140	¿Se verifica el cumplimiento de los requisitos del producto y/o servicio?								
141	¿Se hace el seguimiento y la medición de las características del producto y/o servicio en etapas apropiadas, de acuerdo a como se planificó?								
142	¿Se mantiene la evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación del producto y/o servicio?								
143	¿Los registros que se mantienen, incluyen la autoridad responsable de la liberación del producto y/o servicio?								
144	¿Se libera el producto únicamente cuando ha cumplido satisfactoriamente con las disposiciones planificadas?								
145	¿Cuándo se libera el producto sin que se hayan cumplido las disposiciones planificadas, se asegura su aprobación por una autoridad pertinente en La Secretaría de Salud o por el cliente?								

146	¿Se identifica el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no intencional?								
147	¿Se controla el producto y/o servicio no conforme para prevenir uso o entrega no intencional?								
148	¿Se ha documentado un procedimiento que defina los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del producto y/o servicio no conforme?								
149	¿Se hace tratamiento de los productos y/o servicios no conformes mediante la definición de acciones para eliminar la no conformidad detectada o autorizar su uso bajo concesión o definir acciones para impedir su uso o aplicación?								
150	¿Cuándo se autoriza el uso, aceptación bajo concesión de un producto no conforme, esto lo hace una autoridad pertinente en La Secretaria de Salud o el cliente, cuando sea aplicable?								
151	¿Se conservan registros de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluidas las concesiones?								
152	¿Los productos corregidos se someten a una nueva verificación?								
153	¿Se adoptan acciones apropiadas, respecto a las consecuencias de la no conformidad detectada, cuando el producto está en uso o ya fue entregado?								

154	¿Se determina cuáles son los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua?								
155	¿Se recopilan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua?								
156	¿Se analizan los datos apropiados para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad del sistema de gestión de la calidad y para evaluar donde se puede realizar la mejora continua?								
157	¿Se incluyen dentro de estos datos, los datos generados por el sistema de evaluación para el seguimiento y medición y los generados por otra fuente?								
158	¿El análisis de datos proporciona información sobre la satisfacción del cliente?								
159	¿El análisis de datos proporciona información sobre la conformidad con los requisitos del producto y/o servicio?								
160	¿El análisis de datos proporciona información sobre las características y tendencias de los procesos y de los productos y/o servicios, incluyendo								

	las oportunidades de tomar acciones preventivas?								
161	¿El análisis de datos proporciona información sobre los proveedores?								
162	¿La mejora continua del Sistema de Gestión de Calidad incluye aspectos tales como: ¿la política de calidad, objetivos de calidad, resultados de auditorías internas de calidad, análisis de datos, sistema de evaluación para seguimiento y medición, acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección?								
163	¿Se eliminan las causas de las no conformidades para que no vuelvan a ocurrir?								
164	¿Son apropiadas las acciones correctivas, a los efectos de las no conformidades encontradas?								
165	¿Existe un procedimiento documentado que defina los requisitos para: ¿identificar las no conformidades, determinar las causas, evaluar la toma de acciones, determinar e implementar la acción, registrar los resultados de la acción y revisar la acción tomada?								
166	¿Se mantienen registros de las acciones correctivas tomadas y de sus resultados?								
167	¿Se eliminan las causas de no conformidades potenciales para								



	relativa para lograr ésta?								
3	¿La Secretaría de Salud ha establecido los indicadores directos relacionados con la percepción de los clientes, referente al servicio y atención que se les ofrece?								
4	¿La Secretaría de Salud recoge estos indicadores directos de forma periódica y estructurada; es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de sus clientes mediante encuestas, grupos de trabajo conjunto y/o grupos focales?								
5	¿La Secretaría de Salud analiza los resultados de los indicadores directos de satisfacción de los clientes, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?								
6	¿La Secretaría de Salud ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción de los clientes y éstos se alcanzan en los últimos años?								
7	¿La Secretaría de Salud tiene datos de otras unidades similares con las que establece comparaciones de los indicadores directos de								

	satisfacción de los clientes y éstas son favorables en los últimos años?								
8	¿La Secretaria de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados de los indicadores directos de satisfacción de los clientes obtenidos?								
9	¿La Secretaria de Salud dispone de indicadores directos de satisfacción de los clientes para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de sus clientes?								
10	¿La Secretaria de Salud realiza comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores en resultados directos de satisfacción de clientes y aprende de ellas?								
11	¿La Secretaria de Salud ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?								
12	¿La Secretaria de Salud recoge los indicadores indirectos de satisfacción de clientes de forma								

	periódica y estructurada?								
13	¿La Secretaría de Salud analiza los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?								
14	¿La Secretaría de Salud ha establecido objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes y éstos se alcanzan en los últimos años?								
15	¿La Secretaría de Salud tiene datos de otras unidades similares de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?								
16	¿La Secretaría de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de los indicadores indirectos de satisfacción de los clientes?								
17	¿La Secretaría de Salud dispone de indicadores indirectos para todas las áreas relevantes de la medición de la satisfacción de sus clientes?								



3	¿La Secretaría de Salud recoge estos indicadores directos de forma periódica y estructurada, es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de sus personas mediante encuestas, grupos de trabajo conjunto y/o grupos focales?								
4	¿La Secretaría de Salud analiza los resultados de los indicadores directos de satisfacción de personas, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?								
5	¿La Secretaría de Salud ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción de personas y éstos se alcanzan en los últimos años?								
6	¿La Secretaría de Salud tiene datos de indicadores directos de satisfacción de personas de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en								

	los últimos años?								
7	¿La Secretaría de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos en los indicadores directos de satisfacción de personas?								
8	¿La Secretaría de Salud dispone de indicadores directos de satisfacción de personas para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de sus clientes?								
9	¿La Secretaría de Salud realiza comparaciones con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?								
10	¿La Secretaría de Salud ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?								

11	¿La Secretaría de Salud recoge los indicadores indirectos de forma periódica y estructurada?								
12	¿La Secretaría de Salud analiza los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción de personas, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?								
13	¿La Secretaría de Salud ha establecido objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción de personas y éstos se alcanzan en los últimos años?								
14	¿La Secretaría de Salud tiene datos de los indicadores indirectos de satisfacción de personas de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?								
15	¿La Secretaría de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos en los indicadores								



	aspectos relativos al impacto social, excluidos los inherentes a su Misión)?								
2	¿La Secretaría de Salud ha establecido una estrategia y planes al respecto?								
3	¿La Secretaría de Salud utiliza indicadores directos (medidas de percepción) de su entorno social?								
4	¿La Secretaría de Salud recoge los indicadores directos, de forma periódica y estructurada; ¿es decir, pregunta periódicamente acerca del grado de satisfacción de su entorno social mediante encuestas, informes, reuniones con representantes sociales, autoridades gubernativas, etc.?								
5	¿La Secretaría de Salud analiza los resultados de los indicadores directos de satisfacción en la sociedad, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?								

6	¿La Secretaría de Salud ha establecido objetivos para los indicadores directos de satisfacción en la sociedad y éstos se alcanzan en los últimos años?								
7	¿La Secretaría de Salud tiene datos de indicadores directos de satisfacción en la sociedad de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?								
8	¿La Secretaría de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de los indicadores directos de satisfacción en la sociedad?								
9	¿La Secretaría de Salud dispone de indicadores directos para todas las áreas relevantes de la percepción de la satisfacción de la sociedad?								
10	¿La Secretaría de Salud realiza comparaciones de los indicadores directos de								

	satisfacción en la sociedad con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?								
11	¿La Secretaría de Salud ha identificado indicadores indirectos (de rendimiento interno) de satisfacción en la sociedad que le dan información que complementa la obtenida de la percepción?								
12	¿La Secretaría de Salud recoge los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad de forma periódica y estructurada?								
13	¿La Secretaría de Salud analiza los resultados de los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?								
14	¿La Secretaría de Salud ha establecido objetivos para los indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad y éstos se alcanzan en los últimos años?								

15	¿La Secretaría de Salud tiene datos de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?								
16	¿La Secretaría de Salud ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados obtenidos de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad?								
17	¿La Secretaría de Salud dispone de indicadores indirectos para todas las áreas relevantes de la medición indirecta de la satisfacción de la sociedad?								
18	¿La Secretaría de Salud realiza comparaciones de indicadores indirectos de satisfacción en la sociedad con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?								

## 9. Resultados Clave



	equipos de mejora en función del análisis de los resultados clave obtenidos?								
7	¿La Unidad dispone de información para todas las áreas relevantes de la gestión de resultados clave?								
8	¿La Unidad realiza comparaciones de los resultados clave con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?								
9	¿La Unidad ha definido cuáles son sus indicadores clave?								
10	¿Los indicadores clave están consensuados, al menos a nivel del equipo responsable de la Unidad (líder de la Unidad junto con otros responsables)?								
11	¿La Unidad analiza los resultados de los indicadores clave, existen tendencias y éstas son positivas en los últimos años?								

12	¿La Unidad ha establecido objetivos para los indicadores clave y éstos se alcanzan en los últimos años?								
13	¿La Unidad tiene datos de los resultados clave de otras unidades similares con las que establece comparaciones y éstas son favorables en los últimos años?								
14	¿La Unidad ha establecido y establece planes, objetivos y equipos de mejora en función del análisis de los resultados clave obtenidos?								
15	¿La Unidad dispone de indicadores clave de todas las áreas relevantes de los resultados clave?								
16	¿La Unidad realiza comparaciones de los indicadores clave con otras unidades más avanzadas o consideradas como las mejores y aprende de ellas?								

## Anexo 2. Solicitud de Socialización del Proyecto

Tangua, Agosto 16 de 2018

Doctora:  
**YANETH ERAZO LOPEZ**  
Secretaria de Salud  
Municipio de Tangua-Nariño

*Docto. Yaneth Erazo Lopez -  
16 Agosto - 2018  
12:33 pm*

**Asunto:** Solicitud para desarrollo de Proyecto Aplicado en la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua-Nariño

Respetada Doctora,

Teniendo en cuenta las competencias, funciones y responsabilidades de la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua de Dirigir, Vigilar y Coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Territorio Municipal, promover el acceso a la población a dicho sistema, me dirijo a usted muy respetuosamente con el fin de manifestar mi intención de llevar a cabo mi Trabajo de Grado mediante un diagnóstico de la situación en la que la Secretaria de Salud se encuentra actualmente en comparación con los requisitos de la Norma técnica de calidad en la Gestión pública NTCGP 1000 de 2004 y los criterios del modelo EFQM de Excelencia, dirigido por la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD en el Programa de Especialización en Gestión Pública con la Tutoría de la Doctora: Catherine del Pilar Diaz, el cual permita evidenciar las características claves de la gestión de la Calidad en la Gestión de la salud pública de la Secretaria de Salud y establecer tanto sus puntos fuertes como sus principales oportunidades para mejorar.

La incorporación de la Gestión de la Calidad como una herramienta estratégica de Gestión en la Secretaria de Salud, es una oportunidad de mejora para proporcionar programas, proyectos y servicios de mayor calidad en respuesta a las necesidades en salud de la Población del Municipio de Tangua desde el Marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

La realización de un diagnóstico frente a los requisitos de la Norma técnica de calidad en la Gestión pública NTCGP 1000 de 2004 y de los criterios del modelo EFQM de Excelencia busca sensibilizar en la Secretaria de Salud la implementación de la Gestión de la Calidad en los servicios brindados a sus usuarios, identificar oportunidades de mejora sobre las que hay que actuar y evaluar, promover la innovación y la mejora continua para lograr alcanzar la excelencia dentro de la entidad.

Así mismo como funcionaria de la entidad es mi deseo poder contribuir con un trabajo encaminado a promover la calidad total como uno de los valores de la cultura organizacional, en donde todos sus integrantes se involucren en la mejora continua de prácticas y procedimientos en respuesta a las expectativas de los ciudadanos.

Por lo anterior solicito muy respetuosamente la participación y compromiso del Equipo de Trabajo de la Secretaria de Salud bajo su liderazgo en la aplicación del proyecto y así poder definir lo más próximo posible un cronograma concertado para llevar a cabo las actividades formativas para conocimiento del equipo de trabajo relacionadas con los requisitos de la Norma técnica de calidad en la Gestión pública NTCGP 1000 de 2004 y los criterios del modelo EFQM de Excelencia, para luego aplicarlos en el desarrollo de un cuestionario.

Por la gestión a la presente solicitud agradezco su valiosa colaboración.

Cordialmente,



**LIDIA DE LOURDES LOPEZ ROMERO**  
C.C.No. 37.011.566 de Ipiales  
Estudiante Especialización en Gestión Pública  
Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD  
Zona Sur CRI/AD Pasto



REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DE NARIÑO  
MUNICIPIO DE TANGUA  
ALCALDIA MUNICIPAL



Nit.: 800099151-1

Teléfono.: 8185624 Telefax.: 8185759 Ext.: 101 - 102

*Con razón y Corazón. "Unete": Por la Dignidad de Tangua*

Tangua, Agosto 16 de 2018

*Edo.  
Yadira Alvarez  
17 Agosto 2018  
v. 5644*

Señores:  
**FUNCIONARIOS SECRETARIA DE SALUD**

**Asunto:** Reunión capacitación para diagnóstico de la Gestión de la Calidad en la Salud Pública de la Secretaría de Salud (Procesos)

Cordial Saludo.

Por medio de la presente me permito muy respetuosamente invitarla a una reunión programada para el día lunes 27 de agosto del año en curso a partir de las 9:00 de la mañana en la Secretaría de Salud con el fin de realizar una capacitación en la Norma técnica de calidad en la Gestión pública NTCGP 1000 de 2004 y los criterios del modelo EFQM de Excelencia como herramientas para el diagnóstico de la gestión de la Calidad en la Secretaría de Salud, el cual permita evidenciar tanto sus puntos fuertes como sus principales oportunidades de mejora sobre las que hay que actuar y evaluar, promover la innovación y la mejora continua para lograr alcanzar la excelencia dentro de la entidad.

Por lo anterior es muy importante su participación y compromiso como responsable de los procesos a su cargo en la Secretaría de Salud para el desarrollo de esta reunión y con sus aportes poder contribuir en la promoción de la calidad, en donde todos sus integrantes se involucren en la mejora continua de prácticas y procedimientos en respuesta a las expectativas de los ciudadanos y a las necesidades en salud de la Población del Municipio de Tangua desde el Marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Agradezco su puntual asistencia.

Atentamente,

*[Signature]*  
**YANETH ERAZO LOPEZ**  
Secretaria de Salud

*[Signature]*  
Elaboró: **LIDA LOPEZ ROMERO**  
Técnico Administrativo  
Secretaría de Salud

*Edo. Pineda A.  
21-02/18.*

*Angela Espin  
21-07-18.*

*Edo  
17-08-2018  
Jolis Alvarado  
09:00am*

H/A Publico: Lunes a Viernes 8:00 a.m. a 12:00 m y 2:00 p.m. a 6:00 p.m.  
Edificio Alcaldía Municipal – Barrio Los Andes – Web [www.tangua-narino.gov.co](http://www.tangua-narino.gov.co) – correo Electrónico: [alcaldia@tangua-narino.gov.co](mailto:alcaldia@tangua-narino.gov.co)







UNAD  
Universidad Nacional  
Abierta y a Distancia

DIAGNOSTICO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA NTCGP 1000 DE 2004 Y EL MODELO EFQM DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA SALUD PÚBLICA DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE TANGUA-NARIÑO

Lida de Lourdes López Romero

Agosto de 2018

UNAD. Innovación y excelencia educativa para todos.

## Objetivo General



Elaborar un diagnóstico de la implementación de la Norma técnica de calidad en la Gestión pública NTCGP 1000 de 2004 y el modelo EFQM de Excelencia en la gestión de la calidad de la Salud Pública de la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua.



## Objetivos Específicos

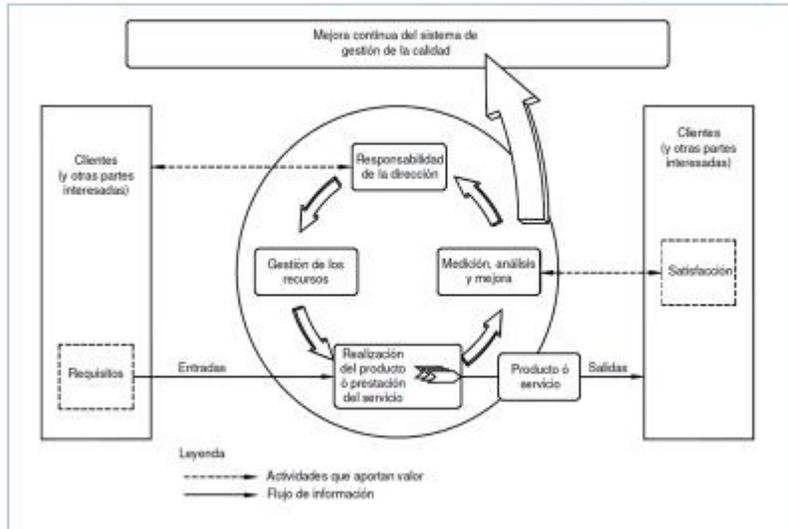


- Aplicar los requisitos de la norma la Norma técnica de calidad en la Gestión pública NTCGP 1000 de 2004 y el modelo EFQM de Excelencia para la calidad en la gestión de la salud pública de la secretaria de salud del Municipio de Tangua.
- Identificar los procesos de gestión integral de la salud de la secretaria de salud del Municipio de Tangua.
- Identificar potencialidades y oportunidades de mejora en la gestión de la Salud Publica de la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua
- Promover una cultura de mejoramiento de la calidad en la Gestión de la Salud Publica de la Secretaria de Salud del Municipio de Tangua.



## El Concepto de Calidad





**Ciclo PHVA**



## Principios de la Gestión de la Calidad



## Requisitos Generales



- Identificar los procesos que le permiten cumplir la misión que se le ha asignado.
- Determinar la secuencia e interacción de estos procesos
- Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces y eficientes
- Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.
- Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.
- Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos.
- Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.
- Identificar y diseñar, con la participación de todos los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, los puntos de control sobre los riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia o que generan un impacto considerable en la satisfacción de necesidades y expectativas de calidad de los clientes



## Responsabilidad de la Dirección



- Compromiso de la Dirección
- Enfoque del Cliente
- Política de Calidad
- Planificación
- Revisión por la Dirección



UNAD, Innovación y excelencia educativa para todos

## Gestión de los Recursos



- Provisión de Recursos
- Recursos Humanos
  - Generalidades
  - Competencia, Toma de conciencia y Formación.
- Infraestructura
- Ambiente de Trabajo



UNAD, Innovación y excelencia educativa para todos

## Realización del Producto y/o prestación del servicio



- Planificación de la Realización del Producto y/o prestación del servicio
- Procesos relacionados con el Cliente
- Diseño y Desarrollo
- Adquisición de bienes y servicios
- Control de dispositivos de seguimiento y medición



## Medición, Análisis y Mejora



- Generalidades
- Seguimiento y Medición
- Control del Producto no conforme
- Análisis de Datos
- Mejora



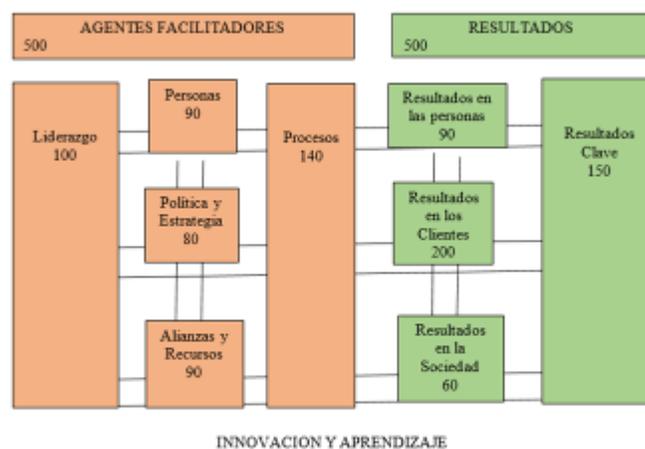
## El Modelo EFQM de Excelencia



“Los **Resultados Excelentes** en el rendimiento general de una organización, en sus Clientes, Personas y en la Sociedad en la que actúa, se logran mediante un **Liderazgo** que dirija e impulse la **Política y Estrategia**, que se hará realidad a través de las **Personas** de la organización, las **Alianzas y Recursos** y los **Procesos**”.



## Estructura del Modelo EFQM



**Fuente:** European Foundation Quality Management. Modelo EFQM de Excelencia. Madrid, Club de Gestión de la Calidad, 1999



## Lógica REDER



**Resultados:** se refiere a los logros alcanzados por una organización considerada excelente, mostrara tendencias positivas y/o un buen rendimiento sostenido, los objetivos serán adecuados y se alcanzaran, y el rendimiento será bueno comparado con el de otras organizaciones y será consecuencia de los enfoques. Además, el ámbito de aplicación de los resultados abordara las áreas relevantes.

**Enfoque:** Este abarca lo que una organización ha planificado hacer y las razones para ello. En una organización excelente, el enfoque estará, sólidamente fundamentado, es decir, tendrá una lógica clara, procesos bien definidos y desarrollados y una clara orientación hacia las necesidades de todos los grupos de interés; y, por otra, estará integrado, es decir, apoyará la política y estrategia y, cuando así convenga, estará vinculado a otros enfoques.

**Despliegue:** Lo que realiza la organización para poner en práctica el enfoque. En una organización excelente, el enfoque estará implantado en las áreas relevantes de una forma sistemática

**Evaluación y Revisión:** Lo que hace la organización para evaluar y revisar el enfoque y su despliegue. En una organización excelente, el enfoque y su despliegue estarán sujetos con regularidad a mediciones, se emprenderán actividades de aprendizaje y los resultados de ambas servirán para identificar, priorizar, planificar y poner en práctica mejoras.



## Liderazgo



Este criterio trata sobre: cómo los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, desarrollan los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo e implantan todo ello en la organización mediante las acciones y los comportamientos adecuados, estando implicados personalmente en asegurar que el sistema de gestión de la organización se desarrolla e implanta.



## Personas



Este criterio trata sobre: Cómo gestiona, desarrolla y aprovecha la organización el conocimiento y todo el potencial de las personas que la componen, tanto a escala individual, como de equipos o de la organización en su conjunto; y cómo planifica estas actividades en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.



## Política y Estrategia



Este criterio trata sobre: Cómo implanta la entidad su misión y visión mediante una estrategia claramente centrada en todos los grupos de interés y apoyada por planes, objetivos, metas y procesos relevantes.



## Alianzas y Recursos



Cómo planifica y gestiona la organización sus alianzas externas y sus recursos internos en apoyo de su estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos.



## Procesos



Este criterio trata sobre: Cómo la organización diseña, gestiona y mejora sus procesos para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente, generando cada vez mayor valor, a sus clientes y otros grupos de interés.



## Criterios Resultados



- Resultados en los Clientes
- Resultados en las Personas
- Resultados en la Sociedad
- Resultados Clave



Los resultados de la organización y la tendencia de todos los criterios de Resultado deben tratarse en términos de:

- lo conseguido realmente por la organización
- los propios objetivos de la organización y, si es posible, compararse con:
  - los resultados de otras organizaciones
  - los resultados de aquellas organizaciones consideradas como “las mejores”.



## Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021



Alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible, afectando positivamente los Determinantes Sociales de la Salud y mitigando los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables.

- Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud
- Mejorar las condiciones de vida y salud de los habitantes
- Mantener cero tolerancia con la mortalidad y discapacidad evitable.



## Plan Decenal de Salud Pública-Enfoque



- 1) el enfoque de derechos
- 2) el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez)
- 3) el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia, y situaciones de desplazamiento, de la diversidad sexual, y de los grupos étnicos)
- 4) el modelo de Determinantes Sociales de Salud DSS, dado que las inequidades en salud están determinadas por procesos que hacen referencia a las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen



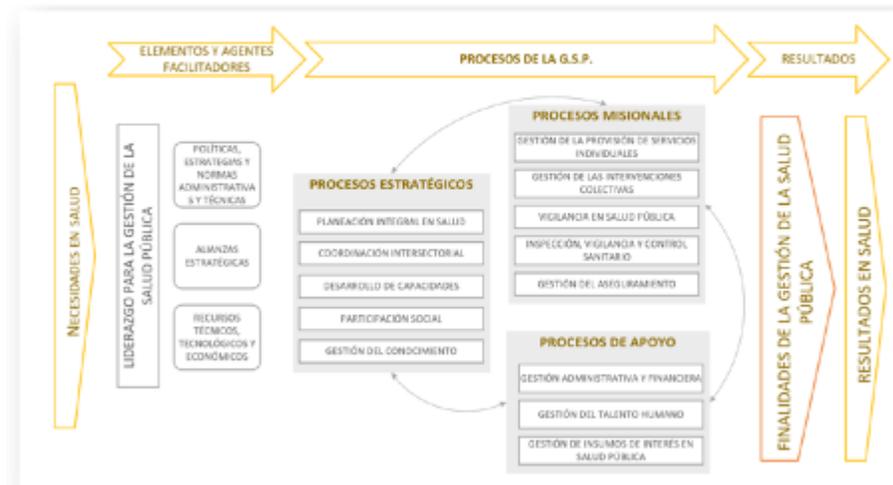
## Plan Decenal de Salud Pública-Líneas Operativas



- Línea de promoción de la salud
- Línea de gestión del riesgo en salud
- Línea de gestión de la salud pública



Es un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud.



***“Somos lo que hacemos día a día, de modo que la Excelencia no es un acto, sino un hábito”. Aristóteles***



**GRACIAS POR SU  
ATENCIÓN**