

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



Mejora de la calidad de atención en el
servicio de Medicina Forense del
Instituto de Investigaciones Forense de
La Paz en la Gestión 2021

POSTULANTE: Dr. Efraín Mariscal Palle
TUTOR: Dr. M.Sc. Marcel Otto Fernández Peralta

**Propuesta de Intervención presentada para optar el título
de Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica**

La Paz - Bolivia
2021

AGRADECIMIENTOS

A dios: por haberme dado el don de la vida y a través de ella, alcanzar uno de mis más grandes objetivos.

A la Universidad Mayor de San Andrés y a la unidad de posgrado; por brindarme la oportunidad de superación en mi vida profesional.

A mi tutor: Dr. Otto Fernández. Por su guía y apoyo permanente en el desarrollo de mi proyecto de investigación.

A mis profesores: que con su sabiduría encausaron mi formación profesional e hicieron posible el desarrollo del presente trabajo.

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres y familia por todo el esfuerzo y sacrificio, por brindarme amor, comprensión, apoyo incondicional y confianza en cada momento de mi vida. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

ABREVIATURAS

FGE	FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO
IDIF LP	INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES LA PAZ
SGC	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
GC	GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL
MC	MEJORAMIENTO CONTINUO
SPF	SERVICIOS PERICIALES FORENSE
RGC	RESPONSABLE DE GESTION DE CALIDAD
PAF	PROGRAMA DE ACREDITACION FORENSE

ÍNDICE	Pagina
AGRADECIMIENTOS	ii
DEDICATORIA	iii
ABREVIATURAS	iv
INDICE	Error! Bookmark not defined.
RESUMEN EJECUTIVO	xiii
EXECUTIVE SUMMARY	xvi
1. Introducción	1
2. Antecedentes	4
2.1. Antecedentes internacionales:.....	4
2.2. Antecedentes nacionales.....	5
2.2.1. Normas ISO	6
2.2.2. Organizaciones de promoción de la calidad y de normalización.....	7
2.3. Antecedentes locales.....	8
2.4. Soporte teórico	10
2.4.1. La calidad y el mejoramiento continuo	10
2.4.2. Calidad en la atención forense	14
2.4.3. Planificación	15
2.4.4. Evaluación del plan de calidad.....	15
2.4.4.1. La eficacia	15
2.4.4.2. La eficiencia	15
2.4.4.3. Eficiencia clínica.....	16
2.4.4.4. Eficiencia de la producción.....	16
2.4.6. Importancia del mejoramiento continuo.....	16

2.4.7. Ventajas y desventajas del mejoramiento continuo	17
2.4.7.1. Ventajas-	17
2.4.7.2. Desventajas	18
2.4.8. ¿Por que mejorar?	18
2.4.8.1. El Cliente es el Rey	18
2.4.8.2. El Proceso de Mejoramiento	18
2.4.8.3. Compromiso de la Alta Dirección	19
2.4.8.4. Consejo Directivo del Mejoramiento.....	19
2.4.8.5. Participación Total de la Administración.....	19
2.4.8.6. Participación de los Empleados	19
2.4.8.7. Participación Individual.....	20
2.4.8.8. Equipos de Mejoramiento de los Sistemas	20
2.4.8.9. Sistema de Reconocimientos	20
2.4.9. Necesidades de mejoramiento.....	21
2.4.9.1. Planear Hacer Verificar Actuar	21
2.4.9.2. Sistema de Gestión de Calidad	22
2.4.9.3. Modelo de sistema de gestión de calidad basado en procesos	22
2.4.9.4. Sistema de gestión de calidad en organizaciones públicas.	22
2.4.9.5. Principios de gestión de la calidad	23
2.4.9.6. Enfoque al Cliente	23
2.4.9.7. Liderazgo	23
2.4.9.8 Compromiso del personal	23
2.4.9.9. Enfoque basado en procesos.....	24
2.4.9.10. Enfoque de sistema para la gestión.	24

2.4.9.11. Mejora continua.....	24
2.4.9.12. Del mejoramiento continuo-	24
2.4.9.13. Diagrama causa-efecto	25
2.4.9.14. Check list o lista de verificación.....	25
2.4.10. Arbol de problemas	26
2.4.11. Diagrama de Pareto	26
2. 4.12. Los procesos, tipos e importancia.....	26
2.4.12.1. Conceptos de procesos.....	26
2.4.12.2. Proceso en un sistema de Gestión de Calidad	26
2.4.12.3. Tipos de procesos	27
2.4.12.3.1. Procesos estratégicos.	27
2.4.12.3.2. Procesos claves	27
2.4.12.3.3. Procesos de apoyo.....	27
2.4.12.3.4. Importancia de los procesos.....	27
2.4.12.5. El mejoramiento continuo en los procesos	28
2. 4. 12.5.1. Evaluar.	28
2. 4.12.5.2. Analizar	28
2. 4.12.5.3. Mejorar.	28
2. 4.12.5.4. Identificación de procesos críticos.....	29
2.4.12.5.5. Ciclo PDCA – plan, do, check, act.....	29
2.4.12.5.5.1. Planificar.....	29
2. 4.12.5.5.2. Hacer.....	30
2. 4.12.5.5.3. Verificar.	30
2. 4.12.5.5.4. Actuar.....	30

2.4.13. Gestión de calidad total – TQM.....	30
2.4.14. Indicadores de productividad	31
2.4.15. Utilidad de los indicadores de productividad.....	32
2.4.16. Diagnóstico de la situación actual.....	33
2.4.16.1. Análisis de la situación externa.....	33
2.4.16.2. El entorno próximo	33
2.4.16.3.1. Proveedores.....	33
2.4.16.3.2. Clientes	34
2.4.16.3.3. La competencia	34
2.4.17. Análisis de la situación interna.....	34
2.4.17. 1. Planificación Operacional.....	34
2.4.17. 2. Organización Administrativa.....	35
2.4.17. 3. Administración de Personal.....	35
2.4.17. 4. Administración de Bienes y Servicios.....	35
2.4.17. 5. Administración Financiera	35
2.4.17. 6. La matriz insumo-proceso-producto.....	35
2.4.18. Aplicación de la matriz FODA.....	36
2.4.19. Encuestas a los clientes internos y externos	36
2.4.20. Flujograma del proceso de consulta externa	36
2.4.21. Aplicación de indicadores	36
2.4.21.1. Indicadores Cualitativos	37
2.4.21.2. Indicadores Cuantitativos	37
2.4.22. Identificación de las oportunidades de mejora.....	37
2.4.22.1. Uso de herramientas de mejora continua.....	37

2.4.22.2. Aplicación de las herramientas de mejora continua.	38
2.4.22.3.1. Lista de verificación.....	38
2.4.22.3.2. El diagrama Causa-Efecto	38
2.4.22.3.3. Árbol de Problemas.....	38
2.4.22.3.4. El diagrama de Pareto.....	39
2.4.22.3.5. Identificación de cuellos de botella.....	39
2.4.22.3.5.1. Identificar la restricción del sistema:.....	39
2.4.22.3.5.2. Explotar la restricción	39
2.4.22.3.5.3. Subordinar las decisiones a la restricción	40
2.4.22.3.5.4. Elevar la restricción:	40
2.4.22.3.5.5. Volver al paso 1:.....	40
2.4.23. Mejoramiento continuo.....	40
2.4.23.1. Planteamiento de indicadores	40
2.4.23.1.1. Análisis horizontal	41
2.4.23.1.2. Análisis vertical.....	41
2.4.24. Tablero de control.	41
2.4.24.1. Financieras.....	41
2.4.24.2. Clientes	42
2.4.24.3. Procesos internos.....	42
2.4.24.4. Formación y crecimiento	42
2.4.25. Propuesta del plan de acción	43
2.4.25.1. El Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Calidad	43
2.4.25.2. La Evaluación,.....	43
2.4.25.3. Niveles de evaluación de la calidad en el campo de la salud.....	44

2.4.25.4. El monitoreo	44
2.4.25.5. Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Servicios Forenses	45
3. Relación del proyecto de intervención con lineamientos de la política pública	47
3.1. La constitución política del estado.	47
3.2. Código de Salud Decreto Ley N° 15629.....	47
3.3. El INASES.....	47
3.4. Ley 1178 Ley de Administración y Control Gubernamentales.....	48
3.5. Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización.....	48
3.6. Ley 3131	49
3.7. Resolución Ministerial 0090/08	49
3.8. Decreto Supremo N° 3091 (ASINSA).....	49
3.9. El Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 – 2020.....	52
4. Justificación del proyecto	56
5. Análisis del problema	58
6. Análisis de actores	66
6.1. Beneficiarios directos	66
6.2. Beneficiarios indirectos	66
6.3. Oponentes.....	66
6.3.1. La dirección.....	66
6.3.2. La organización.....	66
6.3.3. El personal	67
6.3.4. La táctica y la estrategia.....	67
6.5 Afectados	67

7. Contexto o lugar de intervención	68
8. Estructura del objetivos	69
8.1. Objetivo general	69
8.2. Objetivos específicos	69
9.- Resultados.....	72
10. Indicadores por la estructura de objetivos	74
11. Indicadores	76
12. Fuente de verificación por la estructura de objetivos	80
13. Supuestos por la estructura de objetivo.....	85
14. Análisis de viabilidad.....	88
15. Análisis de factibilidad.	89
15.1. Factibilidad social.....	89
15.2. Factibilidad cultural/intercultural	89
15.3. Factibilidad económica (presupuesto público).	89
15.4. Factibilidad de género.....	89
16. Análisis de sostenibilidad del proyecto.....	90
16.1. Sostenibilidad institucional	90
16.2. Sostenibilidad económica.....	90
16.3. Sostenibilidad social.....	90
16.4. Sostenibilidad político.....	90
16.5. Sostenibilidad medio ambiental.....	90
17. Impacto esperado del proyecto.	91
18. Fuente de financiamiento para el presupuesto	92
19. Referencias bibliográficas.....	93

20. INDICE DE ANEXOS	Pagina
ANEXOS	97
Anexo 20.1. Árbol de problemas	98
Anexo 20.2. Árbol de objetivos.....	99
Anexo 20.3. Matriz del marco lógico	100
Anexo 20.4. Presupuesto	105
Anexo 20.5. Mapas de ubicación del proyecto.....	106
Anexo 20.6. Estructura institucional	107
Anexo 20.7. Estructura organica instituto de investigaciones forenses.....	108
Anexo 20.8. Cronograma del proyecto.....	109

Resumen ejecutivo

En la actualidad, la calidad de los servicios forenses del sistema público de atención forense de nuestro país presenta deficiencias. La falta de coordinación entre las instancias responsables de la gestión en los servicios forenses; la insuficiente política de recursos humanos, la debilidad del sistema financiero que afecta la dotación oportuna de equipamiento forense; la resistencia al cambio por el personal forense; desinformación sobre servicio con calidad, contribuyen a generar vulnerabilidad de usuarios, prestadores de servicios e instituciones forenses. (1)

En nuestro medio se evidencia la dificultad en el desarrollo de la evaluación y monitoreo de estrategias estructuradas para mejorar la calidad y que esta sea percibida por los usuarios. La acreditación de establecimientos forenses está ligada al éxito de los programas de garantía de la calidad, puesto que, a través de la evaluación y monitoreo, permiten identificar problemas e implementar acciones de mejora, en una secuencia cíclica y sistemática.

Los beneficiarios de este proyecto son los usuarios que podrán acceder a servicios de mayor calidad y el personal forense quienes tendrán mayor respaldo y condiciones para cumplir con sus actividades periciales.

La presente propuesta busca contribuir a que el personal forense del IDIF LA PAZ implemente y desarrolle estrategias sostenibles para la mejora continua de la calidad de sus servicios y accedan a la acreditación de sus establecimientos, de acuerdo a la Norma Nacional.

Se plantea una metodología de fortalecimiento de la gestión compartida, que incluye la participación del personal forense y la dirección, su cumplimiento se evidenciara con el funcionamiento de la unidad de evaluación y monitoreo, de la activación de Consejos de Análisis de la Información Forense, que priorizara procesos críticos que coadyuven en la organización del instituto, el liderazgo, el trabajo en equipo y sobre todo toman en cuenta la participación del usuario en el

proceso de atención, promoverá procesos, cumplimiento de estándares y parámetros de calidad, y agilizará el proceso de acreditación en el instituto forense. Su cumplimiento y seguimiento permitirán dar sostenibilidad a la mejora continua. Como paso previo, se desarrollará la capacitación o actualización del personal en normas de calidad.

Los procesos críticos priorizados son: 1) Funcionamiento de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención, se constituye en brazos operativos de la Dirección, que hace seguimiento a temas relevantes como bioseguridad, análisis de la información, seguimiento al ciclo de la mejora continua. La evidencia de su funcionamiento se refleja en las evaluaciones, recomendaciones y seguimiento 2) Elaboración de documentos normativos internos para fortalecer la organización del instituto y el funcionamiento de la unidad de evaluación y monitoreo, para lograr mejoras en cada servicio. 3) Manejo del expediente forense que está relacionado con los dictámenes, documento legal que refleja en detalle las pericias y el cumplimiento de normas y protocolos. Se realizará seguimiento a través de auditorías internas y monitoreo. 4) Satisfacción del usuario, a través de procesos establecidos para identificar y tomar en cuenta el criterio de los pacientes en forma permanente. Busca también el respeto de los derechos tanto del usuario como del personal forense y la participación de los pacientes en el proceso de atención. Se verificará a través del funcionamiento del buzón de sugerencias, aplicación de encuestas y gestión de quejas formales, además de actividades educativas y cumplimiento del consentimiento informado.

También se aplicará un sistema para la evaluación y monitoreo que permitirá realizar seguimiento y retroalimentación oportunos a los servicios forenses a través del gestor de calidad del IDIF La Paz. Las fuentes de verificación son las autoevaluaciones y planes de mejora trimestral, informes semanales y mensuales del gestor de calidad. Los recursos necesarios deberán ser incluidos en la programación operativa anual del IDIF La Paz.

A partir de los fundamentos teóricos asumidos desde el enfoque de la calidad total de Deming y las normas ISO, se identificará la brecha entre la percepción del servicio y los usuarios, se facilitará el conocimiento de la percepción de la calidad del servicio prestado y la satisfacción de los usuarios, como fuente de mejoramiento continuo, que permitirá mejorar e innovar procesos y trabajar con calidad, que significa mantener viva la esperanza de cambio hacia una sociedad más justa y humana.(1)

Palabras claves: calidad, sistema para la evaluación y monitoreo, sistema de gestión de la calidad, calidad total, mejoramiento continuo, servicios forenses, instituto de investigaciones forense, estrategia, indicadores de gestión, planeación estratégica, satisfacción del cliente, evaluación, monitoreo, sistema, acreditación.

EXECUTIVE SUMMARY

At present, the quality of forensic services in the public forensic care system in our country has deficiencies. The lack of coordination between the entities responsible for the management of the forensic services; the insufficient human resources policy, the weakness of the financial system that affects the timely provision of forensic equipment; resistance to change by forensic personnel; misinformation about quality service, contribute to generate vulnerability of users, service providers and forensic institutions.

In our environment, the difficulty in the development of evaluation and monitoring of structured strategies to improve quality is evident and that this is perceived by users. Accreditation of forensic establishments is linked to the success of quality assurance programs, since, through evaluation and monitoring, they allow the identification of problems and the implementation of improvement actions, in a cyclical and systematic sequence.

The beneficiaries of this project are the users who will be able to access higher quality services and the forensic personnel who will have greater support and conditions to fulfill their expert activities.

This proposal seeks to help the forensic personnel of IDIF LA PAZ implement and develop sustainable strategies for the continuous improvement of the quality of their services and access the accreditation of their establishments, in accordance with the National Standard.

A methodology for strengthening shared management is proposed, which includes the participation of forensic personnel and management, its compliance will be evidenced by the operation of the evaluation and monitoring unit, the activation of Forensic Information Analysis councils, which prioritize critical processes that contribute to the organization of the institute, leadership, teamwork and above all take into account the participation of the user in the care process, promote processes, compliance with standards and quality parameters, and expedite the

accreditation process in the forensic institute. Its fulfillment and monitoring will allow to give sustainability to the continuous improvement. As a preliminary step, the training or updating of the personnel in quality standards will be developed.

The critical processes prioritized are: 1) Operation of the unit for evaluation and monitoring of the quality of care, it is constituted in operational arms of the Directorate, which monitors relevant issues such as biosafety, information analysis, monitoring of the continuous improvement. The evidence of its operation is reflected in the evaluations, recommendations and follow-up. 2) Preparation of internal normative documents to strengthen the organization of the institute and the operation of the evaluation and monitoring unit, to achieve improvements in each service. 3) Handling of the forensic file that is related to the opinions, a legal document that reflects in detail the expertise and compliance with standards and protocols. Follow-up will be carried out through internal audits and monitoring. 4) User satisfaction, through established processes to identify and take into account the criteria of patients permanently. It also seeks to respect the rights of both the user and the forensic personnel and the participation of patients in the care process. It will be verified through the operation of the suggestion box, application of surveys and management of formal complaints, in addition to educational activities and compliance with informed consent.

A system for evaluation and monitoring will also be applied that will allow timely follow-up and feedback to forensic services through the IDIF La Paz quality manager. The sources of verification are self-evaluations and quarterly improvement plans, weekly and monthly reports from the quality manager. The necessary resources must be included in the annual operational programming of IDIF La Paz.

The implementation of a system for the evaluation and monitoring for continuous Based on the theoretical foundations assumed from Deming's total quality approach and ISO standards, the gap between the perception of the service and

the users will be identified, the knowledge of the perception of the quality of the service provided and satisfaction will be facilitated. of users, as a source of continuous improvement, which will allow to improve and innovate processes and work with quality, which means keeping alive the hope of change towards a more just and humane society.

Keywords: quality, system for evaluation and monitoring, quality management system, total quality, continuous improvement, forensic services, forensic investigation institute, strategy, management indicators, strategic planning, customer satisfaction, evaluation, monitoring, system, ac

1. Introducción

La creciente demanda de la población para ejercer su derecho a la justicia y a obtener servicios forenses que satisfagan sus expectativas y necesidades, obliga a todas las instancias responsables de la gestión en calidad, a implementar sistemas para el monitoreo y la evaluación de la calidad, que garanticen una atención de calidad en los servicios forenses. (2)

Con el fin de lograr la mayor calidad en el trabajo desarrollado y prestar el mejor servicio a la Administración de Justicia y a la Sociedad, el Instituto de Investigaciones Forenses, afianzara su compromiso con la Calidad como elemento aglutinador de todos sus esfuerzos. Con esta premisa implantara y desarrollara un Sistema para el monitoreo y la evaluación, dentro de su organización, cuyos objetivos serán: Garantizar la confianza de sus usuarios, en el curso de procesos judiciales, en los resultados de los análisis que realiza. (1).

Urge que organismos, certifiquen y acrediten asegurando la calidad del trabajo analítico y pericial desarrollado por los servicios y laboratorios forenses, de modo que se encuentren en la vanguardia mundial de las Ciencias Forenses y conseguir que todos los laboratorios miembros trabajen bajo las mejores prácticas y estándares internacionales para asegurar la calidad a través de la acreditación.

Los sistemas para el monitoreo y la evaluación de la calidad, se pueden entender como el conjunto de elementos de una organización que interactúan para establecer las intenciones de la alta dirección y los resultados por lograr con relación a la calidad, y los procesos requeridos para lograrlos.

La calidad es un concepto integral y multifacético, se reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían según el contexto y el objetivo planteado. Se puede enfocar hacia la competencia profesional, eficacia, continuidad, aceptabilidad de los servicios, eficiencia u otros parámetros.

Se implementará la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad, para la prestación de los servicios que la ciencia forense pone a disposición de la administración de justicia, haciendo que el uso de los modelos de gestión basados

en normas internacionales de amplia aceptación como lo son la ISO, resulte ahora una exigencia del I.D.I.F. La Paz, con el fin de aumentar la confiabilidad de los resultados emitidos por los servicios y laboratorios forenses.

La unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de los servicios forenses, está muy ligada al éxito de los programas de garantía de la calidad, puesto que impulsa la evaluación interna constante que permite identificar los procesos que requieren correcciones y deriva en acciones de mejora que de otra forma no se hubieran enfrentado, en una secuencia cíclica y sistemática.(1).

La implementación de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de los servicios forenses, facilitará y agilizará el proceso de acreditación en los servicios periciales y laboratorio forense del INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES, y permitirá consolidar estándares que garantizarán la mejora continua de los servicios. (2)

A través del desarrollo del presente proyecto de intervención, se diseñarán pasos metodológicos para la implementación de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad para la mejora continua de los servicios forenses, desde su fase preparatoria con la participación de las instancias corresponsables de la gestión de calidad, la información y motivación del personal del I.D.I.F., la elaboración de planes de acción de acuerdo al diagnóstico inicial, la evaluación interna, evaluación externa, y acreditación y los mecanismos de evaluación y monitoreo.

Para facilitar el abordaje de la Implantación de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de los servicios forenses, se realizará la sistematización de los estándares de la Norma Internacional y Nacional para el I.D.I.F., identificando las áreas que se deben trabajar con prioridad, tanto en los procesos como en la elaboración de los manuales y reglamentos, que en muchos casos son de responsabilidad compartida entre todo el personal y que motiva el trabajo en equipo (1).

La acreditación de establecimientos forenses está muy ligada al éxito de los programas de garantía de la calidad, puesto que impulsa la evaluación interna constante que permite identificar los procesos que requieren correcciones y deriva en acciones de mejora que de otra forma no se hubieran enfrentado, en una secuencia cíclica y sistemática. Además, toma en cuenta a los pacientes y usuarios de los servicios forenses como actores y beneficiarios primordiales de las mejoras. De esta forma, la acreditación cumplirá su rol en el sistema de gestión de la calidad en los establecimientos forenses como una estrategia sostenible.

El ámbito de aplicación del proyecto corresponde al Instituto de Investigaciones Forenses localizado en el municipio de La Paz que cuenta con servicios periciales y laboratorios forenses; una vez realizado el diagnóstico situacional tanto de infraestructura y de recursos humanos, como de procesos y por decisión consensuada con la Fiscalía General del estado, se aplicara la propuesta de implementar la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de los servicios forenses, e iniciar el proceso para Acreditarse.

Las herramientas de mejoramiento de la calidad, presentada en este proyecto de intervención, están diseñadas para aplicarse durante el año 2021, en el Instituto de Investigaciones Forenses con sede en la ciudad de La Paz (2).

Este proyecto de intervención, se contextualiza teóricamente, en temas relevantes como la importancia de los Sistemas de Gestión de Calidad total, Planeación estratégica y el seguimiento y medición de la estrategia con los factores que las componen.(3).

2. Antecedentes

2.1. Antecedentes internacionales: En 1990 la Joint Commission impulsa con la llamada agenda para el cambio, la incorporación de los modelos de Mejora continua de la Calidad, que incluye la necesidad de orientar los programas de evaluación hacia la evaluación de resultados y a implicar a todos los profesionales en los proyectos de mejora. Se basa en indicadores de estructura, proceso y resultado; la ayuda para la mejora continua de la calidad y la evaluación por estándares.(3)(1).

En 1995, los representantes a una reunión entre los gobiernos y los organismos internacionales de América Latina, fijaron los siguientes cinco principios orientadores o metas para la reforma del sector salud: equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social. Es así, que la Región de las Américas propuso desarrollar procesos dirigidos a mejorar la equidad de los beneficios, la eficiencia administrativa y la eficacia de las acciones en salud, satisfaciendo de ese modo las necesidades de la salud de la población. Los mismos que se adoptara en los servicios forenses. (3)

Otra experiencia importante en la certificación de calidad, es la Organización Internacional de Normalización (ISO), constituida por una federación mundial de organismos nacionales de normalización. Su objetivo principal es el de promover el desarrollo de normas internacionales de fabricación (tanto de productos como de servicios), comercio y comunicación para todas las ramas industriales, buscando la estandarización de normas de productos y seguridad para las empresas o entidades (públicas o privadas) a nivel internacional. La ISO trabaja a través de Comités encargados de desarrollar normas internacionales de carácter voluntario, contando para ello con miles de expertos provenientes de los distintos sectores industriales o de servicios. (3).

Los sistemas de evaluación y monitoreo, diseñados a lo largo de todos estos años, requiere sobre todo de una decisión política, el cambio de actitud y el rediseño de procesos. La participación de profesionales forenses, directivos y de los usuarios

es imprescindible para lograr gradualmente la mejora de la calidad continua de la atención forense. (4)

2.2. Antecedentes nacionales.

A partir de 1990 se abordó en Bolivia la problemática de la calidad de los servicios de salud y la necesidad de diseñar e implementar políticas y normas para mejorar los mismos, para lo cual se diseñó una “Guía para una Estrategia de Evaluación y Garantía de Calidad de los Sistemas de Atención de Salud”. Posteriormente en 1992, se incorporó a la corriente establecida por la OMS/OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales que planteaba la necesidad de incorporar mecanismos y estrategias de garantía de calidad en la atención de la salud ofrecida por los hospitales, así como definir las bases del modelo de acreditación para la evaluación de los establecimientos hospitalaria. (5)

Se tiene que adoptar la iniciativa de la OPS/OMS de promover la cultura institucional de la calidad para incrementar el nivel de excelencia de la prestación de servicios en los establecimientos de salud y el trato digno a los usuarios, se delinearon estrategias para lograr los siguientes objetivos, para lo cual se contaba con financiamiento del Banco Mundial a través del Proyecto de la Reforma de Salud implementado a partir de 1999: Mejorar la capacidad resolutive, la eficiencia y la calidad de atención de los servicios de salud.- Empoderar a la comunidad en derechos de los usuarios e incorporar el tema de derechos en los servicios de salud. Elevar el grado de satisfacción del cliente externo tomando en cuenta necesidades y expectativas. - Elevar el grado de satisfacción del cliente interno a través de una política motivacional y de estímulo.(5)

Las estrategias planteadas para lograr estos objetivos eran: normar, regular y evaluar el funcionamiento de los servicios de salud, a través de estándares y/o patrones de conducta, estableciendo las condiciones para la organización y procedimientos técnico- administrativos con la finalidad de responder a las necesidades reales de la población. Los componentes de esta estrategia fueron los siguientes:

1. Garantía de calidad. 2. Trato digno 3. Mejora continua con cinco subcomponentes: a) Regulación: Mediante la elaboración, revisión y difusión de instrumentos normativos. b) Gestión de Hospitales: A través del diseño e implementación del modelo de Equipos de Mejora Continua en Hospitales. c) Auditoría Externa. d) Incentivos: Diseño de políticas de incentivos aplicada a los recursos humanos (cliente interno). e) Investigación: Promoción del rescate de experiencias y evidencias nacionales en el manejo de patologías prevalentes e incentivo de investigaciones para dar respuestas a necesidades locales.

El año 2005, la promulgación de la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico y su reglamentación (Decreto Supremo N° 28562), estableció el marco jurídico que institucionaliza la gestión de la calidad en los establecimientos de salud y la Auditoría Médica en los ámbitos del acto médico.(5)

A nivel nacional, no se tiene conocimiento de un sistema de evaluación de monitoreo y de evaluación, tampoco de acreditación en los servicios forenses.

2.2.1. Normas ISO

En Bolivia La Organización Internacional de Normalización (ISO) está representada por el Instituto Boliviano de Normalización y Calidad (IBNORCA), es el único representante de ISO en el país. En esa condición, IBNORCA participa en los Comités Técnicos Internacionales de la ISO; adopta las Normas Internacionales de la ISO a nivel nacional y es la única entidad autorizada para vender las Normas Internacionales de la ISO en Bolivia.(1)(5)

Las normas bolivianas ISO relacionadas específicamente con el sector de atención en salud son: NB 12003:2004 Interpretación de la norma NB/ISO 9001:2000 para organizaciones sanitarias y NB 12004:2005 Sistemas de gestión de la calidad - Directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones sanitarias. Los que se adoptara y adaptara al IDIF La Paz.

2.2.2. Organizaciones de promoción y desarrollo de la calidad y de normalización en calidad. El Instituto Boliviano de Normalización y Calidad (IBNORCA), es una asociación privada sin fines de lucro, creada mediante Decreto Supremo N° 23489 del 29 de abril de 1993, iniciando sus actividades el 5 de mayo de 1993. La competencia definitiva de sus actividades, le confiere el Decreto Supremo N° 24498 del 17 de febrero de 1997, con el cual se crea el Sistema Boliviano de Normalización, Metrología, Acreditación y Certificación (SNMAC), con la finalidad de fortalecer la infraestructura de la calidad en Bolivia. Su misión fundamental es la promoción de la cultura de la calidad en las instituciones públicas o privadas bolivianas. Se trata de una entidad privada, independiente y sin ánimo de lucro, reconocida para desarrollar las actividades de normalización y certificación en nuestro país. En el campo de la Normalización Técnica, IBNORCA es el único representante en Bolivia de la Organización Internacional de Normalización ISO, en su condición de miembro pleno, de igual manera pertenece a la Asociación Mercosur de Normalización (AMN) y la Comisión Panamericana de Normas Técnicas (COPANT) a la Comisión Internacional de Electrotecnia (IEC), entre otras. **IBNORCA** tiene a su cargo dos pilares fundamentales de la calidad: Normalización Técnica y la Certificación de Calidad. tiene objetivos: Promover el desarrollo de la elaboración de normas técnicas bolivianas, con la participación abierta a todas las partes interesadas y colaborar, impulsando la aportación boliviana, en la elaboración de normas COPANT (Comisión Panamericana de Normas Técnicas) e internacionales. Certificar productos, servicios y sistemas, confiriendo a las mismas un valor competitivo diferencial, que contribuya a favorecer los intercambios comerciales y la cooperación internacional. Orientar la gestión a la satisfacción de nuestros clientes y a la participación activa de las personas, con criterios de calidad y obtener resultados que garanticen un desarrollo competitivo.(6).

2.3. Antecedentes locales

El siglo XX, se caracterizó por grandes cambios y una mayor apertura de las ciencias forenses bolivianas hacia el exterior. En 2008, con el advenimiento de la nueva Constitución Política de Bolivia, el Instituto de Investigaciones Forense se transformó en un Establecimiento Público de orden nacional, adscrito a la Fiscalía General del Estado, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio. (1)(6).

La ley n.260, ley orgánica del Ministerio Público, en 2012, reglamentó su naturaleza, estructura y funciones. Esta misma ley estableció la existencia de un sistema único de medicina forense y laboratorio forense, en todo el territorio nacional, organizado y controlado por el instituto, dando lugar a la desaparición de los sistemas departamental y municipal de medicina legal, los cuales, a pesar de los esfuerzos para lograr su integración científica y técnica, seguían funcionando en forma paralela, generando grandes dificultades de diversa índole.

El 28 de Julio del año 2004, por Resolución No. 22/2004, se aprueba el REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES., "Por la cual se organiza el Sistema Nacional de Medicina Forense" se establece la definición, conformación y objetivos del Sistema, aún falta la creación del Comité de calidad Forense y sus funciones.(7).

La apertura de las Unidades Locales, en su mayor parte durante la gestión 2000, en municipios seleccionados por su ubicación estratégica, cobertura poblacional y estadística criminal de la zona, así como la creación de las Unidades Móviles a partir del 2018, hizo posible descentralizar aún más el servicio y facilitó la supervisión y asesoría de los médicos rurales, en lo que respecta a su labor pericial.(7).

Los esfuerzos del instituto, sumados al desarrollo de convenios de cooperación técnica suscritos entre los Gobiernos de Bolivia y otros países, permitieron un avance significativo de la prueba pericial, el conocimiento científico, la

infraestructura tecnológica, la gestión institucional, el manejo de la información y las relaciones con el entorno, entre otros.

El propósito institucional de convertirse en una organización líder dentro del sector gubernamental, que ofrezca un servicio/producto efectivo, confiable, oportuno, ético y humanitario, llevó a la organización a orientar su desarrollo dentro de la cultura de la calidad, estrategia que permite su mejoramiento continuo. Igualmente se fortaleció la infraestructura local a nivel nacional, mediante la construcción de sedes o adecuación de las ya existentes, en varias ciudades y municipios del país, programa que aún continúa.

En el año 2000, con base en las facultades extraordinarias conferidas por la ley 260 de 2012, se expidió decretos también instructivos, que modificó la estructura de la Fiscalía General del estado, y por ende la del Instituto.

Con el fin de ampliar la cobertura, mejorar la oportunidad en la prestación del servicio y facilitar el manejo eficiente de los recursos financieros, físicos y humanos, acorde con los planes y programas establecidos para el cumplimiento de la misión institucional, se aprobó la guía de puntos de pericia, guía de uso del maletín de investigaciones en la escena del hecho, protocolos de atención en violencia sexual y contra la mujer, además de un compendio de guías de atención en medicina legal y ciencias forenses, por el cual se desarrolla la estructura interna del Instituto de Investigaciones Forenses y se establecen sus funciones.

Al momento el IDIF LA PAZ, no cuenta con acreditación, menos aun con unidades de evaluación y monitoreo, que impulsen el desarrollo de estrategias para mejorar la calidad.

No se cuenta con un diagnóstico en los servicios forenses para verificar las condiciones de infraestructura, requisitos básicos y cumplimiento de estándares de acreditación, no se tiene planes de mejora, que incluyan acciones correctivas concretas, plazos y responsables, por tanto, no se implementó, aun la gestión de calidad, no se cuenta con un o una gestora de calidad.

2.4. Soporte teórico

2.4.1. La calidad y el mejoramiento continuo.

El concepto de calidad a lo largo del tiempo ha sufrido algunas variaciones que vale la pena repasar para entender mejor lo que hoy significa la calidad. Calidad es: La satisfacción de las expectativas del cliente. Un conjunto de propiedades o características de un producto o servicio, con habilidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. Cumplir las expectativas del cliente y algunas más. Hacer bien las cosas desde la primera vez. Diseñar, producir y entregar un producto de satisfacción total. Producir un artículo o un servicio de acuerdo con las normas establecidas. Dar respuesta inmediata a las solicitudes de los clientes (3).

En términos generales, Calidad se define como: “La satisfacción de las necesidades del cliente y sus expectativas razonables”. En ese sentido podríamos definir la satisfacción del cliente como: Calidad recibida – Calidad esperada. Si el cliente recibe un producto o servicio con un nivel de Calidad superior al esperado, el cliente sentirá que recibió un producto o servicio de calidad. (8)

La Organización Mundial de la Salud tratando de abarcar la perspectiva de los distintos grupos involucrados, define la calidad como: “La Calidad en la Atención en Salud consiste en la apropiada ejecución (de acuerdo a estándares) de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición.”.(1).

Los estudiosos del tema Calidad, señalan que han sido las guerras ocurridas las que han motivado el desarrollo de la calidad, así las industrias bélicas tuvieron que emprender en productos de calidad durante la segunda guerra mundial y al término de ella, la calidad se desarrolló de manera impresionante en el Japón con la importante intervención de Edwards Deming a quien se conoce como el padre de la calidad, implantándose en ese país el premio “Deming” a la calidad que se otorga anualmente al individuo que muestre logros excelentes en teoría o en la aplicación del control de la calidad por estadísticas, o aquella persona que

contribuya notablemente a la difusión de las técnicas del control de calidad por estadísticas, así como a su aplicación.

En los primeros años de la calidad, ésta se centraba básicamente en el producto final, se revisaban y determinaban las fallas para corregir las mismas. En la actualidad, la calidad se concentra en el proceso, ya no están de “moda” los supervisores de calidad, porque cada trabajador dentro del proceso productivo se convierte en supervisor de su trabajo. Hoy, al desarrollar las actividades el trabajador debe realizarlas pensando en que el producto que tiene que entregar al compañero para que siga con el proceso debe ser como el desearía recibirlo.

Las ideas de Deming se recogen en los Catorce Puntos y Siete Enfermedades mortales de la Gerencia, en los cuales afirma que la variación es la principal culpable de la mala calidad. En los ensambles mecánicos, por ejemplo, las variaciones en las especificaciones de las dimensiones de las partes dan lugar a un desempeño inconsistente y desgaste y fallas prematuras. De manera similar, las inconsistencias en el comportamiento humano en los servicios frustran a los clientes y afectan la reputación en las empresas. Para lograr una reducción en la variación, Deming recurrió a un ciclo permanente que consta de: diseño del producto o servicio, manufactura o prestación del servicio, pruebas y ventas, seguido por estudios de mercado y luego rediseño y mejora. Afirmó que una calidad más alta lleva a una mejor productividad que, a su vez, da lugar a una fuerza competitiva a largo plazo.(1).

Pero mucho se ha hablado de la calidad referida a los bienes y no así a los servicios, ¿cuál es la diferencia? Partimos del hecho que un producto puede ser un bien o un servicio, siendo la diferencia más importante que el primero es algo tangible y el segundo intangible, pero ambos siguen un proceso hasta llegar al cliente o consumidor. Hay un principio muy conocido en el ámbito de la calidad: “Lo que no se mide, no se mejora”(9).

Un paso adelante en la calidad lo constituye el mejoramiento continuo. Para llevar a cabo este proceso de Mejoramiento Continuo tanto en un departamento determinado como en toda la empresa, se debe tomar en consideración que dicho

proceso debe ser: económico, es decir, debe requerir menos esfuerzo que el beneficio que aporta; y acumulativo, que la mejora implantada permita abrir las posibilidades de sucesivas mejoras a la vez que se garantice el cabal aprovechamiento del nuevo nivel de desempeño logrado.

Deming presentó el ciclo planear, hacer, verificar, actuar (PDCA) en los años 50 en Japón, aunque señaló que el creador de este concepto fue W. A. Shewhart, quien lo hizo público en 1939, por lo que también se le denomina “Ciclo de Shewhart” o “Ciclo de Deming” indistintamente. En Japón el ciclo PDCA ha sido utilizado desde su inicio como una metodología de mejora continua y se aplica a todo tipo de situación.(10)

Juran se inclinó por el uso de la contabilidad de costos de calidad y el análisis para centrar la atención en los problemas de calidad. En el nivel operativo, Juran se enfocó en aumentar la conformidad con las especificaciones, eliminando así los defectos, apoyado en gran medida por las herramientas de estadística para el análisis.(1).

Por tanto, la búsqueda de la calidad se considera en dos niveles: 1) La misión de la empresa como un todo es lograr una alta calidad en el diseño 2) La misión de cada departamento de la empresa es lograr una alta calidad mediante la conformidad. Al igual que Deming, Juran manejó una espiral sin fin de actividades que incluye investigación de mercado, desarrollo de productos, diseño, planeación para la manufactura, compras, control del proceso de producción, inspección, pruebas y ventas, seguidas por la retroalimentación del cliente. La interdependencia de estas funciones destaca la necesidad de una administración de calidad competente en toda la empresa.

Las recomendaciones de Juran se concentran en tres procesos de calidad principales, llamados la trilogía de calidad: 1) Planeación de la calidad 2) Control de la calidad 3) Mejora de la calidad, que coadyuvará en el logro de altos niveles de desempeño. (3).

En la misma época, Philip B. Crosby estableció también elementos fundamentales para la mejora de la calidad, que son: Determinación, Educación e Implantación. La determinación significa que los directores deben tomar en serio la mejora de la calidad. Todos deben entender los Absolutos, que solo se logran a través de la educación. Por último, cada miembro del equipo administrativo debe entender el proceso de implantación. A diferencia de Juran y Deming, el enfoque de Crosby es sobre todo conductual. Recalcó el uso de procesos administrativos y organizacionales en lugar de técnicas estadísticas para cambiar la cultura corporativa y las actitudes.

En la década de los 60 nace el concepto de cero defectos de la calidad, que resalta la importancia de los procesos para lograr la calidad de los productos, en un enfoque preventivo. Posteriormente dando un paso más, se aplica el control de calidad del diseño.(3)

La garantía de calidad o sistema de aseguramiento de la calidad comprende el conjunto de acciones, planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza de que un bien o servicio va a cumplir los requisitos de calidad exigidos. Incluye el conjunto de actividades realizadas por la organización, dirigidas a asegurar que la calidad producida satisface las necesidades del usuario. La calidad total es una filosofía empresarial que conforma una estrategia de cambio en la organización y un modelo de gestión. Se apoya en tres pilares:(3).

- Orientación al cliente. Basada en el conocimiento de los clientes y sus necesidades y en el diseño y producción de los productos que las satisfagan.
- Liderazgo en costos de producción. Fundamentado en la correcta realización de todas las actividades todas las veces y desde la primera vez y en la reducción de los costos de calidad con el objetivo “cero defectos” como estándar de calidad.
- Orientación al cliente interno. Cimentada en la motivación, participación y formación de los trabajadores, el marketing interno y el servicio al cliente interno.

Un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) está constituido por la estructura orgánica, los procesos y procedimientos de gestión de la calidad, los recursos y los documentos que se disponen para llevar a cabo las actividades de gestión de la mejora en las organizaciones de gestión de la salud y los establecimientos.

Sus principios son universales y se aplican en la gestión de la mejora de los servicios: Organización enfocada al usuario, liderazgo, participación del personal, enfoque a procesos, enfoque del sistema hacia la gestión, mejora Continua, enfoque del objetivo hacia la toma de decisiones y relación mutuamente beneficiosa con el proveedor.

2.4.2. Calidad en la atención forense. El concepto de calidad, aplicado a la atención forense, hace referencia a la capacidad que, de acuerdo al nivel de atención y a su capacidad resolutive, puede tener una organización o un servicio concreto del instituto para satisfacer las necesidades de los usuarios de servicios forenses.(4)

La teoría de Avedis Donabedian quien agrupa la gestión de calidad en tres categorías –referidas al nivel científico técnico, a la relación interpersonal y al entorno se aplica en la práctica sanitaria. La categoría técnica estaría representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, relacionada con los requisitos definidos en las normas y protocolos reglamentarios; la relación interpersonal representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo; y el entorno está relacionado con la credibilidad del servicio respecto a la sociedad y otras organizaciones. Una mejor calidad de los servicios significará mayor salud y bienestar para la población.(1)

Para la Norma Boliviana calidad es “otorgar atención médica a los pacientes con oportunidad, conforme a los principios éticos, normas vigentes y tecnología apropiada, para lograr satisfacción de sus necesidades de salud y sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la institución.

Un Sistema de gestión de calidad en salud comprende varios componentes, entre estos señalamos los más críticos: a) La definición de conceptos y normas de calidad que se implementarán en una institución. b) La planificación del sistema de calidad. c) La documentación del sistema de calidad. d) La organización de los recursos humanos. e) La gestión de los recursos. f) La gestión y control de los procesos. g) La satisfacción del usuario. h) Evaluación del plan de calidad

2.4.3. Planificación. Incluye la definición de las políticas del sistema de gestión de la calidad (visión y misión), la responsabilidad de la dirección, el diagnóstico organizacional y del sistema de gestión de la calidad, la determinación del alcance y objetivos del plan de mejora (identificación de los servicios que se pretende mejorar), la determinación de los requisitos y recursos necesarios para la implementación del SGC en los servicios, la aplicación de los requisitos del sistema de gestión de calidad y la mejora del servicio. El Plan debe contar con un Programa Operativo Anual de Calidad que deberá ser insertado en el POA de la organización.(11)

2.4.4. Evaluación del plan de calidad. Permite conocer el grado de cumplimiento de lo planeado en base al análisis de la eficacia, la eficiencia y la equidad.(1).

2.4.4.1. La eficacia, es la relación entre los objetivos previstos y los resultados alcanzados, también se refiere al alcance del propósito planteado. En los servicios de salud, la eficacia puede expresarse en el cumplimiento de las acciones programadas, el incremento de coberturas de acceso, de la satisfacción de los usuarios de los servicios, y de la capacidad de incorporación de enfoques de interculturalidad, equidad y respeto.

2.4.4.2. La eficiencia, es un indicador de corto plazo que se refiere a la capacidad de la organización para producir resultados con un mínimo de insumos o recursos. La eficiencia de la atención en salud es la consecución de los objetivos al menor costo posible sin afectar la calidad del servicio y optimizando los recursos.

2.4.4.3. Eficiencia clínica. Está subordinada a la actuación del profesional, que debe cumplir con las normas y protocolos sin emplear recursos innecesarios. Su evaluación se realiza mediante auditorias llevadas a cabo por profesionales calificados.

2.4.4.4. Eficiencia de la producción (administrativa financiera). Responde a la estructura, organización y administración de la institución a través de los cuales se facilitan recursos al personal de salud. Su evaluación no forma parte de la medida de la calidad de la actividad clínica, pero influye en el costo sanitario.

2.4.5. Mejoramiento continuo

James Harrington (1993), mejorar un proceso, significa cambiarlo para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable, qué cambiar y cómo cambiar depende del enfoque específico del empresario y del proceso.

Fadi Kabboul (1994), define el Mejoramiento Continuo como una conversión en el mecanismo viable y accesible al que las empresas de los países en vías de desarrollo cierran la brecha tecnológica que mantienen con respecto al mundo desarrollado.(9)

Eduardo Deming (1996), según la óptica de este autor, la administración de la calidad total requiere de un proceso constante, que será llamado Mejoramiento Continuo, donde la perfección nunca se logra, pero siempre se busca.

El Mejoramiento Continuo es un proceso que describe muy bien lo que es la esencia de la calidad y refleja lo que las empresas necesitan hacer si quieren ser competitivas a lo largo del tiempo(1).

2.4.6. Importancia del mejoramiento continuo. La importancia de esta técnica gerencial radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización. A través del mejoramiento continuo se logra ser más productivos y competitivos en el mercado al cual pertenece la organización, por otra parte, las organizaciones deben analizar los procesos utilizados, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse; como resultado de la aplicación

de esta técnica puede ser que las organizaciones crezcan dentro del mercado y hasta llegar a ser líderes.(1).

Para el caso de organizaciones públicas como el IDIF, el mejoramiento continuo no tendrá como objetivo crecer dentro del mercado y ser líder con la visión de la empresa privada, pero indudablemente este mejoramiento permitirá conseguir de manera eficiente y efectiva sus objetivos de atención forense a personas de escasos recursos económicos, ampliando el número de usuarios, reduciendo sus costos y logrando una mayor satisfacción en los usuarios externos e internos. Se debe considerar que aparentemente los servicios que brinda el IDIF, actualmente son gratuitos; aparentemente porque en realidad la atención que ofrece, tiene un precio que paga de manera indirecta toda la ciudadanía a través de sus impuestos.(9)

Es importante reconocer que la filosofía y muchos elementos del mejoramiento continuo que se aplica en las empresas privadas, son adaptables y adoptables en organizaciones públicas, con la diferencia de que el objetivo a conseguir será diferente, pues en el sector público no se busca el lucro, pero si debe perseguir la eficacia, la eficiencia, la satisfacción de los usuarios o clientes, objetivos que el mejoramiento continuo contribuye a conseguirlos.

2.4.7. Ventajas y desventajas del mejoramiento continuo. El mejoramiento continuo puede tener ventajas y desventajas en su aplicación, como las siguientes:(3)

2.4.7.1. Ventajas- Se concentra el esfuerzo en ámbitos organizativos y de procedimientos puntuales. Consiguen mejoras en un corto plazo y resultados visibles. Si existe reducción de productos defectuosos, trae como consecuencia una reducción en los costos, como resultado de un consumo menor de materias primas. Incrementa la productividad y dirige a la organización hacia la competitividad, lo cual es de vital importancia para las actuales organizaciones. Contribuye a la adaptación de los procesos a los avances tecnológicos. Permite eliminar procesos repetitivos.

2.4.7.2. Desventajas. Cuando el mejoramiento se concentra en un área específica de la organización, se pierde la perspectiva de la interdependencia que existe entre todos los miembros de la empresa. Requiere de un cambio en toda la organización, ya que para obtener el éxito es necesaria la participación de todos los integrantes de la organización y a todo nivel. Hay que hacer inversiones importantes.

2.4.8. ¿Por qué mejorar?

2.4.8.1. El Cliente es el Rey. Según Harrington (1987), "En el mercado de los compradores de hoy el cliente es el rey", es decir, que los clientes son las personas más importantes en el negocio y por lo tanto los empleados deben trabajar en función de satisfacer las necesidades y deseos de éstos. Son parte fundamental del negocio, es decir, es la razón por la cual éste existe, por lo tanto, merecen el mejor trato y toda la atención necesaria. Que importante sería que este concepto esté en la mente de los servidores del IDIF. Que los usuarios utilicen los servicios forenses, no solamente porque es gratuito, sino porque son atendidos como ellos lo esperan.(12)

2.4.8.2. El Proceso de Mejoramiento. La búsqueda de la excelencia comprende un proceso que consiste en aceptar un nuevo reto cada día. Dicho proceso debe ser progresivo y continuo. Debe incorporar todas las actividades que se realicen en la empresa a todos los niveles. El proceso de mejoramiento es un medio eficaz para desarrollar cambios positivos que van a permitir ahorrar dinero tanto para la empresa como para los clientes, ya que las fallas de calidad cuestan dinero. Asimismo, este proceso implica la inversión en nuevas maquinaria y equipos de alta tecnología más eficientes, el mejoramiento de la calidad del servicio a los clientes, el aumento en los niveles de desempeño del recurso humano a través de la capacitación continua, y la inversión en investigación y desarrollo que permita a la empresa estar al día con las nuevas tecnologías.(9).

2.4.8.3. Actividades Básicas de Mejoramiento. De acuerdo a un estudio en los procesos de mejoramiento puestos en práctica en diversas compañías en

Estados Unidos, Según Harrington (1987), existen diez actividades de mejoramiento que deberían formar parte de toda empresa, sea grande o pequeña: Obtener el compromiso de la alta dirección. Establecer un consejo directivo de mejoramiento. Conseguir la participación total de la administración. Asegurar la participación en equipos de los empleados. Conseguir la participación individual. Establecer equipos de mejoramiento de los sistemas (equipos de control de los procesos). Desarrollar actividades con la participación de los proveedores. Establecer actividades que aseguren la calidad de los sistemas. Desarrollar e implantar planes de mejoramiento a corto plazo y una estrategia de mejoramiento a largo plazo. Establecer un sistema de reconocimientos.

2.4.8.4. Compromiso de la Alta Dirección: El proceso de mejoramiento debe comenzarse desde los principales directivos y progresa en la medida al grado de compromiso que éstos adquieran, es decir, en el interés que pongan por superarse y por ser cada día mejor.

2.4.8.5. Consejo Directivo del Mejoramiento: Está constituido por un grupo de ejecutivos de primer nivel, quienes estudiarán el proceso de mejoramiento productivo y buscarán adaptarlo a las necesidades de la compañía.

2.4.8.6. Participación Total de la Administración: El equipo de administración es un conjunto de responsables de la implantación del proceso de mejoramiento. Eso implica la participación activa de todos los ejecutivos y supervisores de la organización. Cada ejecutivo debe participar en un curso de capacitación que le permita conocer nuevos estándares de la compañía y las técnicas de mejoramiento respectivas.

2.4.8.7. Participación de los Empleados: Una vez que el equipo de administradores esté capacitado en el proceso, se darán las condiciones para involucrar a los empleados. Esto lo lleva a cabo el gerente o supervisor de primera línea de cada departamento, quien es responsable de adiestrar a sus subordinados, empleando las técnicas que él aprendió.

2.4.8.8. Participación Individual: Es importante desarrollar sistemas que brinden a todos los individuos los medios para que contribuyan, sean medidos y se les reconozcan sus aportaciones personales en beneficio del mejoramiento.

2.4.8.9. Equipos de Mejoramiento de los Sistemas: Toda actividad que se repite es un proceso que puede controlarse. Para ello se elaboran diagramas de flujo de los procesos, después se le incluyen mediciones, controles y bucles de retroalimentación. Para la aplicación de este proceso se debe contar con un solo individuo responsable del funcionamiento completo de dicho proceso.

2.4.8.10. Actividades con Participación de los Proveedores: Todo proceso exitoso de mejoramiento debe tomar en cuenta las contribuciones de los proveedores.

2.4.8.11. Aseguramiento de la Calidad: Los recursos para el aseguramiento de la calidad, que se dedican a la solución de problemas relacionados con los productos, deben reorientarse hacia el control de los sistemas que ayudan a mejorar las operaciones y así evitar que se presenten problemas.

2.4.8.12. Planes de Calidad a Corto Plazo y Estrategias de Calidad a Largo Plazo: Cada compañía debe desarrollar una estrategia de calidad a largo plazo. Después debe asegurarse de que todo el grupo administrativo comprenda la estrategia de manera que sus integrantes puedan elaborar planes a corto plazo detallados, que aseguren que las actividades de los grupos coincidan y respalden la estrategia a largo plazo.

2.4.8.13. Sistema de Reconocimientos: El proceso de mejoramiento pretende cambiar la forma de pensar de las personas acerca de los errores. Para ello existen dos maneras de reforzar la aplicación de los cambios deseados: castigar a todos los que no logren hacer bien su trabajo todo el tiempo, o premiar a todos los individuos y grupos cuando alcancen una meta con realicen una importante aportación al proceso de mejoramiento.

2.4.9. Necesidades de mejoramiento. El director de la institución es el principal responsable de un avanzado éxito en la organización o por el contrario del fracaso de la misma, es por ello que los enlaces departamentales dirigen toda responsabilidad y confianza al director, teniendo en cuenta su capacidad y un buen desempeño como administrador, capaz de resolver cualquier tipo de inconveniente que se pueda presentar y lograr satisfactoriamente el éxito de la institución. Hoy en día, para muchas empresas la palabra calidad representa un factor muy importante para el logro de los objetivos trazados. Es necesario llevar a cabo un análisis global y detallado de la organización, para tomar la decisión de implantar un estudio de necesidades, si así la empresa lo requiere.(13)

Resulta importante mencionar, que, para el éxito del proceso de mejoramiento, va a depender directamente del alto grado de respaldo aportado por el equipo que conforma la dirección de la empresa, por ello el director está en el deber de solicitar las opiniones de cada uno de sus miembros del equipo de administración y a los enlaces departamento que conforman la organización.

El fiscal general debe comprender que el director tiene pensado llevar a cabo la implantación de un proceso que beneficie a toda la institución y además, pueda proporcionar a los empleados con mejores elementos para el buen desempeño de sus trabajos. Por otro lado, para percibir el funcionamiento eficaz del proceso de mejoramiento no sólo es necesario contar con el respaldo de la dirección, sino con la participación activa de ella. El director debe medir personalmente el grado de avance y premiar a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyan notablemente y realizar observaciones a quienes no contribuyan con el éxito del proceso.

2.4.9.1. Planear Hacer Verificar Actuar. Con el propósito de mejorar la calidad, aumentar la productividad, disminuir los costos e impulsar el prestigio internacional, se creó la Organización Internacional de Normas ISO en 1947. De este organismo nace la familia de las ISO 9000, que son normas sobre el aseguramiento de la calidad de los procesos. Todos los requisitos de esta

Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

2.4.9.2. Las Normas ISO 9000. Con el fin de estandarizar los Sistemas de Calidad de distintas empresas y sectores, se publican las Normas ISO 9000, un conjunto de normas editadas y revisadas periódicamente por la Organización Internacional de Normalización (ISO) sobre el Aseguramiento de la Calidad de los procesos. De este modo, se consolida a nivel internacional el marco normativo de la gestión y control de la calidad. Estas normas aportan las reglas básicas para desarrollar un Sistema de Gestión de Calidad siendo totalmente independientes del fin de la empresa o del producto o servicio que proporcione. Dichos estándares son aceptados en todo el mundo como un lenguaje común que garantiza la calidad (continua) de los productos y servicios que ofrece una organización. En los últimos años, se está poniendo en evidencia que no basta sólo con introducir mejoras que se reduzcan al control de los procesos básicamente, sino que la concepción de la Calidad sigue evolucionando, hasta llegar hoy en día a la denominada **Gestión de la Calidad Total**. Dentro de este marco, la Norma ISO 9001, es la base sobre la cual se asientan los nuevos Sistemas de Gestión de la Calidad.

2.4.9.3. Sistema de Gestión de Calidad. Es el conjunto de la estructura, responsabilidades, actividades, recursos y procedimientos de la organización de una empresa, que ésta establece para llevar a cabo la gestión de su calidad. Es decir, un Sistema de Gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

2.4.9.4. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos. Los clientes juegan un papel significativo para definir los 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.

2.4.9.5. Sistema de gestión de calidad en organizaciones públicas. La calidad tiene como fundamento el compromiso de todos los servidores públicos

en hacer bien las cosas, pero detrás de la especificación de un producto o servicio y de un tiempo de entrega bajo atributos de calidad se debe reflejar un ambiente organizacional dispuesto a la mejora continua, un conjunto de procesos concebidos coherentemente y ejecutados de acuerdo a base documental, y un sistema de medición de los mismos que facilite la gestión de acciones correctivas y preventivas. Se debe hacer énfasis en la importancia de que el aumento de la satisfacción de los clientes y la mejora en el desempeño de las entidades debe ser la motivación para la implementación de un sistema de gestión de calidad, y no simplemente la certificación con norma internacional, la cual debe verse como un reconocimiento, pero nunca como un fin.(14)

2.4.9.6. Principios de gestión de la calidad. Se puede lograr el éxito implementando y manteniendo un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas. La Norma Internacional ISO 9001-2008 ISO 9000, relacionada con los fundamentos y vocabulario de los Sistemas de Gestión de la Calidad, identifica ocho principios de gestión de calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia la mejora en el desempeño.

2.4.9.7. Enfoque al Cliente. Las organizaciones dependen de sus clientes, por lo tanto, deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.

2.4.9.8. Liderazgo. Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

2.4.9.9 Compromiso del personal. El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

2.4.9.10. Enfoque basado en procesos. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

2.4.9.11. Enfoque de sistema para la gestión. Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos. Para ello básicamente se debería considerar lo siguiente: Identificar los procesos necesarios. Identificar y medir los inputs/outputs- Identificar las interfaces - Identificar clientes internos y externos - Establecer responsabilidades - Identificar impactos sobre partes interesadas

2.4.9.12. Mejora continua. La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta. Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones. Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos e información. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor- Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor (9).

2.4.9.13. Del mejoramiento continuo- La intención de las herramientas del mejoramiento continuo es ayudar a las organizaciones para analizar datos que pueden ser útiles en los procesos y en la solución de los diferentes problemas que existen dentro de las organizaciones. La variabilidad en los procesos siempre ha sido un indicador sobre la eficiencia de los procesos, esta variabilidad se ha convertido en un enemigo para los procesos, y puede ser observada en las características cuantificables de productos y los procesos, además existe en todas las etapas del ciclo de vida de los productos, es por esta razón que cada empresa debe de controlar esta variación. Las técnicas estadísticas como el control estadístico de procesos, histograma, etc., pueden ayudar a medir, describir, analizar, interpretar y modelar la variabilidad, aun con una cantidad relativamente limitada de datos. El análisis estadístico de tales datos puede ayudar a proveer una mejor comprensión de la naturaleza,

extensión y causas de variabilidad. Esto podría ayudar a solucionar y aun impedir problemas dentro de la organización. Las herramientas que se desarrollaran en este tema ayudaran al mejor uso de los datos disponibles, para la toma de decisiones y a mejorar la calidad de los procesos, mejorando de esta manera el producto y satisfaciendo de mejor manera a los clientes.

2.4.9.14. Diagrama causa-efecto. El Diagrama Causa-Efecto es una forma de organizar y representar las diferentes propuestas sobre las causas de un problema. Es una representación gráfica en forma de espina de pescado que permite identificar las causas que afectan un problema; Se conoce también como diagrama de Ishikawa. Este diagrama permite separar las causas principales conocidas como las 4 M"s (Mano de Obra, materiales, máquinas, métodos). El diagrama nos brinda el beneficio de interrelacionar problemas que posiblemente están afectando el problema original, haciendo que la espina se ramifique cada vez más hasta llegar al origen mismo del problema; lo que significa que cada problema se puede ir subdividiendo.

2.4.9.15. Check list o lista de verificación. Es una herramienta que se utiliza para recolectar datos del problema que se utiliza, se recopila información sobre indicadores causas de los problemas etc. La hoja de verificación o check list, indica las veces que ha sucedido algo, por ejemplo, la cantidad de clientes o pacientes atendidos en un servicio, causas de solicitudes rechazadas, defectos en productos etc. En la Lista de Verificación se pueden recoger informaciones de eventos que están sucediendo o aquellos que ya sucedieron. A pesar de que la finalidad de la Lista de verificación es el registro de datos y no su análisis, frecuentemente indica cuál es el problema que muestra esa ocurrencia. En el formato de una lista de verificación se debe tomar en cuenta los siguientes puntos: Fecha de recolección y hora - Departamento en donde se tomaron los datos. Este tipo de formato permitirá el análisis del tiempo en que se tarda un cliente ser atendido, causas por las cuales se presentaron problemas al momento de la atención, y la frecuencia en la que llegan los clientes a ser atendidos.

2.4.10. Arbol de problemas. El árbol de problemas es un modelo explicativo y un esquema simplificado de la realidad, se elabora mediante aproximaciones sucesivas de causas y efectos, en torno a un problema. Este método requiere que el o los problemas se describan en forma clara y precisa, se requiere que se describa el problema principal que sería el tronco del árbol.

2.4.11. Diagrama de Pareto. El Diagrama de Pareto es una técnica que separa los "pocos vitales" de los "muchos triviales". Una Gráfica Pareto es utilizada para separar gráficamente los aspectos significativos de un problema desde los triviales de manera que un equipo sepa dónde dirigir sus esfuerzos para mejorar. Esta técnica consiste en un gráfico de barras similar al histograma que se conjuga con una ojiva o curva de tipo creciente y que representa en forma decreciente el grado de importancia o peso que tienen los diferentes factores que afectan a un proceso, operación o resultado. Para planear una mejora continua. Las Gráficas de Pareto son especialmente valiosas como fotos de "antes y después" para demostrar qué progreso se ha logrado.

2. 4.12. Los procesos, tipos e importancia

2.4.12.1. Conceptos de procesos. "Es un conjunto de acciones interrelacionadas e interdependientes que conforman la función de administración e involucra diferentes actividades tendientes a la consecución de un fin a través del uso óptimo de recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos." "Es cualquier operación o secuencia de operaciones que involucren un cambio de energía, estado, composición, dimensión, u otras propiedades que pueden referirse a un dato."(9).

2.4.12.2. Proceso en un sistema de Gestión de Calidad. Un proceso puede ser definido como un conjunto de actividades enlazadas entre sí que, que parten de uno o más inputs (entradas), luego los transforma para generar un output o outputs (resultado). Las actividades de cualquier empresa u organización pueden ser integrantes de un proceso determinado. Un proceso puede ser realizado por una sola persona, o dentro de un mismo

departamento. Un proceso puede ser realizado por una persona o por un conjunto de personas en un departamento. (3).

2.4.12.3. Tipos de procesos. Los procesos pueden ser clasificados de la manera más habitual de la siguiente manera: Estratégicos, Claves y Apoyo

2.4.12.3.1. Procesos estratégicos- Los procesos estratégicos son aquellos procesos mediante los cuales la empresa desarrolla sus estrategias y define los objetivos. Por ejemplo, el proceso de planificación presupuestaria, proceso de diseño de producto y/o servicio, etc.

2.4.12.3.2. Procesos claves. Los procesos clave son también conocidos como operativos y son propios de la actividad de la empresa. Por ejemplo, el proceso de aprovisionamiento, el proceso de producción, el proceso de prestación del servicio, etc.

2.4.12.3.3. Procesos de apoyo. Los procesos de apoyo o de soporte son los que proporcionan los medios (recursos) y el apoyo necesario para que los procesos clave se puedan llevar a cabo. Tales como proceso de formación, proceso informático, proceso de logística, etc. Podemos distinguir entre procesos clave y procesos críticos. En general, los procesos clave atienden a la definición expuesta anteriormente. Están principalmente orientados hacia la satisfacción del cliente y en ellos se emplean una gran cantidad de los recursos disponibles por la empresa. Por otro lado, un proceso es crítico cuando en gran medida la consecución de los objetivos y los niveles de calidad de la empresa dependen de su desarrollo.

2.4.12.3.4. Importancia de los procesos. En las actuales condiciones del mercado es evidente que los directores de instituciones no pueden empezar a descubrir nuevos puntos de mejora en sus organizaciones, así como algunos puntos olvidados que pueden ser muy favorables, exprimiendo todas las ventajas y dando el máximo de resultados. Es el caso de la vigilancia y mejora de los procesos

2.4.12.5. El mejoramiento continuo en los procesos. Son tres fases las necesarias para comprender y poder mejorar continuamente los procesos:

2.4.12.5.1. Evaluar. Al evaluar un proceso, se puede seguir el siguiente esquema: **Definir** la Misión del proceso de tal forma que permita la comprensión del valor añadido del mismo respecto de su contribución a la Misión general de la organización. Asignar un propietario de proceso que lidere la mejora continua de la eficacia y la eficiencia. Consensuar requerimientos cliente – proveedor como primer paso para la mejora de calidad. Definir indicadores sólidos y consistentes que permitan la toma de decisiones acertadas respecto de la mejora de la calidad. Es necesario estar seguro de que los datos en todo momento, reflejan la situación actual, la tendencia y son coherentes con los requerimientos cliente proveedor existentes. A partir de la comprensión de la misión, los requerimientos de los clientes y los resultados de los indicadores, evaluar el proceso identificando las ayudas y barreras existentes en el entorno y los puntos fuertes y áreas de oportunidad del proceso en sí. El resultado de la evaluación nos permitirá detectar las áreas de mejora a contemplar.

2. 4.12.5.2. Analizar. Analizar las áreas de mejora, utilizando herramientas de mejora de la calidad tales como: Proceso de Mejora de Calidad, Análisis de causas raíz y Simplificación de procesos. Determinar los beneficios que la aplicación de la metodología del Benchmarking puede aportar, en cuanto a la obtención de prácticas adecuadas para obtener las mejoras de rendimiento necesarias. Identificar las acciones adecuadas para garantizar la mejora del rendimiento

2. 4.12.5.3. Mejorar. Convertir las acciones en planes detallados de mejora. Llevar a cabo los planes de mejora, comparar los resultados de los indicadores con los resultados previos, comprobando de esta forma si las acciones dan la mejora esperada. Verificar la satisfacción del cliente. Iniciar un nuevo ciclo de gestión, volviendo a la fase de evaluación.(9).

2. 4.12.5.4. Identificación de procesos críticos. Debido a que los recursos son esencialmente limitados, priorizar la mejora continua es absolutamente recomendable, para ello en primer lugar es necesario identificar cuáles son los Factores Críticos de Éxito de la organización. Un Factor Crítico de Éxito es un elemento en el cual se tiene que ser especialmente excelente debido a que el mismo puede determinar el éxito o el fracaso de la organización. Los Factores Críticos de Éxito, deben de satisfacer la condición de “necesario y suficiente” asegurando que cada uno de ellos es necesario para la Misión de la organización y que la suma de todos es suficiente para alcanzarla. Una vez determinados cuales son los Factores Críticos de Éxito, podremos identificar cuáles son los procesos de la organización que tienen impacto directo en los mismos, siendo estos procesos los Procesos Críticos. Identificar los Procesos Críticos es la base para poder administrar los esfuerzos de mejora continua de la organización.

2.4.12.5.5. Ciclo PDCA – plan, do, check, act. El ciclo PDCA, también conocido como "Círculo de Deming", es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, basada en un concepto ideado por Walter A. Shewhart. También se denomina espiral de mejora continua. Las siglas PDCA son el acrónimo de Plan, Do, Check, Act (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar).

2.4.12.5.5.1. Planificar. Primero se debe analizar y estudiar el proceso decidiendo que cambios pueden mejorarlo y en qué forma se llevarán a cabo. Para lograrlo es conveniente trabajar en un subciclo de 5 pasos sucesivos que son: **Definir el objetivo:** Se deben fijar y clarificar los límites del proyecto: ¿Qué vamos a hacer? ¿Por qué lo vamos a hacer? ¿Qué queremos lograr? ¿Hasta dónde queremos llegar? Luego. **Recopilar los datos:** Se debe investigar: ¿Cuáles son los síntomas? ¿Quiénes están involucrados en el asunto? ¿Qué datos son necesarios? ¿Cómo los obtenemos? ¿Dónde los buscamos? ¿Qué vamos a medir y con qué? ¿A quién vamos a consultar?. **Elaborar el diagnóstico:** Se deben ordenar y analizar los datos: ¿Qué pasa y por qué pasa? ¿Cuáles son los efectos y cuáles son las causas que los

provocan? ¿Dónde se originan y por qué? Ahora estamos en condiciones de elegir un Plan de Acción. **Elaborar pronósticos:** Se deben predecir resultados frente a posibles acciones o tratamientos: ¿Sabemos qué efectos provocarán determinados cambios? ¿Debemos hacer pruebas previas? ¿Debemos consultar a especialistas? ¿Es necesario definir las situaciones especiales? Frente a varias opciones adoptaremos la que consideremos mejor. **Planificar los cambios:** Se deben decidir, explicitar y planificar las acciones y los cambios a instrumentar: ¿Qué se hará? ¿Dónde se hará? ¿Quiénes lo harán? ¿Cuándo lo harán? ¿Con qué lo harán? ¿Cuánto costará?

2. 4.12.5.5.2. Hacer. A continuación, se debe efectuar el cambio y/o las pruebas proyectadas según la decisión que se haya tomado y la planificación que se ha realizado. Esto es preferible hacerlo primero en pequeña escala siempre que se pueda (para revisar resultados y poder establecer ajustes en modelos, para luego llevarlos a las situaciones reales de trabajo con una mayor confianza en el resultado final).

2. 4.12.5.5.3. Verificar. Una vez realizada la acción e instaurado el cambio, se debe verificar. Ello significa observar y medir los efectos producidos por el cambio realizado al proceso, sin olvidar de comparar las metas proyectadas con los resultados obtenidos chequeando si se ha logrado el objetivo del previsto.

2. 4.12.5.5.4. Actuar. Para terminar el ciclo se deben estudiar los resultados desde la óptica del rédito que nos deja el trabajo en nuestro "saber hacer" (know-how): ¿Qué aprendimos? ¿Dónde más podemos aplicarlo? ¿Cómo lo aplicaremos a gran escala? ¿De qué manera puede ser estandarizado? ¿Cómo mantendremos la mejora lograda? ¿Cómo lo extendemos a otros casos o áreas?

2.4.13. Gestión de calidad total – TQM. El objetivo perseguido por la Gestión de Calidad Total es lograr un proceso de mejora continua de la calidad por un mejor conocimiento y control de todo el sistema o de toda la cadena de valor de una empresa de forma que el producto recibido por los consumidores este

constantemente en correctas condiciones para su uso, además de mejorar todos los procesos internos de forma tal de producir bienes sin defectos a la primera, implicando la eliminación de desperdicios para reducir los costos, mejorar todos los procesos y procedimientos internos, la atención a clientes y proveedores, los tiempos de entrega y los servicios. La Gestión de Calidad involucra a todos los sectores, es tan importante producir el artículo que los consumidores desean, y producirlos sin fallas y al menor costo, como entregarlos en tiempo y forma, atender correctamente a los clientes, facturar sin errores, y no producir contaminación. Así como es importante la calidad de los insumos y para ello se persigue reducir el número de proveedores a los efectos de asegurar la calidad, la entrega justo a tiempo y la cantidad solicitada; así también es importante la calidad de la mano de obra. Esta calidad de la mano de obra al igual que la calidad de los insumos o materiales incide tanto en la calidad de los productos, como en los costos y niveles de productividad. Calidad Total es reunir los requisitos convenidos con el cliente y superarlos, ahora y en el futuro, se debe partir por ser exactos con los requisitos o especificaciones. Con esta concepción de Calidad Total se supera la imprecisión del pasado, no solo tiende a ser exacta sino además medible. Otro cambio que se obtiene como resultado de esta concepción es la palabra Cliente. Los clientes ya no son sólo los Usuarios últimos de los bienes y servicios que vendemos, ahora el termino se amplía para incluir la idea de Cliente Interno, las personas de la organización a quienes pasamos nuestro trabajo. Calidad Total conviene comenzar diciendo que el objetivo de toda organización, grupo de trabajo, área o puesto de trabajo o inclusive el individuo, es generar un producto o servicio que va a recibir otra organización, otra área u otro individuo, a quien denominamos, también llamado Usuario o Consumidor.(15).

2. 4. 14. Indicadores de productividad- Los índices de productividad elegidos dependerán de los factores de producción más importantes en el proceso. Uno de los objetivos de un buen administrador es llevar el control de la productividad del proceso, de manera que se detecten las fuentes de

improductividad que, normalmente, son generadas por el desperdicio de recursos o una organización que no es la óptima. Para cumplir con este objetivo, es muy importante llegar al detalle de las actividades del proceso productivo, ya que un índice de productividad total no permite conocer con exactitud cuál es la fuente de improductividad, en caso de haberla.

Un índice de productividad puede utilizarse para comparar el nivel de eficiencia de la empresa, ya sea en su conjunto, o respecto de la administración de uno o varios recursos en particular. De acuerdo con estos objetivos, puede haber índices de productividad total, o índices de productividad parcial. Un índice de productividad total es el cociente entre la producción y el consumo total de todos los factores.

En términos generales, un índice de productividad es el cociente entre la producción de un proceso y el gasto o consumo de dicho proceso.

Índice productivo = producción / consumo

Índice productivo = output / input

La identificación de las operaciones del proceso productivo se lo hace, a menudo, construyendo un diagrama de flujo del proceso. Un diagrama de flujo del proceso es un diagrama de la secuencia de operaciones que son llevadas a cabo para producir el producto o servicio de una empresa. Una vez identificado el diagrama de flujo de nuestro proceso productivo, podemos decidir cuáles son los índices de productividad que nos interesa calcular, para lo cual podemos considerar los factores de producción más importantes. Los factores más importantes caen en alguna de las siguientes categorías: materia prima, mano de obra, depreciación y gastos generales. Con esta información, podemos construir una tabla de los consumos, para el periodo de producción más adecuado

2.4.15. Utilidad de los indicadores de productividad. Los índices de productividad se pueden usar para comparar la productividad de un negocio con la de los competidores, esto es, para saber si en la empresa se hace una

buena administración de los recursos con respecto a la competencia. Los índices de productividad permiten al administrador controlar el desempeño de la empresa, en particular, para detectar algún cambio en la productividad de la empresa. Los índices de productividad pueden usarse para comparar los beneficios relativos que pueden obtenerse con algún cambio en la utilización de los factores de producción, por ejemplo, la compra de un nuevo equipo, o la utilización de materia prima diferente.

2.4.16. Diagnóstico de la situación actual

2.4.16.1. Análisis de la situación externa. Para emprender en un proceso de mejora continua, es necesario conocer en dónde nos encontramos, cual es nuestra situación actual desde el punto de vista externo al instituto, como al interior de la organización. Para llegar a establecer esta realidad, podemos emplear algunos métodos. En el aspecto externo, lo examinamos desde el entorno próximo y desde el entorno remoto; en ambos casos analizamos algunos factores que inciden en la organización, convirtiéndose en oportunidades o amenazas.(4)

2.4.16.2. El entorno próximo. Como entorno próximo se consideran a los factores externos que rodean la organización, sobre los cuales de alguna manera sí se puede influir. Estos factores son: Proveedores, Clientes, Competencia

2.4.16.3.1. Proveedores: Un proveedor puede ser una persona o una empresa que abastece a otras empresas con existencias (artículos), los cuales serán transformados para venderlos posteriormente o directamente se compran para su venta. Estas existencias adquiridas están dirigidas directamente a la actividad o negocio principal de la empresa que compra esos elementos. En el caso del instituto y de su servicio de consulta forense, los proveedores constituyen aquellas empresas que proveen de los productos necesarios que permiten brindar el servicio forense, productos como: equipo médico, insumos. Dentro de los procesos internos del instituto, también existen proveedores que permiten brindar los servicios de consulta externa, tales como el departamento

de Estadística, que nos facilita algunos datos de los usuarios, los departamentos o servicios de laboratorio, rayos x, que nos facilitan los exámenes y sus resultados para que los médicos puedan diagnosticar e emitir conclusiones periciales. Pero en una entidad de servicios y pública como el instituto, en qué influyen los proveedores; aparentemente en nada, pero son muy importantes por cuanto de la calidad de los insumos, materiales, equipo y reactivos forense, resultados de los análisis, depende un buen servicio forense. No podemos siquiera imaginarnos que sucedería si se adquieren medicinas en mal estado o los resultados de los laboratorios son equivocados. Nuestros clientes, así denominados a las personas que acuden al instituto y al servicio de medicina forense por una necesidad de justicia, valoran mucho la calidad de insumos, equipos, pericias que recibe en su atención.

2.4.16.3.2. Clientes. Anteriormente ya definimos lo que es cliente y lo separamos en interno y externo. Para el caso del servicio de medicina forense y para el instituto, es muy importante identificar y conocer a nuestros clientes.

2.4.16.3.3. La competencia. Se entiende por competencia a las personas u organizaciones que ofrecen productos o bienes similares o sustitutos. En nuestro caso son todas las entidades públicas y privadas que ofrecen los servicios periciales mediante la consulta forense.

2.4.17. Análisis de la situación interna. El análisis interno podemos enfocarlo analizando los siguientes factores. (3).

2.4.17. 1. Planificación Operacional: Los planes operativos son aquellos que se formulan a corto plazo, es decir son menores a un año e incluyen objetivos y metas a cumplir en ese período. La planificación operacional tiene que estar en relación con el plan de gobierno, sus objetivos, metas, estrategias deben estar en línea con las directrices planteadas desde el gobierno. En el caso del instituto, se elaboró el plan estratégico 2020-2025; en el cual, entre otros, se planteó el siguiente objetivo: Mejorar la calidad de las prestaciones forenses y acceso a la justicia.(4)

2.4.17. 2. Organización Administrativa: La organización del instituto se encuentra definida en el organigrama. Para el caso del servicio de medicina forense, éste se encuentra bajo la dependencia directa del enlace departamental y está conformada por divisiones.(4)

2.4.17. 3. Administración de Personal: El instituto cuenta con un departamento de Talento Humano y la administración de personal está sujeta a las disposiciones contenidas en la actual Ley del Servicio Público y a las emanadas por el Ministerio de Relaciones Laborales.

2.4.17. 4. Administración de Bienes y Servicios: El sistema de administración de bienes está sujeto a disposiciones legales que rigen para el sector público, como la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Contratación Pública.

2.4.17. 5. Administración Financiera: Para la administración financiera la entidad cuenta con el departamento financiero integrado por: Contabilidad, Presupuesto. Utiliza herramientas de gestión financiera, que consiste en un sistema informático de aplicación obligatoria en las entidades del gobierno central.

2.4.17. 6. La matriz insumo-proceso-producto. Es una matriz que se utiliza para resumir e identificar con claridad los resultados del análisis interno de la entidad. En el presente caso, la matriz resultante para el área de consulta externa es la siguiente:

PROVEEDOR	INSUMOS	PROCESO	PRODUCTO	CLIENTE
Población de la ciudad de La Paz	Usuarios	El proceso del servicio de consulta forense	Usuario satisfecho por el servicio recibido	Ciudadanía en general
proveedores de equipos e insumos forense	Personal administrativo y de servicios	se describe en el flujograma Institucional		
	Infraestructura física			
	Equipos e insumos forenses			

2.4.18. Aplicación de la matriz FODA. La matriz FODA, Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, es una herramienta que utilizan los administradores de una organización, para analizar su situación interna y externa con el objeto de adoptar estrategias que permitan aprovechar sus fortalezas y oportunidades y disminuir, eliminar o superar sus debilidades y amenazas. Para el caso del instituto y del servicio de medicina forense, el análisis FODA será del resultante de reuniones y entrevistas con los administradores y personal forense, así como de las encuestas aplicadas.

2.4.19. Encuestas a los clientes internos y externos. Para conocer lo que piensan y el criterio que tienen los clientes externos, sobre el servicio *de medicina forense que brinda el instituto, se elaborara encuesta*, en el cual además se identifican las oportunidades de mejora.

2.4.20. Flujograma del proceso de consulta externa. Como definición, el flujograma es un conjunto de símbolos convencionales que se utilizan para representar o describir procesos. En el caso del servicio de medicina forense del instituto, no está establecido el flujograma, urge identificar tiempos de demora en los diversos procesos, los cuales se pretenden mejorar.

2.4.21. Aplicación de indicadores. Los indicadores son herramientas que permiten medir el cumplimiento de objetivos y metas y básicamente pueden ser cualitativos y cuantitativos. Condición imprescindible para el uso de los indicadores como una herramienta de administración, es la existencia de objetivos a ser medidos y evaluados. Generalmente se han utilizado indicadores financieros, por ser los más conocidos; sin embargo, el uso de indicadores en las diferentes áreas de administración, hace posible cuantificar y medir la gestión de una organización y de sus líderes. El uso de indicadores no financieros ha dado origen al denominado cuadro de mando integral en la organización que implica unir el control operativo a corto plazo con la visión y la estrategia a largo plazo.

2.4.21.1. Indicadores Cualitativos: Son aquellos que no son mensurables y generalmente se expresan en términos de logrado, no logrado, describen procesos, actitudes y se relacionan con la calidad del servicio o producto.

2.4.21.2. Indicadores Cuantitativos: Son indicadores que se expresan en números, cantidades, porcentajes y están relacionados con la eficacia y eficiencia. En base a las encuestas y a la observación realizada, se plantearán indicadores que servirán para conocer el estado actual y punto de referencia para medir y comparar la mejora conseguida con el proceso propuesto en consulta externa. Es importante determinar con claridad los “cuellos de botella” que existen en el proceso, las oportunidades de mejora y propondremos el plan de acción a la entidad.

2.4.22. Identificación de las oportunidades de mejora

2.4.22.1. Uso de herramientas de mejora continua. Es importante emprender en el proceso de mejoramiento de la calidad, por tanto, se denotan las oportunidades de mejora, constituyéndose en un aporte al instituto y sus procesos. Se hará uso de las encuestas para determinar los problemas que afectan al área de medicina forense, y de esta manera se obtiene una visión clara de los mismo la cual permite hacer uso de las herramientas de mejora continua, y poder identificar cuáles son las causas y consecuencias que conlleva estos problemas.(4)(16).

También se realizará una encuesta a los clientes externos de los servicios de medicina forense, esto se basa en un muestreo por saturación, el mismo que se trata de una técnica no probabilística, y en donde se entrevistaron secuencialmente a un gran número de personas, hasta que las respuestas se vuelvan repetitivas. (17) (12)(3).

2.4.22.2. Identificación de las oportunidades de mejora. Se realizará el levantamiento de datos determinando varios parámetros dignos de mejorar o regular con mayor precisión.

2.4.22.3. Aplicación de las herramientas de mejora continua. Una vez identificados los problemas que se desarrollan en el área de medicina forense, será necesario utilizar herramientas que nos permitan obtener el origen de los problemas y como poder mejorarlos.

2.4.22.3.1. Lista de verificación. Esta herramienta será utilizada para identificar el desempeño del proceso, ejemplo en la entrega de turnos, realizando una lista para verificar si se siguen procedimientos ordenados. Su construcción está basada en la técnica investigativa de la observación, obteniendo los siguientes datos: Se puede observar que este proceso no tiene un orden establecido para cumplirlo con un buen rendimiento. Esta herramienta ayuda a ver en donde existen situaciones en las que se pueda mejorar.

2.4.22.3.2. El diagrama Causa-Efecto. Con esta herramienta analizaremos un problema, fenómeno, evento o situación que se planteó anteriormente, de este modo se realiza un análisis de las causas por las que se origina dicho problema y las cuales pueden orientar correctamente a la solución de estas causas. **Ejemplo.** Los pacientes hacen largas colas y muchas esperas para obtener un turno esto se debe a la falta de horarios de algunos doctores, por lo tanto, el cliente se ve en la necesidad de madrugar para no perder el turno; por ejemplo, hay doctores que atienden únicamente 3 horas en el instituto, es por eso que se ha remarcado con azul los problemas que se creen son causas fuertes que dan origen al problema planteado.

2.4.22.3.3. Árbol de Problemas. La siguiente herramienta se la utilizara para verificar si las causas antes mencionadas son las que generan el problema y al mismo tiempo identificar los efectos. El actual diagrama muestra una idea clara a que puntos debemos atacar y de esta forma replantear el proceso y buscar mejoras.

2.4.22.3.4. El diagrama de Pareto. Las herramientas anteriores han logrado que se tenga una mejor perspectiva de los problemas que actualmente existen, ejemplo, la deficiencia en la entrega de turnos, la falta de información, la desorganización, falta de manuales de procedimientos, y la falta de tiempo de atención por parte de los doctores. Para poder atacar dichos problemas se debe priorizar cuales son los que tienen una mayor incidencia sobre el deficiente sistema. El diagrama de Pareto es una herramienta que ayuda a ver los problemas como pocos vitales y los muchos triviales, haciendo de esta manera que logre percibir cuales son aquellos en los que se debe poner mayor atención.

2.4.22.3.5. Identificación de cuellos de botella. Para analizar las restricciones dentro de este sistema, se ha utilizado los 5 pasos de la teoría de las restricciones propuesto en el libro, “La Meta” de Eliyahu M. Goldratt; Este libro es una filosofía holística, aplicada para manejar y mejorar una organización. Está constituida por herramientas de resolución de problemas y para la toma de decisiones. Los pasos a seguir son: 1. Identificar la restricción del sistema 2. Explotar la restricción 3. Subordinar las decisiones a la restricción 4. Elevar la restricción 5. Volver al paso 1.

2.4.22.3.5.1. Identificar la restricción del sistema: El instituto no está exento de tener cuellos de botella por ejemplo se pueden encontrar en normas y practicas actuales, actitud de los empleados en los procesos, y algunos otros aspectos que limitan el proceso normal de la organización. En este caso nuestra restricción es la falta de capacidad de atención al número total de pacientes en el IDIF, por la inhabilidad en la entrega de turno.

2.4.22.3.5.2. Explotar la restricción: Con la restricción o cuello de botella encontrada, la idea es de explotarla o sacarle provecho tanto como sea posible, instalando nuevos métodos para que esta sea más benéfica con el sistema. En la restricción encontrada una solución es nuevos horarios de atención unificada dentro del instituto, de esta manera se logrará mayor capacidad en la atención a los usuarios. Otra manera es organizar los

horarios y dejar en días específicos cada tipo de área a tratar, de esta manera habrá muchas personas que no tendrán que ir en vano al instituto.

2.4.22.3.5.3. Subordinar las decisiones a la restricción: Todas las decisiones que tomemos en el instituto, deben ser sometidas a los nuevos métodos puestos en el cuello de botella. De esta manera lograremos que las entradas y salidas de la restricción sean más eficientes. Es decir, los procesos de entrega de turnos, de estadística deben estar al ritmo de las decisiones de la restricción para que estos se conviertan en un apoyo a la misma.

2.4.22.3.5.4. Elevar la restricción: Realizar todos los procedimientos anteriores nos ayuden a resolver el problema de cuello de botella, sin embargo, es necesario tener y observar el panorama total del sistema para asegurarse que se esté gestionando bien la restricción. La restricción es probable que haya desaparecido con todos los cambios propuestos, pero esto no significa que el proceso de mejora continua se haya terminado.

2.4.22.3.5.5. Volver al paso 1: Una vez superada la restricción, es necesario realizar todos estos procesos o pasos nuevamente ya que el cuello de botella puede alojarse en alguna otra etapa del sistema es por eso que el proceso de mejora continua indica que no se debe permitir que la inercia penetre en una organización.

2.4.23. Mejoramiento continuo

2.4.23.1. Planteamiento de indicadores. Los indicadores son herramientas que se utilizan para medir la gestión de una empresa, departamento o proceso. Los indicadores serán importantes en la medida en que nos permitan medir el cumplimiento de los objetivos y metas e interpretar sus resultados a través de los análisis vertical y horizontal, puesto que un indicador por sí sólo no indica nada.(18).

2.4.23.1.1. Análisis horizontal: Los resultados son comparados con datos de años anteriores o con empresas o entidades similares, si se dispone de esos datos.

2.4.23.1.2. Análisis vertical: Los resultados son analizados al interior de la empresa, su representatividad, importancia o impacto en la organización y en la consecución de sus objetivos.

2.4.24. Tablero de control. El Cuadro de Mando Integral tiene su aparición a principios de los años 90, a raíz de los estudios realizados por Kaplan & Norton en un grupo de empresas en la década de los años "80, buscando nuevas formas de evaluar el desempeño empresarial. La gran aplicación de esta herramienta no radica, precisamente, en la combinación de indicadores financieros y no financieros, pues durante la revolución de la Dirección Científica a principios del siglo XX, ingenieros en empresas innovadoras habían desarrollado tableros de control con la combinación de estos indicadores; por lo tanto, según Dávila (1999), "es una idea con cien años de antigüedad". La idea de combinarlos para realizar el seguimiento de los procesos estratégicos tiene casi la misma edad que el concepto de estrategia; es decir, unos 40 años. De manera que, lo novedoso del Cuadro de Mando Integral es, exactamente, el modo como se seleccionan, determina e interrelacionan los mencionados indicadores.(3).

En este sentido traduce la estrategia y la misión de una organización en un amplio conjunto de medidas de actuación, que proporcionan la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición estratégica. Se enfocan desde cuatro perspectivas diferentes, las mismas que pueden cambiar o acoplarse a diferentes realidades:

2.4.24.1. Financieras: los indicadores financieros resumen las consecuencias económicas, fácilmente mensurables, de acciones que ya se han realizado. Si los objetivos son el crecimiento de ventas o generación de cash flow se relacionan con medidas de rentabilidad como por ejemplo los ingresos de explotación, los rendimientos del capital empleado, o el valor

añadido económico. En nuestro caso se ha tomado la dimensión de la calidad del servicio entregado por el instituto hacia sus usuarios. Por lo que se plantean indicadores propios para la medición de esta dimensión.

2.4.24.2. Clientes: identificados los segmentos de clientes y de mercado en los que competirá la unidad de negocio y las medidas de actuación para ello, entre los indicadores se incluye la satisfacción del cliente, la retención de clientes, la adquisición de nuevos clientes, la rentabilidad del cliente y la cuota de mercado en los segmentos seleccionados. Para nuestro caso, se optimiza el escenario, enfocándolo hacia el usuario interno y usuario externo (9).

2.4.24.3. Procesos internos: se identifican los procesos críticos que permitan a la unidad de negocio entregar las propuestas de valor que atraerán y retendrán a los clientes de los segmentos seleccionados y satisfacer las expectativas de excelentes rendimientos financieros de los accionistas. Bajo el enfoque del Cuadro de Mando Integral se acostumbra a identificar procesos totalmente nuevos y no solo mejorar los existentes que representan el ciclo corto de la creación de valor.

2.4.24.4. Formación y crecimiento: Identifica la estructura que la organización debe construir para crear una mejora y crecimiento a largo plazo. Sus fuentes principales son las personas, los sistemas y los procedimientos de la organización. Las medidas basadas en los empleados incluyen la satisfacción, retención entrenamiento y habilidades de los empleados. Los sistemas de información pueden medirse a través de la disponibilidad en tiempo real de la información fiable y oportuna para facilitar la toma de decisiones. El Cuadro de mando integral ha resultado en una efectiva forma de gestionar, medir y direccionar las decisiones institucionales. En modelo más importante en el sector público sería la del Cliente porque esa es la razón de ser de la entidad pública, en nuestro caso del IDIF LA PAZ y en particular del Servicio de medicina forense, los usuarios externos y los usuarios internos.

2.4.25. Propuesta del plan de acción

2.4.25.1. El Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Calidad es un componente del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud individuales y colectivos cuyo objetivo ulterior es coadyuvar en la instauración de una cultura de supervisión, seguimiento y calificación de la atención en salud a fin de determinar si es entregada con el nivel de calidad definido en las normas, si satisface las expectativas de los usuarios y mejora las condiciones de acceso a la justicia de la población (13)(19) (20).

2.4.25.2. La Evaluación, es un proceso mediante el cual se observa, recoge y analiza información relevante sobre las actividades, con la finalidad de reflexionar, emitir juicios de valor y tomar decisiones oportunas y pertinentes para mejorar los procesos que se están desarrollando en el servicio por lo menos una vez por año o de acuerdo a programación. Este proceso de evaluación involucra pasos fundamentales para llegar a una calidad del servicio como: la auto evaluación, evaluación externa, acta de compromisos y la acreditación como corresponde, con el fin de hacer juicios, mejorar la eficacia, o identificar las lecciones aprendidas. La evaluación de la actividad forense debe basarse, fundamentalmente, en el control y mejora de la calidad. El control de calidad es una operación basada en la información que mide la calidad real y la compara con unos estándares con la intención de detectar las desviaciones y conocer la causa de los problemas, para así implantar la acción correctora que acerque la situación a los niveles que se pretenden. Los procedimientos utilizados para examinar el proceso asistencial se basan en las auditorías, las cuales consisten en la evaluación retrospectiva de la calidad por parte de grupos de profesionales expertos, generalmente del propio Centro (auditorías internas). El proceso de evaluación del Plan de Calidad incluye un completo sistema de seguimiento y control de los indicadores de calidad, con la intención final de aplicar la consecuente retroacción sobre los procesos para conseguir la mejora continua de la calidad asistencial.(21).

2.4.25.3. Niveles de evaluación de la calidad en el campo de la salud aplicado al campo forense. La calidad de la atención médica es producto de la interacción que guardan los requisitos legales, administrativos, deontológicos y éticos de la práctica clínica, y las obligaciones institucionales para la prestación de los servicios de salud, comparados con los resultados de las evaluaciones realizadas por los usuarios de dichos servicios. El primer nivel de evaluación considera la calidad desde un enfoque integral, donde se incluya la medición y el logro de las políticas, planes o proyectos institucionales. En el segundo nivel, el enfoque reconocido para su implantación es de evaluación de la estructura, proceso y resultado, que permite identificar fortalezas y debilidades en la prestación de la atención médica con que cuenta la población. En el tercer nivel de abordaje se medirá la calidad de un servicio de salud para un problema específico, es decir, ante la posible falla, error u omisión en la prestación del servicio médico hacia un usuario en particular.

Alrededor de todo el campo de conocimiento que provee la evaluación de la calidad de la atención, gira la seguridad de los pacientes, definida como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Su aseguramiento involucra el establecimiento de sistemas y procesos que buscan minimizar la probabilidad de cometer errores en ese proceso, los mismos conceptos se aplicara en los servicios forenses.

2.4.25.4. El monitoreo, El monitoreo implica la recolección permanente de información sobre las actividades y el funcionamiento de un servicio. Esta información se utiliza para determinar lo que la unidad de calidad está haciendo y si las actividades se están cumpliendo. Es una función que busca conocer cómo se están desarrollando las actividades y tareas definidas de la planificación operativa y si estas están cumpliendo con las metas diseñadas en los plazos previstos con los recursos asignados, será desarrollado por cada uno de los profesionales responsables de cada área

de trabajo; es un proceso que debe ser aplicado permanentemente (mensual), para llevar el seguimiento de la ejecución de actividades programados en el POA. El objetivo del monitoreo es producir información, que posibilite tomar medidas correctivas para mejorar la eficacia y la eficiencia del Plan Operativo.

La monitorización es la medición sistemática y planificada de indicadores de calidad. Esta actividad tiene como objetivo identificar la existencia de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir. La monitorización de indicadores de calidad sirve como complemento a la evaluación de los objetivos comunes. Su utilidad ha sido demostrada en diferentes programas de evaluación de indicadores.(1).

Estos indicadores miden aspectos de la asistencia forense con impacto en la calidad, y permiten comparar los resultados entre los distintos institutos y entre distintas divisiones- Aunque su monitorización tiene ciertas limitaciones metodológicas, algunos resultados muy desviados de la media permiten detectar problemas no conocidos e implantar acciones de mejora para solucionarlos. Algunos son indicadores clínicos y otros evalúan la adecuación de la atención forense.

2.4.25.5. Monitoreo y Evaluación de la Calidad de los Servicios Forenses. El monitoreo de la calidad de los servicios forenses implica la recolección de información sobre el cumplimiento, por parte de los proveedores de servicios forenses, de los **estándares contenidos en las normas emitidas por la máxima autoridad en ciencias forenses**, con la finalidad de utilizar la información en la elaboración e implementación de planes de mejora. Por su parte, la evaluación permitirá conocer si el cumplimiento de los estándares se traduce en mejores resultados en la atención forense de la población usuaria de los servicios. Con relación a la **Organización operativa para el monitoreo.** La metodología de monitoreo como base de la Mejora Continua de la Calidad de la Atención Forense, impulsa el trabajo en equipo y la toma de decisiones sustentadas en

información confiable y oportuna, centra los esfuerzos en la satisfacción de los usuarios y en las necesidades de la población, y fomenta el compromiso de los trabajadores en la planeación y administración local de servicios, así como en la importancia de los programas de motivación y reconocimiento al mérito de los trabajadores, esta implícito la gestión de la calidad, que se definirá como “el conjunto de acciones encaminadas a planificar, organizar, ejecutar y controlar las funciones implicadas en el desarrollo de la calidad en las diferentes estructuras de las instituciones de salud del país”.(13)(22)

3. Relación del proyecto de intervención con lineamientos de la política pública

3.1. La constitución política del estado, en su artículo 35 señala:” i. el estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud”. En el artículo 36 establece: “ii. el estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley”. el artículo 39 determina en el inciso i. “el estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley. el inciso ii establece: La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica”. Constitución Política del Estado Art. 158, señala que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano, protegiendo la salud de la población y propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar (23) (24) (24) (25)(26).

3.2. Código de Salud Decreto Ley N° 15629 del 18 de Julio 1978, de las disposiciones generales: Art. 2. La Salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la Salud del individuo, la familia y la población en su totalidad (27)(23)(26).

3.3. El INASES con el Decreto Supremo N° 23716 del 15 de enero 1994 Decreto de Creación, D.S. N° 25798 del 02 de junio 2000 establece su Misión: “tiene la competencia de Fiscalizar el Sistema Nacional de Seguros de Salud”, con atribución general de la evaluación y supervisión sobre los Entes Gestores, y el D.S. 28813 del 24 de julio 2006 decreto de adecuación que establece, hacer cumplir los principios de eficiencia, economía, suficiencia y oportunidad en los regímenes de corto plazo, riesgos profesionales de corto plazo y asignaciones familiares de seguridad social. Ejercerá las facultades de controlar y fiscalizar el

cumplimiento de las Políticas y las Normas que establezca el Ministerio de Salud y Deportes.(26)

3.4. Ley 1178 Ley de Administración y Control Gubernamentales del 20 de julio 1990. Art. 1. La presente Ley regula los Sistemas de Administración y de control de los recursos del Estado y su regulación con los Sistemas Nacionales de Planificación e Inversión Pública, con el objeto de: a) Programar, organizar, ejecutar y controlar la captación y el uso eficaz y eficiente de los recursos públicos para el ajuste y cumplimiento oportuno de las políticas, los programas, la prestación de servicios y los proyectos del sector público.(23)(24)(26).

El Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 – 2020 determina las principales políticas y lineamientos estratégicos en salud, que es la Calidad de Servicios de Salud.

De acuerdo al Plan Sectorial de Salud “La calidad de los servicios de salud responsabiliza y compromete a las instituciones, establecimientos y servicios de salud de los cuatro niveles de atención para la adecuada aplicación de su capacidad resolutoria, conocimientos y tecnologías disponibles, a fin de garantizar el buen trato y la resolución efectiva de las necesidades y expectativas en salud de la persona, familia y comunidad.

El pilar N° 3 del Plan Sectorial tiene como meta el Acceso al Servicio de Salud Universal; entre sus acciones están la implementación de la Autoridad de Supervisión y Fiscalización de Salud y la acreditación de establecimientos de salud.(26).

3.5. La Ley N° 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización, en su artículo 81, asigna competencias en salud a Gobiernos departamentales autónomos, entre ellos: k) Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con el municipio. ñ) Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados,

sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.(9)(26).

Asimismo, el Decreto Supremo N° 25233 de 27 noviembre de 1998 – Modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud, en su Artículo 3 (Misión Institucional) menciona que el SEDES, en cada departamento, tiene como misión fundamental ejercer como Autoridad de Salud en el ámbito departamental; establecer, controlar y evaluar permanentemente la situación de salud en el Departamento; promover la demanda de salud y planificar, coordinar, supervisar y evaluar su oferta; velar por la calidad de los servicios de salud a cargo de prestadores públicos y privados.

3.6. La Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico, reglamentada mediante Decreto Supremo N° 28562, establece el marco jurídico que propicia una relación equilibrada médico-paciente, institucionaliza la Auditoria Medica en los ámbitos del acto médico y la gestión de la calidad en los establecimientos de salud (24)(26).

3.7. Resolución Ministerial 0090/08, se pusieron en vigencia nuevos instrumentos de calidad en salud: Base para la organización del Programa Nacional de Calidad, Manual y norma técnica de Auditoria Médica, Norma del Expediente Clínico, Guía Básica de Conducta Médico Sanitaria, Obtención del Consentimiento Informado, Manuales y Guías de Acreditación; a través de estas normas, se busca mayor y mejor ordenamiento de los servicios de salud, además del mejoramiento de la calidad, para responder a las necesidades y demanda de la población y del personal de salud. Los mismos que se tomaran en cuenta y se adaptaran a los servicios forenses (9)(26).

3.8. En 2017 por Decreto Supremo N° 3091, se crea la Autoridad de Fiscalización y Control del Sistema Nacional de Salud (ASINSA) cuya finalidad es lograr el cumplimiento de las políticas y normativas nacionales de salud a fin de que se brinde atención de salud con calidad a toda la población. Son atribuciones de la autoridad fiscalizar y controlar al Sistema Nacional de Salud, controlar la correcta prestación de los servicios de salud, evaluar la calidad de los servicios otorgados por los establecimientos de salud, garantizar y defender los derechos

del usuario de los servicios de salud; sancionar a las entidades del Sistema Nacional de Salud que incumplan con la normativa vigente; realizar control y fiscalización administrativa financiera a todo el Sistema Nacional de Salud, implementar, fomentar y controlar el sistema de gestión de la calidad de atención. Debido a observaciones del sector profesional en salud por la duplicidad de funciones que se generaba por la creación de la instancia mencionada, el Gobierno nacional abrogó el Decreto Supremo que determinaba la creación de la ASINSA.(26).

Por lo tanto, no existe normativa nacional de respaldo que oriente un proceso de cambio y mejora sostenida en la atención de los servicios forenses, este tema se constituye en una prioridad para los diferentes niveles del Estado y un reto para el personal forense, la apropiación de una nueva cultura organizacional para demostrar calidad reconocida interna y externamente, sin embargo, debemos tomar en cuenta con relación a la gestión de calidad en el IDIF:

La constitución política del Estado (CPE), la Ley Orgánica del ministerio público N. 260 (LOMP), el código penal (CP), el código de procedimiento penal (CPP), el código de familia y del proceso familiar, la ley integral contra la trata y tráfico de personas, (ley N. 263), la ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia (ley 348), la ley de abreviación procesal penal y de fortalecimiento de la lucha integral contra la violencia a niños niñas y adolescentes y mujeres (ley 1173) Considerando que, el artículo 15.1 de la constitución política del Estado en relación a los derechos fundamentales que consagran en su texto señala que toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica, y sexual. nadie será torturado ni sufrir a tratos crueles inhumanos, degradantes, o humillantes, el párrafo II que, todas las personas, en particular mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad y el párrafo III, que el estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional, así como toda acción u omisión que tenga por

objeto degradar la condición humana causar muerte, dolor y sufrimiento físico sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado.

Por otra parte, dicha Norma Suprema establece en su artículo 225.1 y II, que el Ministerio Público tiene como atribución constitucional defender la legalidad, los intereses generales de la sociedad y ejerce la acción penal pública, cumpliendo sus funciones de acuerdo a los principios de legalidad, oportunidad, objetividad responsabilidad, autonomía unidad y jerarquía, en concordancia con lo expresado el artículo 3 de la Ley Orgánica del ministerio público prevé que la finalidad del ministerio público es defender la legalidad y los intereses generales de la sociedad, ejerce la acción penal pública e interponer otras acciones.

El artículo 75 del código de procedimiento penal, modificado por la ley 1173, establece el, instituto de investigaciones forenses (IDIF) como un órgano dependiente administrativa y financieramente de la fiscalía general del estado. Asimismo, el artículo 83 de la Ley Orgánica del Ministerio Público señala al I.D.I.F., como la institución encargada de realizar los estudios científicos técnicos laboratoriales requeridos para la investigación de los delitos por el Ministerio Público y que igualmente, se encarga de los estudios científicos técnicos para la comprobación de otros hechos encomendados por orden judicial.

El I.D.I.F., entre sus funciones señaladas en el artículo 85 de la Ley Orgánica del ministerio público en su numeral 1 prevé la de practicar las pericias, análisis y exámenes científicos técnicos y de laboratorio, y realizar estudios forenses que sean solicitados por la o el fiscal y/o encomendadas por orden judicial y en su numeral 6 asegurar que en la cadena de custodia, los indicios o elementos probatorios que le sean entregados no se contaminen, extravíen, alteren y o deterioren bajo responsabilidad.

Considerando Qué, La ley de abreviación procesal penal y de fortalecimiento de lucha integral contra la violencia a niños niñas adolescentes y mujeres (ley 1173), establece en su artículo 1 que tiene por objeto procurar la pronta y oportuna resolución de los conflictos penales, adoptando al efecto, medidas indispensables para profundizar la oralidad, fortalecer la lucha contra la violencia a niñas niños

adolescentes y mujeres, evitar el retardo procesal y el abuso de la detención preventiva y posibilitar la efectiva tutela judicial de las víctimas, mediante la modificación de la ley 1 970 de 25 de marzo de 1999.

Igualmente, la disposición transitoria décima octava de la ley antes indicada, prescribe que, en el plazo máximo de 90 días a partir de la publicación de la presente ley, todas las instancias, tanto administrativas como jurisdiccionales y ministerios públicos, involucrados en la atención integral para garantizar a las niñas, niños, adolescentes y mujeres una vida libre de violencia, deberán actualizar y aprobar guías y protocolos de actuación forense.

3.9. El Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 – 2020, del ministerio público, determina que las principales políticas y lineamientos estratégicos para ejercer las funciones de investigar los delitos de acción pública y promover la persecución penal ante los tribunales, implementando el Formulario Único de Denuncias (FUD) en la plataforma de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen (FELCC) para el registro de denuncias escritas y verbales mediante **el Sistema Electrónico Justicia Libre (JL.1)** que interopera entre el Ministerio Público, la Policía y el Órgano judicial. El objetivo del sistema Justicia Libre JL.1 del Ministerio Público, en cumplimiento a la Ley N° 1173, es que desaparezca el papel, que todo actuado se realice de manera digital, también la implementación de la **“Fiscalía Especializada en Delitos contra la Vida e Integridad Personal”**, que permitirá una investigación ágil y eficaz para reducir la impunidad de casos de muertes violentas con especial atención en casos de Femicidios e Infanticidios, que contará con personal especializado y el **"portafolio digital del caso"**, una herramienta que permitirá a las partes de un proceso judicial realizar el seguimiento de sus casos a través de internet, que permite acceder a toda la información general del proceso, los delitos, sujetos procesales y todas las actuaciones realizadas”. Además de **"solicitudes electrónicas"**, por lo que ya no será necesario que las partes presenten memoriales físicos, sino que podrán enviar sus solicitudes, peticiones y otros a través de este sistema. La Fiscalía General, en cumplimiento a la Ley 1173 de

Abreviación Procesal Penal, diseño un nuevo Sistema Electrónico de Gestión de Causas Penales denominado Justicia Libre (JL.1), que entro en vigencia, para brindar un servicio de calidad al público litigante y luchar contra la corrupción.(28).

Se describen los desafíos que deben afrontarse respecto a la Gestión del talento humano, el uso y aprovechamiento de tecnología, el ejercicio de los derechos y deberes de los usuarios, la capacidad Instalada y resolutive del sistema de justicia y el Plan Nacional de Acceso de justicia Libre(26).

De acuerdo al Plan Sectorial del Ministerio Público, brindara servicios con calidad y calidez, que sea más eficaz, y eficiente en las investigaciones y en el procesamiento de delitos, transformando la justicia penal y la mejora cualitativa de las políticas de persecución penal, sistemas de análisis de datos, modelo de gestión fiscal por resultados, atención y sanción de la violencia en razón a género, medidas cautelares, salidas alternativas, protección y atención a víctimas, así como el establecimiento de mecanismos de diálogo y coordinación con la sociedad civil, haciendo necesario realizar una reingeniería completa de los servicios de la institución, a fin de garantizar el buen trato y la resolución efectiva de las necesidades y expectativas en el acceso de justicia de la persona, familia y comunidad, con el objetivo de generar un modelo institucional que genere confianza en la población con el trabajo profesional. “El Fiscal General del Estado, Juan Lanchipa Ponce, manifestó que se espera desarrollar una permanente capacitación priorizando el buen trato y el respeto a la dignidad de las personas siendo los médicos los primeros en brindar una buena imagen ante las victimas con el buen trato”.

En las ciudades existen 09 fiscalías distritales dependientes de la Fiscalía General del Estado, quienes se encuentran trabajando en contacto directo con los médicos forenses del Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF), que son los encargados de la atención en peritajes y pruebas de especialidad.

El Instituto de investigaciones Forenses tiene una visión: Ser un Organismo técnico científico, independiente, imparcial y altamente especializado en la investigación y comprobación de los delitos, favoreciendo a la transparencia, confianza y efectividad de la administración de justicia. Y un objetivo: Garantizar la confiabilidad del análisis científico y técnico de las evidencias en los delitos perpetrados, de tal manera que contribuya a esclarecer los hechos, modos, autores y circunstancias en que se cometieron, estableciendo la verdad para y dentro del proceso penal.

Los servicios periciales es la unidad técnica y científica de la Fiscalía General del estado, con el carácter de auxiliar y bajo el mandato directo del Ministerio Público, coadyuva con este en la investigación y persecución de los delitos, además de auxiliar al Ministerio Público a buscar y obtener indicios y preservar las pruebas encontradas en los consultorios forenses, en la morgue judicial, en el lugar de los hechos o del hallazgo, con los que se busca la acreditación de elementos penales que determinen la probable responsabilidad del autor o autores, mediante procedimientos e instrumentos técnicos y científicos que fortalezcan la procuración de justicia por medio de dictámenes técnicos, respaldado por normas y protocolos oficiales nacionales o en su ausencia internacional (28).

El Plan Sectorial tiene como meta el Acceso al Servicio de Medicina Forense; entre sus acciones están la implementación de la Gestión de Calidad y la acreditación de establecimientos de salud.

Por Resolución FGE/JPL/DAU N. 186 /2019, se pusieron en vigencia nuevos instrumentos de calidad en los servicios de pericia forense: Base para la organización del proceso de acreditación, manual de procedimiento para la recepción de evidencias y Guía especializadas en medicina legal y ciencias forenses; a través de estas normas, se busca mayor y mejor ordenamiento de los

servicios de pericia forense, además del mejoramiento de la calidad, para responder a las necesidades y demanda de la población y del personal de peritos forenses.

Aun no se cuenta con una Autoridad de Fiscalización y Control del Sistema Nacional de Justicia, cuya finalidad deberá ser, el lograr el cumplimiento de las políticas y normativas nacionales de acceso a la justicia, a fin de que se brinde atención forense con calidad a toda la población. Serán su atribuciones de la autoridad fiscalizar y controlar al Sistema Nacional de Acceso a la Justicia, controlar la correcta prestación de los servicios de pericias forenses, evaluar la calidad de los servicios otorgados por el I.D.I.F., garantizar y defender los derechos del usuario de los servicios forenses; sancionar a las entidades del Sistema Nacional de Acceso a la Justicia que incumplan con las normas vigentes, implementar, fomentar y controlar el sistema de gestión de la calidad de atención otorgada por los recursos humanos de todo el Sistema Nacional de Justicia y proponer normas para la atención con calidad en pericias forenses al Ministerio Público, esta autoridad de control, se constituye en una prioridad para los diferentes niveles del Estado y un reto para el personal forense, la apropiación de una nueva cultura organizacional para demostrar calidad reconocida interna y externamente.(15)

4. Justificación del proyecto

Con el fin de lograr la mayor calidad en el trabajo desarrollado y prestar el mejor servicio a la Administración de Justicia y a la Sociedad, el Instituto de Investigaciones Forenses, afianzo su compromiso con la Calidad como elemento aglutinador de todos sus esfuerzos. Con estas premisas desarrollo e implanto un Sistema de Calidad dentro de su organización, cuyos objetivos fueron: se logró la fiabilidad garantizada de las determinaciones analíticas y estudios realizados. Se garantizo la confianza de sus usuarios (Administración de Justicia, a través de las autoridades judiciales, Ministerio Publico y Médicos Forenses, así como organismos o empresas públicas en cuestiones generales y particulares en el curso de procesos judiciales) en los resultados de los análisis que realizo. Se ha logrado la mejora continua en la eficacia del propio Sistema de Calidad también se ejerció sus funciones técnicas con un carácter independiente y de acuerdo con las reglas de la investigación científica pertinentes y su propio sistema de calidad, en continua evolución, para alcanzar estos objetivos (29).

Se ha logrado a continuación la acreditación, que confirmo la competencia técnica de los laboratorios y se garantizó la fiabilidad en los resultados de los ensayos o análisis, de acuerdo a la ISO vigente, se estableció los criterios generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración. Por otra parte, se ha promovido la entrada en vigor de normas legales, por el que se regulo la composición y funciones de una Comisión de la Calidad, que ha logrado implementar el sistema de gestión de la calidad con un enfoque de gestión de la calidad total en los servicios forenses, en su trabajo diario, aprobando la acreditación en cumplimiento de la ISO vigente. El informe pericial emitido por un servicio cuyo sistema de gestión está basado en una de las normas internacionales mencionadas y que ha sido reconocido, es decir, que ha sido acreditado, ha generado un alto grado de confianza en los resultados presentados.(30)

Se ha tomado decisiones en el desarrollo de las investigaciones de carácter judicial, en la rama, penal o cualquier otra, afectando una amplia gama de aspectos de la vida de las personas involucradas, que incluyen desde los meramente patrimoniales, hasta la afectación de sus derechos más fundamentales, como la libertad. Con frecuencia, estas decisiones se han basado en conocimientos técnicos especializados de los cuales estas autoridades judiciales carecen, por lo que han tenido que recurrir a peritos forenses, generalmente adscritos a un servicio forense, que, mediante análisis sustentados en la aplicación del método científico a los elementos materiales probatorios, generaron la información requerida, la cual se ha consignado en un informe pericial. Esto significa, que la vida de los involucrados en estas investigaciones judiciales han sido afectada por la información proporcionada por los servicios forenses (31).

Los servicios periciales para la administración de justicia, en lo que tiene que ver con las ciencias forenses bolivianas, se prestan por entidades gubernamentales principalmente: Fiscalía General del Estado -FGE a través del Instituto de Investigaciones Forenses -IDIF y la Policía Nacional a través de Instituto de Investigación Técnico Científico, IIDCUP y de manera muy limitada por la Defensoría del Pueblo. Solo en casos muy excepcionales, estos servicios son prestados por peritos particulares. Por otra parte, algunas entidades gubernamentales tales como Universidades, prestan su apoyo para resolver solicitudes específicas que tienen que ver con sus áreas de conocimiento.(32).

Las razones mencionadas en el primer párrafo, condujeron a la comunidad científica forense, a la adopción de sistemas de gestión de la calidad para la prestación de los servicios que la ciencia forense pone a disposición de la administración de justicia, haciendo uso de los modelos de gestión basados en normas internacionales de amplia aceptación como lo son la ISO, resultando una exigencia de la comunidad científica forense internacional con el fin de aumentar la confiabilidad de los resultados emitidos por los laboratorios forenses y los servicios periciales forenses(33).

5. Análisis del problema

El Instituto de investigaciones Forenses, en el plan estratégico 2018 – 2022 “Servicio Forense Efectivo” definió los objetivos y lineamientos estratégicos que marcaran el rumbo de la institución en los próximos años, a pesar de esto, no existe una directriz en la cual la alta dirección establezca cuales objetivos serán el foco para cada año y cada región, por lo anterior, cada unidad organizacional selecciona de acuerdo a su criterio desarrollar uno o varios objetivos estratégicos, que pueden ser diferentes a los que desarrolla otra unidad organizacional que pertenece a una misma región. Otro factor que incide en el cumplimiento de los objetivos del Instituto es que la organización ha hecho esfuerzos por capacitar, motivar y comprometer al personal directivo pero desde este nivel hacia la base de la estructura organizacional (unidades básicas) no se ha hecho la misma propagación de la información, por lo que en las unidades básicas que es donde se soporta la mayor carga misional del Instituto no se tiene claridad, sobre la utilidad y la importancia de cumplir los estándares de calidad y con los objetivos estratégicos definidos por la organización. Adicionalmente, la ausencia de un despliegue y alineación estratégica no permite evaluar el aporte que hace cada unidad de la estructura organizacional, a los objetivos estratégicos.(34)(35).

El Instituto de Investigaciones Forenses es el establecimiento público, que tiene como misión prestar auxilio y soporte científico y técnico a la administración de justicia y controlar y organizar el sistema de medicina legal y ciencias forenses en todo el territorio nacional, actividades que se encuentran enmarcadas en el Sistema Penal Oral Acusatorio, estas funciones le han permitido ocupar un lugar relevante en la administración de justicia, con el fin de establecer la verdad y así propiciar el restablecimiento de los derechos y la dignidad de los ciudadanos.(1).

Ante la creciente demanda de diferentes servicios que presta el Instituto, la entidad ha asumido estos retos generado directrices y lineamientos de atención enfocados en el respeto, honestidad y la transparencia y con énfasis en los derechos humanos, de los cuales son merecedoras especialmente las víctimas y sus familias que requieren nuestra atención. Para esta entidad, se deberá

fortalecer los mecanismos de planeación, contratación, control interno y control disciplinario interno, que permitirán generar credibilidad en todas las actuaciones de la entidad. En cumplimiento de su misión institucional los peritos de la entidad realizan análisis, acompañan a los fiscales en la preparación de casos y asisten a las audiencias públicas cuando son citados, por tanto, **la Clínica Médico Forense**, es un órgano auxiliar de la Administración de Justicia, es la encargada del examen de personas vivas, solicitado por la Autoridad Judicial, dentro de un proceso legal.

A diferencia de la práctica médica usual, en cada ocasión se extiende un documento que debe ser transcrito y enviado a la Autoridad Judicial o a la Fiscalía que requirió la valoración. Este documento, conocido como **Dictamen Médico Legal**, constituye el producto del proceso de trabajo de la Clínica Médico Forense y es de vital importancia dentro del proceso legal, pues debe contener no sólo la información médica usual, sino los requerimientos de la Autoridad Judicial competente, para que ella pueda pronunciarse. Para agilizar la ubicación de cada dictamen, en el expediente clínico médico legal de cada persona, se archiva copia de todas las valoraciones que ha requerido dentro de un mismo o de distintos procesos legales.(23)(35).

De tal forma que, aunque en realidad se evalúan pacientes, las valoraciones que aquí se realizan no se hacen de forma directa a solicitud de ellos, sino de las Autoridades que son quienes reciben el informe de la valoración realizada, convirtiendo a éstas últimas en sus verdaderos clientes.

En la actualidad se busca, de manera semejante al resto de servicios de salud, lograr la calidad de la atención que se brinda, no sólo por la medicina rápidamente cambiante, sino por las mejoras en el nivel educativo de la población en general.

Con tal fin se han instaurado normativas del contenido que debe tener cada Dictamen Médico Legal, dependiendo del asunto que se investigue, los cuales constituyen verdaderos protocolos de atención. Se busca de esta manera no sólo uniformar la información que se envía en cada caso a la Autoridad, sino que no se obvие la que podría resultar relevante al proceso, constituyéndose así en

herramientas de trabajo y elementos para la evaluación y mejora de la calidad formal.

Si se considera que **el Dictamen Médico Forense** es una herramienta de calidad de la atención al paciente en la Clínica Médico Forense, surge la interrogante de si éstos están cumpliendo con estándares de calidad y si se están elaborando de acuerdo con los protocolos establecidos para tal fin. Para la sociedad esto tiene trascendencia pues, con el incremento de la violencia, como problema de salud pública y de derechos humanos, la demanda del servicio ha aumentado no sólo en cantidad sino en la complejidad de los casos. Por lo cual, todos los ciudadanos que acuden a la Clínica Médico Forense, serían los beneficiados si mejora la calidad de la información que se envía a las Autoridades Judiciales. En la época actual, el desarrollo científico, el progreso industrial y el aumento del peligro de sufrir daño que tiene la sociedad en general, así como las ventajas que puedan ofrecer estos a otros individuos hacen que la peritación médico legal, sea día a día, más minuciosa y técnica, con el fin de adaptar la materia a los tiempos modernos. Un control de calidad eficaz de la atención al cliente de la Clínica Forense, permite prevenir demoras y gastos innecesarios de tiempo y recursos, así como le garantiza a cada ciudadano la buena y segura asistencia en la Administración de Justicia que la Autoridad Judicial efectúa sobre hechos médicos. Por otro lado, internamente permite obtener información imprescindible para la toma de decisiones administrativas, como necesidades de recursos humanos y materiales y de capacitación del recurso humano médico y administrativo(35).

Calidad en la pericia médica; Como se ha mencionado, en el peritaje médico legal la calidad es importante ya que en el informe que rinda el médico, ya sea oral o escrito, el inicial o el definitivo, se basará la Autoridad Judicial como elemento de prueba para dictar sentencia. De ahí que se requiera que sea lo más minucioso, completo y documentado posible.

Cuando se tiene mala calidad hay equivocaciones de todo tipo, retrocesos, desperdicios, retrasos en el servicio y frustración entre los empleados. Calidad es

el conjunto de propiedades y características de un producto que le confieren su aptitud para satisfacer necesidades expresadas (uso previsto) o implícitas (expectativas de los usuarios), cumplir con las especificaciones y normas aplicables y los requisitos legales pertinentes(35).

La calidad del trabajo médico legal es una exigencia ética y profesional, que incluye minuciosidad y aplicación de técnicas adecuadas y completas y objetividad en todo lo que sea posible, recogiendo la evidencia en forma presentable y que permita discusión e incluso pruebas contradictorias. El médico forense no debe eludir recoger indicios o datos que puedan ir contra sus presunciones o conclusiones(35).

Aun cuando los funcionarios, logren niveles de motivación altos y tengan disposición para cumplir con el trabajo, motivación y deseo no son suficientes, sino que deben disponer de herramientas para lograr hacer su trabajo eficientemente. Por lo que la calidad de la atención se define como el grado en que ésta se encuentra en relación con indicadores previamente establecidos que permiten medir el desempeño clínico y la satisfacción del paciente, pretendiendo que sea óptima.(28).

La elaboración de requisitos de calidad constituye un instrumento para **evaluar** los servicios forenses, mediante objetivos y estándares previamente definidos. El enfoque tradicional para **monitorear la calidad** ha sido el de evaluar las estructuras clínicas e institucionales dentro de las cuales se prestan los servicios, tanto como el proceso utilizado, suplementada en los resultados de la atención médica: - **Estructura:** características de las instalaciones físicas, el personal y la organización que prestan los servicios, sus herramientas y recursos disponibles y los elementos físicos y organizacionales por los cuales provee la atención forense. Es también importante la formación académica de los funcionarios. - **Proceso:** lo que se realiza para prestar y recibir servicios, la labor del médico y el conjunto de recursos utilizados para prestar la atención. - **Resultado:** que es lo que se logra con el paciente, el efecto que sufre quien recibe la atención. Es necesario contar

con indicadores integrales sobre los resultados de la atención, con los recursos disponibles(35).

Así pues, la calidad es algo que responde a una necesidad, y es responsabilidad de quien produce los servicios adaptarlos a ésta. Su finalidad debe ser la satisfacción del usuario y en función de esta debe valorarse.

El monitoreo sistemático y objetivo de la calidad requiere la recopilación rutinaria y revisión de datos, que ayuden a evaluar si el desempeño cumple con los niveles esperados de servicio: Los estándares o indicadores que se fijan corresponden a la existencia de cierto tipo de estructuras o procesos, que obligadamente deben estar presentes para lograr con ellos resultados adecuados. Estos estándares reflejan la cantidad, la organización y los tipos de servicios que se dan en una institución y pueden reflejar distintos niveles de calidad.

Los indicadores de estructura y proceso no son medidas directas de calidad, pero son útiles para ver la eficiencia con que se trabaja, según los recursos que se posean. Mientras los indicadores de resultados pueden ser medidas directas e indirectas de la calidad del servicio. La prioridad debe ser la de mejorar los sistemas y procesos. (16).

Control de calidad de atención. Los servicios de salud en Bolivia, a pesar de las crisis en su organización, siempre han tenido presentes en sus políticas y estrategias la lucha por la calidad de atención. En este sentido, el control de calidad de los servicios de salud pretende tanto prevenir como garantizar para cada paciente la buena y segura asistencia, básicamente como una actividad de evaluación. El control interno es responsabilidad de las jefaturas y comprende el plan general de organización y todos los métodos y procedimientos que se adoptan en el servicio para proteger los activos, verificar la exactitud, claridad, oportunidad y confiabilidad en la información y promover la eficiencia y la ejecución de operaciones en apego a las políticas institucionales.

Normativa de elaboración de Dictámenes Periciales. En la Clínica Médico Forense hasta 1999, el control interno de calidad de los Dictámenes Médico

Legales se basaba principalmente en la inspección final de estos por parte del enlace departamental, cuando les correspondía revisarlos y/o refrendarlos. Sin embargo, la inspección lo único que hace es detectar algunas de las fallas, pero no hace nada por eliminar las causas que las originan, de ahí que, si la inspección es el único esfuerzo por la calidad, los problemas se seguirán presentando indefinidamente: Al igual que otras instituciones de salud, como empresa de servicios, la Clínica Médico Forense **requiere de la medición, la evaluación y las mejoras oportunas** de las actividades que en ella se realizan, con el fin de asegurar la ejecución de los objetivos y garantizar la calidad del Dictamen Médico Legal. En la pericia médica es conveniente que en lo posible se actúe conforme a protocolos actualizados y técnicamente correctos que luego se complementara con lo que sea preciso de acuerdo al caso, deben emplearse técnicas de garantía de calidad en todas las fases del estudio.

Por lo que, en el mes de enero del año 2019, se inició el establecimiento de las normas de atención a los pacientes valorados, que se gestaron en años anteriores y las cuales al definir las características particulares del dictamen pericial facilitan el evaluar el cumplimiento de las especificaciones, incluyen elementos básicos obligatorios en todo Dictamen Médico Forense, así como elementos específicos que deben tener los casos más frecuentes de consulta.

Si bien, la elaboración de normas de atención, protocolos clínicos o guías para la práctica médica, constituye una de las actividades más potenciadas en la actualidad internacionalmente en materia de programas de gestión de la calidad. Su importancia radica en que son herramientas que facilitan la toma de decisiones al clínico, le ayudan a luchar contra la incertidumbre y a disminuir la variabilidad de la práctica clínica, por lo que son parte esencial del proceso de excelencia de la calidad. Teniendo en cuenta, que una mala herramienta puede inducir a no ser utilizada o a invalidar los resultados clínicos obtenidos con ella. Deben servir como guion de trabajo, de forma que los elementos básicos queden cubiertos, aunque es posible incluir otras informaciones de importancia específica, a los hechos revisados en cada caso.

Si los protocolos se desarrollan con la ayuda de los métodos idóneos y son aplicados constructivamente, mejorarán la atención y la satisfacción médica. Por otro lado, la Autoridad Judicial puede entender mejor la conclusión a la que se llegó y el sistema administrativo investigará mejor los casos de inobservancia o negligencia médico forense. Asimismo, a largo plazo las Asociaciones Profesionales podrán basar sus sistemas de acreditación y recertificación en estos protocolos y sus criterios, como patrones de desempeño práctico.

Ninguna actividad administrativa puede lograrse sin el establecimiento de normas o reglas, que deben ser obedecidas con disciplina y responsabilidad. Constituyen, además, patrón para juzgar la forma como se trabaja y poder, mediante ello aprobarlo o desaprobarlo. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la elaboración de estas normas no necesariamente mejora el desempeño por sí solo, aunque constituyan puntos de referencia para iniciar esfuerzos de mejoramiento, pues deben utilizarse sistemas de apoyo e indicadores de calidad para monitorearlo, que pueden indicar el éxito del proceso y provean retroalimentación al médico que por sí solo mejora el desempeño.

Es imprescindible disminuir el tiempo de entrega del Dictamen Médico Legal a la Autoridad Judicial, involucrando al personal médico y administrativo, que las medidas correctivas del sistema de control de calidad y la entrega oportuna del Dictamen Médico Legal, no significa abandonar los casos más complejos, que con frecuencia se refieren a cuestiones más importantes, con el fin de cumplir una cuota diaria o asumir actitudes de resistencia al cambio, sino de un trabajo en equipo y el uso racional del tiempo y los recursos.

Implementar sistemas de evaluación y monitoreo, se pueden entender como el conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer las intenciones de la alta dirección y los resultados por lograr con relación a la calidad, y los procesos requeridos para lograrlos. (1)

Al encontrar que en el instituto de Investigaciones forenses no existe un despliegue ni alineación estratégica proponemos, una modelo de Gestión de Calidad Total, herramienta que integra los elementos básicos para: • Comunicar la

estrategia a toda la organización • Alinear los objetivos nacionales, departamentales, regionales, seccionales y personales • Identificar y alinear los lineamientos estratégicos • Realizar revisiones periódicas y sistemáticas de la estrategia • Obtener retroalimentación sobre la estrategia y contar con la información suficiente para mejorarla. (4)

La eficacia y la eficiencia de esta herramienta será demostrada con la implementación de la unidad de evaluación y monitoreo, desplegado para los diferentes niveles del IDIF con sede en la ciudad de La Paz y alineado con los objetivos estratégicos seleccionados por la Dirección. Esta alineación permitirá hacer un trabajo conjunto en el IDIF .LA PAZ, orientado a cumplir con los objetivos(35).

6. Análisis de actores

6.1. Beneficiarios directos. Los beneficiarios de la aplicación de la Propuesta que busca facilitar el desarrollo ordenado de estrategias para mejorar la calidad en Servicios periciales del instituto de medicina forense de la ciudad de La Paz, son los usuarios externos quienes tendrán mayor oportunidad de participar en el proceso de atención, hacer conocer su opinión y recibir mejores servicios, y los usuarios internos, que tendrá mayor respaldo en el proceso de atención, administración más eficiente, mayor coordinación entre servicios que optimizará el trabajo en equipo.

6.2. Beneficiarios indirectos. Son las instituciones de gestión de la justicia como las Fiscalías de las Provincias y Fiscalía Departamental, la estructura de una red social legal y psicológico de acceso de la justicia, a niños, niñas, adolescentes y mujeres.

6.3. Oponentes

6.3.1. La dirección

Falta de compromiso y Falta de canales de información

Falta de prevención y dificultades para resolver obstáculos

Incapacidad del liderazgo, frenos a la participación y freno a escuchar sugerencias

Rechazo a la delegación de tareas y responsabilidades

Existencia de clanes o grupos de presión, falta de recursos materiales y humanos

6.3.2. La organización

Sistemas demasiado centralizados, burocratizados y rígidos

Carencia de poder del asesor o responsable de calidad

Mal funcionamiento de los grupos o comités de calidad

Una organización muy compartimentada y apartada

Repetición del tratamiento de problemas por varios grupos

Empirismo de los expertos y preocupación por la cantidad en detrimento de la calidad

6.3.3. El personal

Resistencia al cambio y falta de formación o motivación

Desconocimiento de lo que supone el cambio cultural producido

Miedos y recelos sobre todo de los mandos

Hábitos y tareas rutinarias

Problemas para trabajar en equipo

Dificultades para expresarse y aportar ideas

Carencia de información y responsabilidades

Debido a la susceptibilidad, insuficiente compromiso y poca comprensión de la importancia de un cambio de actitud, algunos funcionarios podrían oponerse a realizar mejoras en forma permanente, ya que implica además mayor dedicación y tiempo

6.3.4. La táctica y la estrategia

Carencia de comunicación y formación

Problemas de tipo financiero y Centrarse demasiado en la documentación

Dificultades de comprensión y transmisión de los objetivos

Entender la calidad total como una moda y riesgo de realizar mal el proceso de implantación

6.4 Afectados. No se espera afectar negativamente a ningún sector, ya que la propuesta está dirigida a la mejora continua y sostenible de los servicios de pericia forense, lo que implica mejorar también la relación con diferentes instituciones y sectores dentro de la Red contra la violencia a niños, niñas, adolescente y mujeres.

7. Contexto o lugar de intervención

En la estructura de acceso a la justicia, en el departamento de La Paz esta un centro de referencia de pericias forense de tercer nivel, que coordina con la Red contra la violencia a niños, niñas y adolescentes.

La instalación del Instituto de Investigaciones Forenses (IDIF), se encuentra en la ciudad de La Paz, que tiene una población de un millón de habitantes, inaugurado el 30 de mayo del 2005, cuenta con 7 laboratorios y secciones de Medicina Forense y Antropología Forense, con dirección, Zona Central, calle Indaburo, entre Yanacocha y Jenaro Sanjinés Teléfono: 2-406068 WEB: www.fiscalia.gov.bo/idif.(34)

Cuenta con nueve consultorios forenses y oficinas para personal Técnico Científico del mismo instituto. Por otra parte, cuenta con una Morgue Judicial, ubicado en la Zona de Miraflores., las instalaciones son modernas cuenta con normas de bioseguridad.

El Personal que trabaja en el I.D.I.F. La Paz, está a cargo de un Médico Coordinador que es el Encargado, de elaborar el rol de turnos 24 horas y supervisar el desempeño de los peritos forense, además de observar el cumplimiento de guías, en la actividad asistencial pericial y normas de calidad en todas sus actividades.

El director del centro de referencia pericial forense – IDIF. y personal forense, manifestaron la decisión y el compromiso de mutuo acuerdo para implementar el sistema de gestión de calidad, con el respaldo del gestor de calidad del ministerio público, luego se procederá a convocar al Comité de Acreditación de Institutos de Medicina Legal y ciencias forenses.

Este proyecto se ejecutará desde OCTUBRE del 2021, y seguirá ejecutándose a través del tiempo para beneficio de los usuarios y personal forense de la ciudad de La Paz. La unidad ejecutora es personal forense con los méritos del caso.

8. Estructura del objetivo

8.1. Objetivo general

Mejorar la calidad de atención en el servicio de medicina forense del Instituto de Investigaciones Forense de La Paz, en la gestión 2021

8.2. Objetivos específicos

8.2.1. Establecer la implementación de una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención.

De acuerdo a la política de salud vigente, la participación de la comunidad y autoridades locales adquiere relevancia, ya que el apoyo de estos actores en las gestiones que se deben realizar en diferentes instancias, tiene respuesta más rápida de las autoridades. En el caso de la gestión de calidad y acreditación, será importante conformar y dar funcionamiento a la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención, que está integrado por representantes de la división de Medicina forense, y autoridades del ministerio público, con quienes se realiza un diagnóstico inicial del recurso humano, infraestructura y equipamiento con la finalidad de dar cumplimiento a los requisitos básicos de la gestión de calidad y acreditación. Inicialmente la Coordinación realiza el nombramiento de un gestor de calidad, quien, a través del asesoramiento y seguimiento continuo, coadyuva a establecer la implementación de una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención además de agilizar los procesos, la elaboración y validación de documentos internos, las actividades de capacitación en la división de Medicina forense.

8.2.2. Fortalecer las capacidades de atención al usuario interno del servicio de Medicina Forense.

Se identifican las necesidades de capacitación del personal forense en el tema de calidad, tomando en cuenta las Políticas de Calidad y normativa vigente, y la modalidad de capacitación. Se identifican los estándares cuyo cumplimiento es responsabilidad directa del responsable del servicio y los estándares que requieren responsabilidad del personal forense (manejo del informe forense,

funcionamiento de comités técnicos, bioseguridad). El gestor de calidad realiza un seguimiento permanente a los procesos de mejora continua seleccionados cuyo cumplimiento permitirá acelerar el proceso de implementación **de una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención**: Correcto manejo, registro, ordenamiento y archivo de expedientes forenses, requiere el trabajo conjunto de todo el personal, se constituye en el documento legal de respaldo de la atención a los usuario y el elemento principal para realizar auditorías forenses, para verificar el cumplimiento de normas y protocolos. Elaboración o revisión de documentos e instrumentos para la acreditación, se verifica la existencia de documentos con parámetros, se deberán elaborar o revisar el manual de organización y funciones, manual de cargos, plan estratégico, manuales de procesos, reglamentos, programas, etc. El gestor de calidad facilita los documentos que deben ser revisados y validados por el personal forense. Conformación y funcionamiento de los comités de asesoramiento: Comité de Gestión de Calidad, Comité de laboratorio forense, Comité de Vigilancia Epidemiológica forense. Implementación de mecanismos de gestión de satisfacción de los usuarios ordenados y sistematizados, como elemento importante para hacer partícipes del proceso de atención a los usuarios externos y desarrollar nexos con las organizaciones judiciales.

8.2.3. Fortalecer el sistema de gestión de calidad total en los servicios periciales.

Inicialmente se deberá motivar y sensibilizar al personal sobre la importancia de establecer estrategias para lograr la mejora continua de sus servicios y la adopción del **sistema de gestión de calidad total en los servicios periciales**. La capacitación tendrá dos momentos, uno de capacitación en temas generales de calidad al personal forense. En un segundo momento, se realizará la aplicación práctica y en servicio de temas prioritarios, logrando de esta forma que el personal adquiera capacidades para desarrollar sus propios procesos y procedimientos de forma ordenada y realizar monitoreo interno. Asimismo, se deberán desarrollar mecanismos de acercamiento a los usuarios para conocer su criterio y opinión

acerca de la atención recibida, lo que permitirá realizar mejoras. Con la finalidad de tener un punto de partida, el director y personal forense firma un acta de compromiso con la Coordinación del Ministerio Público, para fortalecer el sistema de gestión de calidad total en los servicios periciales para la acreditación de los servicios forenses. Se realiza una autoevaluación para identificar la situación inicial y elaborar un plan de trabajo. Se capacita individual y/o colectivamente al personal, en los estándares específicos de un servicio y los que corresponden al equipo, identificando las tareas que deben desarrollarse. Realizar reuniones permanentes de seguimiento con el personal en base a una guía de trabajo, en las cuales se identifica el grado de avance en los estándares y parámetros, estandarizando criterios y revisando gradualmente, los manuales de procesos, procedimientos y reglamentos exigidos por la norma. Conformación de los comités de asesoramiento: Comité de gestión de calidad y auditoría médica, Comité de laboratorio forense, Comité técnico administrativo, Comité de Bioseguridad y manejo de residuos; el director del establecimiento emite los memorandos de designación a los integrantes de cada comité, los cuales elaboran su reglamento interno, registran sus actividades en cuadernos de actas, realizan evaluaciones y emiten recomendaciones. El director de la institución realiza seguimiento trimestral al funcionamiento de los comités. Para la gestión de satisfacción del usuario, se define el proceso para identificar la opinión de los usuarios a través del buzón de sugerencias y encuestas periódicas, mecanismos para canalizar las quejas, análisis periódicos en los comités de análisis de la información conjuntamente con los comités locales de calidad forense, difusión de derechos y deberes a la población. Se realizan varios simulacros internos de evaluación para la acreditación. De esta forma el personal va adquiriendo mayor confianza en su participación, los documentos y procesos que debe presentar en la evaluación externa.

9.- RESULTADOS

R.1. Establecer la implementación de una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención.

Actividades 1.

R1. A1. Elaborar un **plan de calidad** para establecer la una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención en el servicio de medicina forense.

R1. A2. Implementar una **unidad de evaluación y monitoreo de la calidad** de atención en el servicio de medicina forense

R1. A3. Posesionar al gestor de la **unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y acreditación**, del Instituto de Investigaciones Forenses.

R1. A4. Elaborar **reglamento interno** y reuniones bimensuales para implementar la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y acreditación, del Instituto de Investigaciones Forenses.

R1 A.5. Coordinar la **unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y acreditación**, con los comités de análisis de la calidad de la división forense y el Ministerio Publico un plan de mejora y acreditación.

R 1 A.6. Gestionar con Dirección del I.D.I.F. para **la dotación de equipamiento**, Mantenimiento y refacción de los consultorios forenses.

R.2. Fortalecer las capacidades de atención al usuario al personal del servicio de Medicina Forense.

Actividades 2.

R2. A1. Nombramiento de un **gestor de calidad**, quien, a través del asesoramiento y seguimiento continuo, coadyuva a agilizar el Plan de Calidad

R2. A2. Elaborar un **plan de fortalecimiento de capacidades** de atención al usuario al personal del servicio de medicina forense.

R2. A3. Capacitar **en normas de calidad** al personal forense y metodología para la mejora continua.

R2. A4. Seguimiento del correcto **manejo, registro, ordenamiento y archivo del expediente forense**, para verificar el cumplimiento de normas, guías, manuales de procedimiento y protocolos forenses.

R2. A5. Elaboración y **validación de documentos e instrumentos.**

R2. A6. Asesoramiento para la **conformación de los comités técnicos y seguimiento de su funcionamiento**

R2. A7. Seguimiento al desarrollo de mecanismos de **gestión de satisfacción del usuario ordenado y sistematizado.**

R. 3. Fortalecer el sistema de gestión de calidad total en los servicios periciales para la acreditación.

Actividades 3.

R3 A1. Elaborar un **plan de fortalecimiento de capacidades en gestión de calidad total** al personal del servicio de medicina forense.

R3. A2. Realizar la **autoevaluación en equipo** para conocer la situación inicial en el cumplimiento de estándares de calidad.

R3. A3. Realizar capacitación al personal forense con **relación a los estándares específicos de su servicio forense**

R3. A4. Realizar **capacitación en gestión de calidad total y metodologías de mejora continua** al personal forense para implementar, el Sistema de Gestión de Calidad total.

R3. A5. Revisar y **validar gradualmente, los manuales de procesos, procedimientos, reglamentos, protocolos forenses** exigidos por la norma para el servicio

R3. A6. Conformar y dar funcionalidad de **Comités de asesoramiento**

R3. A7. Desarrollar **mecanismos para identificar la opinión de los usuarios**, analizando en el **Comité de Análisis de la información Forense** las boletas del buzón de sugerencias para tomar acciones correctivas en caso necesario.

R3. A8. Realizar múltiples **simulacros internos de evaluación para la acreditación**, tanto por servicio como en forma conjunta-

10. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

10.1. Propósito

Nº servicios forenses que aplican el plan para la mejora continua de la calidad

Nº de servicios periciales forenses con personal con capacidades de autoevaluación periódica, planes de gestión de calidad total y mejora implementadas con participación del personal forense y del ministerio público.

Nº de servicios periciales forenses que aplican gestión de la calidad total para el mejoramiento continuo y acreditación

Nº de servicios periciales forenses con acompañamiento, asesoramiento y seguimiento del gestor de calidad

Nº de servicios forenses acreditados

10.2. Objetivos 1

Un Gestor de calidad designado, posicionado, funcionando, coordinando con el Director Nacional y Comité de acreditación.

Una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención funcionando

Un Comité de gestión de calidad y Acreditación del Ministerio Publico establecido, posicionado y funcionando

Un equipo multidisciplinario de calidad, establecido, posicionando y funcionando

Un Gestor de Calidad, posesionado y funcionando

Un Comité de gestión de calidad y Acreditación del IDIF posesionado y funcionando

Un Diagnóstico situacional sobre infraestructura, equipamiento y recursos humanos realizado conjuntamente con la Dirección del I.D.I.F.

Un comité de análisis de la información forense de los servicios realiza seguimiento a la mejora continua de los servicios

10.3. Objetivos 2

Un Gestor de calidad designado, coordinando con el Director Nacional y Comité de acreditación del Ministerio Público.

50 funcionarios capacitados en temas de calidad bajo cronograma elaborado por el gestor de calidad en coordinación con el director y los actores.

100% del personal de los servicios forenses conocen calidad total en su servicio

1 visita semanal del gestor de calidad a los servicios forenses para el asesoramiento y seguimiento con el director del IDIF, en cada servicio bajo cronograma.

Seguimiento semanal al correcto manejo, registro y archivo del informe forense por el gestor de calidad.

Seguimiento quincenal al funcionamiento de los Comités de asesoramiento en cada servicio forense por el gestor de calidad

10.4. Objetivos 3.

100% del personal de los servicios forenses conocen y cumplen los estándares de calidad de su servicio

70% expedientes forenses con registro y archivo correctos

100% de Comités de asesoramiento funcionando

100% de documentos elaborados y validados por el personal forense con el asesoramiento del gestor de calidad y aprobados por el director.

5 servicios forenses con estrategias semestrales implementadas (buzón de sugerencias y encuestas al usuario externo) para conocer el criterio de usuarios

Un Plan de estrategias de calidad total revisado, detallado y aprobado por la Alta Dirección

Un Plan de actividades del SGCT revisado, detallado y aprobado por la Alta Dirección

Un Plan de comunicación para implementar el SGCT revisado y aprobado por la Alta Dirección

Un informe de Autoevaluación situacional realizado y entregado al Coordinador Departamental

Presupuesto, revisado, detallado y aprobado por la Alta Dirección

11. Indicadores

11.1. INDICADORES PARA LA ACCION R1

R1. A1. Elaborar un plan para establecer la una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención en el servicio de medicina forense.

1 diagnóstico situacional sobre infraestructura, equipamiento y recursos humanos realizado conjuntamente con la Dirección del I.D.I.F.

1 plan aprobado

1 informe elaborado con resultado del diagnóstico, por el equipo de calidad

R1. A2. Implementar una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención en el servicio de medicina forense

1 gestor de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad en el servicio de medicina forense, posesionado por el DIRECTOR DEL I.D.I.F, con reglamento interno, 4 reuniones registradas, emisión de recomendaciones

1 unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención en el servicio de medicina forense, implementado por el DIRECTOR DEL I.D.I.F, con reglamento interno, 4 reuniones registradas, emisión de recomendaciones

R1. A3. Posesionar al gestor de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y acreditación, del Instituto de Investigaciones Forenses.

1 acta de posición

R1. A4. Elaborar reglamento interno y reuniones bimensuales para implementar la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y acreditación

1 informe elaborado con resultado del diagnóstico, plan de trabajo por la dirección del I.D.I.F. y un reglamento aprobado

R1. A5. Coordinar la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y acreditación, con los comités de análisis de la calidad de la división forense y el Ministerio Publico un plan de mejora y acreditación.

7 actividades de coordinación realizada en Comités de Análisis de la información forense en 3 servicios. 3 actividades de coordinación en Comités de análisis de la información forense

R1. A6. Gestionar con Dirección del I.D.I.F. para la dotación de equipamiento, Mantenimiento y refacción de los consultorios forenses

7 actividades de coordinación realizada con la dirección. 3 actividades de coordinación en los Comités de análisis de la información forense del instituto.

1 comité de análisis de la información forense de los servicios realiza seguimiento a la mejora continua de los servicios.

11.2. INDICADORES PARA LA ACCION R2

Actividades 2.

R2. A1. Nombramiento de un **gestor de calidad**, quien, a través del asesoramiento y seguimiento continuo, coadyuva a agilizar el Plan de Calidad

1 gestor de calidad designado con memorando, realiza asesoramiento y seguimiento continuo

R2. A2. Elaborar un plan de fortalecimiento de capacidades de atención al usuario al personal del servicio de medicina forense

1 autoevaluación realizada, 1 plan de acción aprobado, y entregada al director del IDIF por el gestor de calidad

R2. A3. Capacitar **en normas de calidad** al personal forense y metodología para la mejora continua.

50 funcionarios capacitados en gestión de calidad

R2. A4. Seguimiento del correcto **manejo, registro, ordenamiento y archivo del expediente o informe forense.**

7 visitas mensuales del gestor de calidad de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad a cada servicio forense para el seguimiento del plan de trabajo, **manejo, registro, ordenamiento y archivo del expediente o informe forense.**

1 seguimiento semanal realizado por el director del IDIF y por la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad

R2. A5. Elaboración y validación de documentos e instrumentos.

7 visitas mensuales del gestor de calidad de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad a cada servicio forense para el seguimiento del plan de trabajo, **elaboración y validación de documentos e instrumentos.**

R2. A6. Asesoramiento para la **conformación de los comités técnicos y seguimiento de su funcionamiento.**

1 informe mensual al director del IDIF por el gestor de calidad de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad, sobre el asesoramiento realizado

R2. A7. Seguimiento al desarrollo de mecanismos de **gestión de satisfacción del usuario ordenados** y sistematizados.

1 informe mensual al director del IDIF por el gestor de calidad de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad, sobre el desarrollo de mecanismos de **gestión de satisfacción del usuario**

11.3. INDICADORES PARA LA ACCION R3

Actividades 3.

R3 A1. Elaborar un plan de fortalecimiento de capacidades en gestión de calidad total al personal del servicio de medicina forense.

1 plan de fortalecimiento elaborado y aprobado por el gestor de calidad.

R3. A2. Realizar la autoevaluación en equipo para conocer la situación inicial en el cumplimiento de estándares de calidad.

1 autoevaluación elaborado y aprobado, con relación al cumplimiento de los estándares de calidad por los servicios forenses

R3. A3. Realizar capacitación al personal forense con relación a los estándares específicos de su servicio

50 funcionarios capacitados en estándares de calidad
un Gestor de calidad designado en gestionar y provisionar los recursos necesarios para el diseño del Sistema de Gestión de Calidad

R3.A4. Realizar capacitación en gestión de calidad total y metodologías de mejora continua al personal forense para implementar, el Sistema de Gestión de Calidad total.

50 funcionarios capacitados en gestión de calidad
un Gestor de calidad designado en gestionar y provisionar los recursos necesarios para el diseño del Sistema de Gestión de Calidad

R3. A5. Revisar y validar gradualmente, los manuales de procesos, procedimientos, reglamentos, protocolos forenses exigidos por la norma para el servicio

1 informe mensual realizado por la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y los comités de asesoramiento al director del IDIF.

R3. A6. Conformar y dar funcionalidad a Comités de asesoramiento 1 informe mensual realizado por los comités de asesoramiento al director del IDIF

1 comité de gestión de calidad y auditoría forense funcionando, emiten evaluaciones y recomendaciones.

1 Comité de laboratorio forense funcionando

1 Comité técnico administrativo funcionando

1 Comité de Bioseguridad y manejo de residuos funcionando

5 memorandos de designación a los integrantes de cada comité

1 reglamento interno aprobado

1 cuadernos de actas

R3. A7. Desarrollar mecanismos para identificar la opinión de los usuarios, analizados en el Comité de Análisis de la información Forense las boletas del buzón de sugerencias para tomar acciones correctivas en caso necesario

7 servicios forenses con Procesos y procedimientos elaborados por el personal

1 informe mensual y anual del comité de análisis forense y la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad

1 comité de análisis forense funcionando

1 unidad de evaluación y monitoreo de la calidad funcionando

R3. A8. Realizar múltiples **simulacros internos** de evaluación para la acreditación

7 servicios forenses realizan **simulacros internos** de evaluación para la acreditación

1 informe mensual y anual del comité de análisis forense y la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad.

un Gestor de calidad designado en establecer los mecanismos y metodología de comunicación interna y consulta dentro de la organización

12. Fuente de verificación por la estructura de objetivos

Fin

Datos estadísticos

Propósito

Informe del gestor de calidad de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de los servicios forenses que aplican el plan de calidad.

Informes de autoevaluación acompañados por planes de mejora continua por servicio forense, **actas de reuniones.**

Actas de reuniones, informe de actividades en cada servicio forense por el gestor de calidad, informes de seguimiento a los servicios forense

Certificados de Acreditación otorgados por el Comité de Acreditación del ministerio público por servicio forense

Informe de capacitación y autoevaluación acompañados por planes de gestión de calidad total y mejora continua por personal forense

Informe de seguimiento del gestor de calidad con relación a los servicios periciales forenses que aplican la gestión de calidad para el mejoramiento continuo y acreditación

Informe de seguimiento de actividades en cada servicio forense por el gestor de calidad

informes de seguimiento a los servicios periciales por el Comité de Acreditación

Certificados de Acreditación otorgados por el Comité de Acreditación del IDIF

Estadística de gestión de calidad y de mejora continua

Encuesta y un Informe final del proyecto

Resultado 1

Acta de posesión y actas de reuniones del Comité de acreditación

Informes del gestor de calidad, actas de reunión con diferentes instituciones

Informes de los comités de análisis forense de los servicios forenses

Acta de posesión y de reuniones del Comité de gestión de calidad y Gestor de Calidad con el Director Nacional

Informes de seguimiento del Comité de gestión de calidad y acreditación

Informes de seguimiento del equipo multidisciplinario de calidad

Informes de seguimiento del gestor de calidad

Informes de Recursos necesario para su ejecución aprobado

Resultado 2

Plan de trabajo presentado por el gestor de calidad al Coordinador departamental

Informes del gestor de calidad de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad

Informes de autoevaluación inicial realizada por los responsables de los servicios forenses

Informe de seguimiento del gestor de calidad

actas de reunión con el equipo de calidad o la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad

Informe de seguimiento del gestor de calidad por servicio forense sobre procesos y manual de calidad

Registro fotográfico, entrevistas a los usuarios y Videos del proceso pre implementación

Informe de diagnóstico aprobado

Informes de Recursos necesario para su ejecución aprobado

Resultado 3.

Informe del gestor de calidad y Actas de reuniones de los Comités de asesoramiento

Documentos presentados al coordinador departamental y al director del IDIF por servicio forense.

Informe de gestor de calidad por servicio forense sobre procesos implementados

Plan de estrategias presentado por el gestor de calidad al Coordinador Departamental

Informes de autoevaluación inicial realizada por los responsables de los servicios forenses

Actas de reuniones con el equipo de calidad

Informe de seguimiento del gestor de calidad

Manual de calidad presentado al Coordinador Departamental del IDIF LA PAZ por servicio forense

Informe de autoevaluación por servicio forense aprobado

Informes de Recursos necesario para su ejecución aprobado

Registro fotográfico, entrevistas a los usuarios y videos del proceso durante el plan de implementación

FUENTES DE VERIFICACION PARA LA ACCION R1

R1. A1. Elaborar un plan de calidad para establecer una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención en el servicio de medicina forense.

Plan de calidad presentado y aprobado

R1. A2. Implementar una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención en el servicio de medicina forense

unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención aprobado y funcionando

R1. A3. Posesionar al gestor de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad, del Instituto de Investigaciones Forenses.

un gestor de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y acreditación, presentado y posesionado

R1. A4. Elaborar reglamento interno y reuniones bimensuales para implementar la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad

resultado del diagnóstico

un reglamento interno aprobado

acta de reuniones bimensuales para implementar la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad

R1. A5. Coordinar con la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y acreditación, con los comités de análisis de la calidad de la división forense y el Ministerio Publico un plan de mejora y acreditación.

presentación de un plan de mejora y acreditación a la dirección

presentación de un plan de mejora y acreditación al comité de análisis de información forense

acta de coordinación con el comité de análisis de información

R1. A6. Gestionar con Dirección del I.D.I.F. para la dotación de equipamiento, Mantenimiento y refacción de los consultorios forenses

Cuaderno de actas

solicitud de dotación de equipamiento, Mantenimiento y refacción de los consultorios forenses

FUENTES DE VERIFICACION PARA LA ACCION R2

Actividades 2.

R2. A1. El director del IDIF, realiza el nombramiento de un **gestor de calidad.**

Memorando de designación

R2. A2. Elaborar un **plan de fortalecimiento de capacidades** de atención al usuario al personal del servicio de medicina forense.

Resultado del diagnóstico

R2. A3. Capacitar **en normas de calidad** al personal forense y metodología para la mejora continua.

Informe, lista de asistentes

R2. A4. Seguimiento del correcto **manejo, registro, ordenamiento y archivo del expediente forense.**

Informe sobre el avance

R2. A5. Elaboración y validación de documentos e instrumentos.

Documentos aprobados

R2. A6. Asesoramiento para la **conformación de los comités técnicos y seguimiento de su funcionamiento.**

Informe sobre el avance

R2. A7. Seguimiento al desarrollo de mecanismos de **gestión de satisfacción del usuario ordenado y sistematizado.**

Informe sobre el avance

FUENTES DE VERIFICACION PARA LA ACCION R3

Actividades 3.

R3. A1. Elaborar un plan de fortalecimiento de capacidades en gestión de calidad total al personal del servicio de medicina forense.

plan de fortalecimiento en gestión de calidad total aprobado

R3. A2. Realizar la autoevaluación en equipo para conocer la situación inicial en el cumplimiento de estándares de calidad.

Resultado del cumplimiento de estándares

R3. A3. Realizar capacitación al personal forense con relación a los estándares específicos de su servicio

Resultado del cumplimiento de estándares

R3. A4. Realizar capacitación en gestión de calidad total y metodologías de mejora continua al personal forense para implementar, el Sistema de Gestión de Calidad total.

informe del desarrollo de la capacitación en gestión de calidad total y metodologías de mejora continua

informe del mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad total

R3. A5. Revisar y **validar gradualmente, los manuales de procesos,** procedimientos, reglamentos, protocolos forenses exigidos por la norma para el servicio, coordinando con otros servicios los documentos compartidos

Documentos aprobados

R3. A6. Conformar y dar funcionalidad a los **Comités de asesoramiento: Comité de gestión de calidad y auditoría forense, Comité de laboratorio forense, Comité técnico administrativo, Comité de Bioseguridad y manejo de residuos**

Cuaderno de actas

Informe del desarrollo y funcionamiento de comités de asesoramiento

R3. A7. Desarrollar **mecanismos para identificar la opinión de los usuarios,** analizados en el Comité de Análisis de la información Forense las boletas del buzón de sugerencias para tomar acciones correctivas en caso necesario, realizar encuestas en forma semestral.

informe del desarrollo y funcionamiento del Comité de Análisis de la información Forense

R3. A8. Realizar múltiples **simulacros internos** de evaluación para la acreditación

Informe de recursos necesarios para el diseño suficiente y aprobado para la acreditación

informe del desarrollo y mantenimiento del sistema de comunicación interna y consulta dentro de la institución

13. Supuestos por la estructura de objetivo

Propósito

Dirección y personal del servicio de medicina forense comprometido en la mejora de la calidad de atención

Decisión, compromiso y participación activa de personal forense del IDIF.
Se realizan todas las actividades cumpliendo con los tiempos, se logran los objetivos y las metas establecidas en el proyecto.

Se realizan todas las capacitaciones en total normalidad.

Existe retroalimentación de la formación con relación al emprendimiento.

El personal forense aplica adecuadamente los conocimientos, habilidades y actitudes aprendidos en la capacitación.

El personal forense desempeña eficaz y eficientemente los recursos de apoyo.

Los usuarios están comprometidos con la implementación y desarrollo de un sistema de gestión de la calidad con un enfoque de gestión de la calidad total para el mejoramiento continuo y acreditación

Resultado 1

Personal del servicio de medicina forense comprometida en la implementación de una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención

Compromiso, respaldo y participación activa del Director Nacional, designando a su representante legal, en el comité de gestión de calidad y acreditación, asimismo determinación de recursos

Funciona el Comité de gestión de calidad y acreditación del Ministerio Público, con el representante legal de la alta dirección

Participación activa del personal forense, se asigna un Gestor de Calidad, se conforma el equipo multidisciplinario de calidad, para sensibilizar y capacitar en el tema de normas de calidad

El IDIF La Paz realiza la designación de un gestor de calidad

El director nacional y personal forense conocen la norma de calidad, los estándares y parámetros

Los servicios forenses han establecido una estrategia de trabajo en gestión de calidad total, mejora continua y acreditación con la participación y compromiso de todo el personal

Se realiza la divulgación y aplicación del soporte documental y mapas de procesos para su aprobación en la fase de diseño y Funciona el Comité de implementación del MP

Resultado 2

Dirección y personal del servicio de medicina forense comprometidas en el fortalecimiento en sus capacidades de atención al usuario.

El personal forense conoce y cumple las normas legales aplicables a la institución

El gestor de calidad determinara las actividades a realizar y sus responsables

El personal forense conoce el plan de actividades, canales de comunicación y el diagnostico situacional

Se socializa el diagnostico a todo el personal forense de la organización

Se socializa las estrategias que se va a desarrollar para implementar el SGC

Se define la estructura organizativa, el cronograma y plan de comunicación

Se determina las actividades para cerrar las brechas existentes entre el SGC de la institución y los requisitos establecidos en la norma

Compromiso de autoridades Departamentales y locales para apoyar la gestión de calidad

El gestor de calidad capacita en temas de calidad y los referentes al Sistema de Gestión coordinando con el área de Recursos Humanos

El personal forense conoce y cumple las normas de Calidad, aplica criterios operativos estandarizados y toma en cuenta la satisfacción de la población usuaria.

Personal forense con capacidades adquiridas, conoce y cumple las normas de calidad, criterios estandarizados, tomando en cuenta la participación de la población usuaria.

Personal capacitado bajo cronograma elaborado por el gestor de calidad en coordinación con el director nacional

Se evalúa si el SGC para su implementación eficaz y cumple los propósitos de calidad institucional a través de la auditoria interna de calidad

Funciona el Comité de implementación del MP.

Recursos suficientes.

Resultado 3

Dirección y Personal comprometidos en el fortalecimiento de un sistema de gestión de calidad total en los servicios periciales.

Compromiso del Coordinador del IDIF, coordinador de los servicios periciales y personal forense.

Sostenibilidad por el gestor de calidad del IDIF y por el equipo de calidad

El gestor de calidad capacita en temas de elaboración de manual de calidad coordinando con el área de Recursos Humanos

Personal forense con capacidades adquiridas, elabora documentos de calidad y criterios estandarizados, tomando en cuenta la participación y beneficios de la población usuaria.

Personal capacitado bajo cronograma elaborado por el gestor de calidad en coordinación con el director nacional

Recursos suficientes con Servicios forenses óptimos para su acreditación

El Comité de Implementación coordina con el área de Recursos Humanos, con el equipo de calidad, gestor de calidad, y personal forense coordinadores, lo referido a la implementación y desarrollo del manual de calidad

Personal forense conocen y cumplen los estándares de calidad de su servicio

Informes forenses con registro y archivo correctos

documentos elaborados y validados por el personal forense con el asesoramiento del gestor de calidad y aprobados por el director Nacional

Servicios forenses con estrategias de calidad implementan (buzón de sugerencias y encuestas al usuario externo) para conocer el criterio de usuarios

Informes forenses mejorado

documentos elaborados y validados por el personal forense con el asesoramiento del gestor de calidad y aprobados por el director Nacional

Servicios forenses con estrategias de mejora continua implementan, encuestas al usuario externo e interno

El Comité de Implementación coordina con el área de Recursos Humanos, equipo de calidad, gestor de calidad, y personal forense coordinadores, lo referido al proceso de acreditación

Personal forense conoce y cumple el proceso de acreditación

Los servicios forenses, los Informes periciales forenses documentos elaborados de calidad son validados por el personal forense con el asesoramiento del gestor de calidad y aprobados por el director Nacional para el proceso de acreditación

14. Análisis de viabilidad.

La propuesta de intervención tiene gran probabilidad de aplicarse ya que se respalda en una norma nacional y se aplicará en la institución que tienen las condiciones necesarias. Será de utilidad para el personal de salud y la institución, y beneficioso para los pacientes.

El Proyecto reúne características médico legales, condiciones técnico-científicas y operativas que aseguran el cumplimiento de sus objetivos. Las actividades y sus componentes que lo conforman están enmarcados dentro del contexto normativo institucional del IDIF, en un enfoque multisectorial integrado, que trata de consolidar un proceso, recoge las experiencias de los peritos técnicos y científicos que trabajaron en su ejecución, en el sistema de gestión de calidad.

15. Análisis de factibilidad.

15.1. Factibilidad social.

Tiene factibilidad social ya que sobre todo los usuarios esperan que los servicios mejoren la atención que les brindan.

15.2. Factibilidad cultural/intercultural.

La norma busca también tomar en cuenta el factor cultural de los pacientes para implementar mejoras en los servicios.

Implementando el trato interpersonal adecuado, manteniendo y respetando en lo posible la cultura idiomática y la cosmovisión de su cultura.

15.3. Factibilidad económica (presupuesto público).

Los recursos que se requieren para el desarrollo de la propuesta en el IDIF, serán financiados por los recursos propios del MINISTERIO PÚBLICO, que deberán incorporarse al plan operativo anual. El recurso para mejorar la infraestructura corresponde a la institución; ya que no se requieren grandes recursos, la propuesta tiene factibilidad económica.

El Instituto de Investigaciones Forenses deberá programar en la gestión correspondiente y dentro del Plan Estratégico Institucional (PEI) – Programa Operativo Anual (POA) el plantear un Ítem que permita mantener la continuidad financiera del proyecto, por otro lado la dirección administrativa deberá emitir una resolución administrativa que permita continuar con el proyecto, más aún cuando este muestre los beneficios de su implementación.

15.4. Factibilidad de género.

Es otro de los factores que se toman en cuenta en la aplicación de la norma de acreditación.

16. Análisis de sostenibilidad del proyecto.

16.1. Sostenibilidad institucional. La propuesta de intervención se sustenta en normas nacionales de calidad y el tema está contemplado en las políticas sectoriales, lo que le da sostenibilidad.

16.2. Sostenibilidad económica. Con la asignación partidaria que cubran los requerimientos del Instituto de Investigaciones Forenses deberá programar en la gestión correspondiente y dentro del Plan Estratégico Institucional (PEI) - Programa Operativo Anual (POA) que permita mantener la continuidad financiera del proyecto.

16.3. Sostenibilidad social. La importancia y relevancia que desarrollara en los usuarios, el mejoramiento de la calidad que se brindara en la atención médico forense, permitirá efectividad y eficiencia en el acceso a la justicia, que será de reconocimiento por las instituciones que se encargan en la investigación del delito, produciendo una mayor seguridad jurídica; esta mejora de la calidad de atención mostrara el cambio que la comunidad espera y la innovación de nuevos proyectos por parte del Ministerio Público.

16.4. Sostenibilidad política. El proyecto puede ser sostenible políticamente a partir de la toma de decisión de nuestra máxima autoridad de ejecución (MAE) en es este caso el Fiscal General de Estado y otras autoridades del Ministerio Público se espera los resultados del proyecto, se tiene la posibilidad de que se asuma un compromiso de decisión de apoyo económico y gerencial que norman el funcionamiento del Instituto de Investigaciones Forenses.

16.5. Sostenibilidad medio ambiental. Es de trascendental importancia que el IDIF Bolivia inicie el cambio con la eliminación de las barreras que se presentan respetando las costumbres, la madre tierra que implique el “Vivir Bien” y hábitos que las usuarias tienen con la cosmovisión amazónica-andina, más aún cuando provienen del área rural, tales como la atención en el idioma que habla (aymara, quechua, etc).

17. Impacto esperado del proyecto.

El impacto que busca la propuesta de intervención es mejorar la satisfacción de los prestadores de servicios y de los usuarios externos.

- Lograr una imagen institucional fortalecida.
- Funcionamiento del IDIF organizado y orientado a la mejora de calidad continua y sostenible.
- IDIF acreditado, con calidad medible y verificable.

18. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO.

La implementación de la propuesta requiere inversión tanto en infraestructura, procesos, elaboración de documentos, capacitación en temas específicos y gastos operativos.

El presupuesto requerido tendrá como fuente de financiamiento los recursos de propios del IDIF, que deberán incluir en su programación operativa anual de la gestión 2020, el presupuesto de acuerdo a la planificación realizada.

Debido a que el mantenimiento y mejora de la infraestructura es responsabilidad del MINISTERIO PÚBLICO, en base al diagnóstico de la situación de infraestructura realizado en forma conjunta, se compromete a realizar las mejoras con sus recursos.

Los recursos económicos y su financiamiento deberán ser provistos por las autoridades, MAE del Ministerio Público a través de disposiciones legales o resoluciones administrativas que destinen un determinado monto económico que lleguen a cubrir las necesidades que la unidad demande.

19. Referencias bibliográficas

1. Sazatornil A, Varela A, Remon C, Bolsa A. Gestion Sanitaria, calidad y seguridad de los pacientes, Primera Edicion. 2014. 1–49 p.
2. Universidad de Medellín, especialización en sistemas de administración de calidad ISO 9000. Colombia, Medellín. Despliegue y alineación estratégica para el regional noroccidente del instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses. 2012.
3. Jaguaco C., “Diseño de un Sistema de Gestión de Calidad bajo la Norma ISO 9001:2008 para la Asociación Artesanal Unidad de Producción y Servicios del Liceo Fernández Madrid” [Internet]. Vol. 1, Tesis. 2013. 1–100 p. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5081/1/UPS-CYT00109.pdf>
4. Alcaldía de Popayán. Manual Del Sistema Integrado De Gestión MECI - CALIDAD. 2009;24.
5. Universidad Mayor De San Andres Facultad De Medicina, Enfermeria, Nutricion Y Tecnologia Médica Unidad De Postgrado. RepositorioUmsaBo [Internet]. 2017; Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1zZNYZWUYio>
6. Hiramatsu Y. Gestión por Procesos para Mejorar la Atención al Hospital de Clínicas de La Ciudad de La Paz. 2016; postulante: tutor: Dr. Hugo Casanovas Soruco. Propuesta de Intervención presentada para optar al título de Especialista en Auditoria Médica y Gestión de la Calidad. 2019.
7. Gutierrez B. “ Implementación De La Unidad De Auditoria Médica Forense Y Pericia Tecnica En El Instituto De. 2016;1–37. La Paz-bolivia. postulante: tutor: Dr . Victor m. Estrada Zacarias. Propuesta de Intervención presentada para optar al título de Especialista en Auditoria Médica y Gestión de la Calidad. 2016
8. Vidal YC. Introducción Calidad en Salud. Introd a la Calid en Salud [Internet]. 2006;1–10. Disponible en: <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/calidad/Historia.pdf>
9. Melorose J, Perroy R, Careas S. Aplicación de los Círculos de Calidad en una Organización. Statew Agric L Use Baseline 2015 [Internet]. 2015;1:161.

- Disponible en:
[http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icbi/licenciatura/documentos/Aplicacion de os circulos de calidad.pdf](http://www.uaeh.edu.mx/docencia/Tesis/icbi/licenciatura/documentos/Aplicacion_de_os_circulos_de_calidad.pdf)
10. González MDP, Ramírez J. Diagnóstico de Calidad para la Empresa Comercializadora Ragón S.A. de C.V. 2010;(Juran):8–48. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/gonzalez_z_md/capitulo2.pdf
 11. Ministerio de Administración Pública de la República Dominicana. Guía para la elaboración e implementación del plan de mejora institucional. Publicaciones MAP [Internet]. 2017;2:1–27. Disponible en: <file:///Users/andreataquez/Downloads/guia-plan-de-mejora-institucional.pdf>
 12. Falco Rojas AR. Herramientas de Calidad, Apuntes de Clase. 2009;70. Disponible en: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35708455/herracalidad.pdf?response-content-disposition=inline%3B filename%3DHERRAMIENTAS_DE_CALIDAD.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200111%2Fus-east-1%2Fs3%2Faw](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35708455/herracalidad.pdf?response-content-disposition=inline%3B+filename%3DHERRAMIENTAS_DE_CALIDAD.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20200111%2Fus-east-1%2Fs3%2Faw)
 13. Peru. Plan Institucional, Rediseño del Documento Técnico Sistema de Gestión de Calidad en Salud, en el marco de la Política Nacional de Calidad en Salud, la Descentralización y el Aseguramiento Universal en Salud 2014 - 2018. 2018;
 14. Jarquin MJ, Molina E, Roseth B. Auditoría de desempeño para una mejor gestión pública en América Latina y el Caribe Sector de Instituciones para el Desarrollo División de Innovación para Servir al Ciudadano. 2018;72. Disponible en: <http://www.iadb.org>
 15. Sugiyono S. No. 2004;55. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/5481/1/1020149995.PDF>
 16. Perú C. Manual de Auditoría Interna , Mejora Continua y Acción Correctiva.
 17. López Lemos P. Herramientas para la mejora de la calidad. Inst Uruguayo Normas Técnicas [Internet]. 2009;22. Disponible en: www.unit.org.uy
 18. Kartawidjaja J. No. Vol. 21, Orphanet Journal of Rare Diseases. 2020. 1–9 p.

19. Auditor PADE, DELACDE, Salud EN. Hospital San José – Callao Carmen de la Legua Reynoso. 2008;
20. CAMACOL CCDLC-. Informe de Informe de Gestión. Inf Gestión [Internet]. 2018;118. Disponible en: https://empresa-de-servicios-publicos-de-aguazul.micolombiadigital.gov.co/sites/empresa-de-servicios-publicos-de-aguazul/content/files/000122/6062_informe-de-gestion-20182019-vfinal.pdf
21. Lemos JD, Aragues V y colaboradores. Auditoría Médica, la calidad de la atención en los servicios de salud, Primer edición, editorial@corpuslibros.com.ar. 2006. pag. 15 -41.
22. Artaza O, Barría MS, Fuenzalida A, Nuñez K, Quintana A, Vargas I, et al. Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. 2016;9:88. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/9.pdf>
23. Hilari M. Universidad Mayor de San Andrés. Proyecto de auditoria medica de Servicio, La Paz 2015, postulante : tutor : Dr . Edgar Cáceres. Propuesta de Intervención presentada para optar al título de Especialista en Auditoria Médica y Gestión de la Calidad. 2016;
24. Ministerio de salud Bolivia. Bases para la Organizacion y Funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS) [Internet]. Vol. 56, Ministerio de salud y deporte. 2008. p. 4–10. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area_de_Calidad/56_Pronacs.pdf
25. República de Bolivia. Constitución Política del Estado. Gac Of Boliv. 2009;
26. Murillo L. La calidad en los centros de salud de la Red 5 sur - Municipio de La Paz Propuesta de Intervención presentada para optar al título de Especialista en Gestión de Calidad y Auditoria Médica. 2019; postulante : tutor : Dr. M.Sc. Manuel Michel Alarcón. Propuesta de Intervención presentada para optar al título de Especialista en Auditoria Médica y Gestión de la Calidad. 2019.
27. General O. Código de ética institucional.

28. Financiado O, El POR, De I, De ACP, Actividades LAS, Con C, et al. EN SALUD : :6–13.
29. Universidad Pontifica Bolivariana, Diseño de un Manual para la implementación de un Sistema Integrado de Gestión bajo los requisitos de las normas NTC-ISO 9001:2008, NTC- ISO 14001:2004, NTC- ISO 18001:2007 y 17025:2005 para el Laboratorio de Toxicología del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Regional Noroccidente. Colombia, Medellín. Despliegue y alineación estratégica para el regional noroccidente del instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses. 2013.
30. Fajardo Caviedes JL. El rol y funciones del auditor medico como gestor del riesgo en salud. El rol y funciones del Audit Med como gestor del riesgo en salud. 2017;
31. España. Real Decreto 1148/2015, de 18 de diciembre, por el que se regula la realización de pericias a solicitud de particulares por los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en las reclamaciones extrajudiciales por hechos relativos a la circulación de. Boe [Internet]. 2015;18987–9106. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es-vc/l/2019/02/05/1>
32. Mejora PDECY. Plan de Calidad y Hospital Gregorio Marañón (liSGM). 2012;2011–2.
33. Inchauste M. Universidad Mayor de San Andrés . Propuesta de Implementación de la Auditoría Médica Interna en Historias Clínicas de la Unidad de Cirugía General – Hospital de Clínicas La Paz. postulante : tutor : Dr. M.Sc. Franz Calani Lazcano. Propuesta de Intervención presentada para optar al título de Especialista en Auditoria Médica y Gestión de la Calidad 2014.
34. Historia del IDIF (1).pdf [Internet]. Disponible en: <http://www.nunezdearco.com/Historia IDIF.htm>
35. Camacho L. Universidad Mayor de San Andrés. Identificación de Cadáveres NN, postulante : tutor: Dr . Marcel Otto Fernández Propuesta de Intervención presentada para optar al título de Especialista en Auditoria Médica y Gestión de la Calidad. 2019.

ANEXOS

Anexo 20.1. Árbol de problemas

Anexo 20.2. Árbol de objetivos

Anexo 20.3. Matriz del marco lógico

Anexo 20.4. Presupuesto

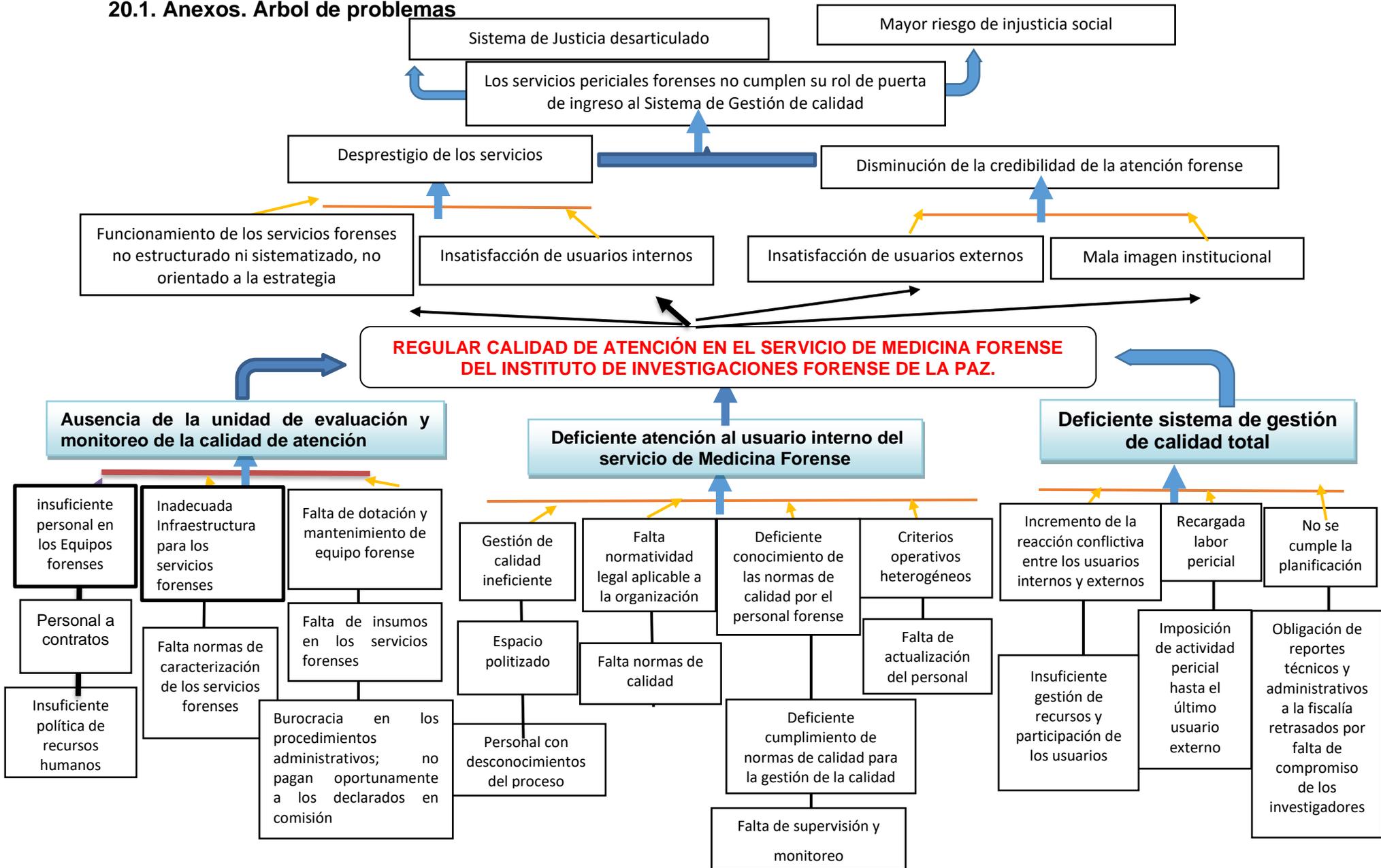
Anexo 20.5. Mapas de ubicación del proyecto

Anexo 20.6. Estructura institucional

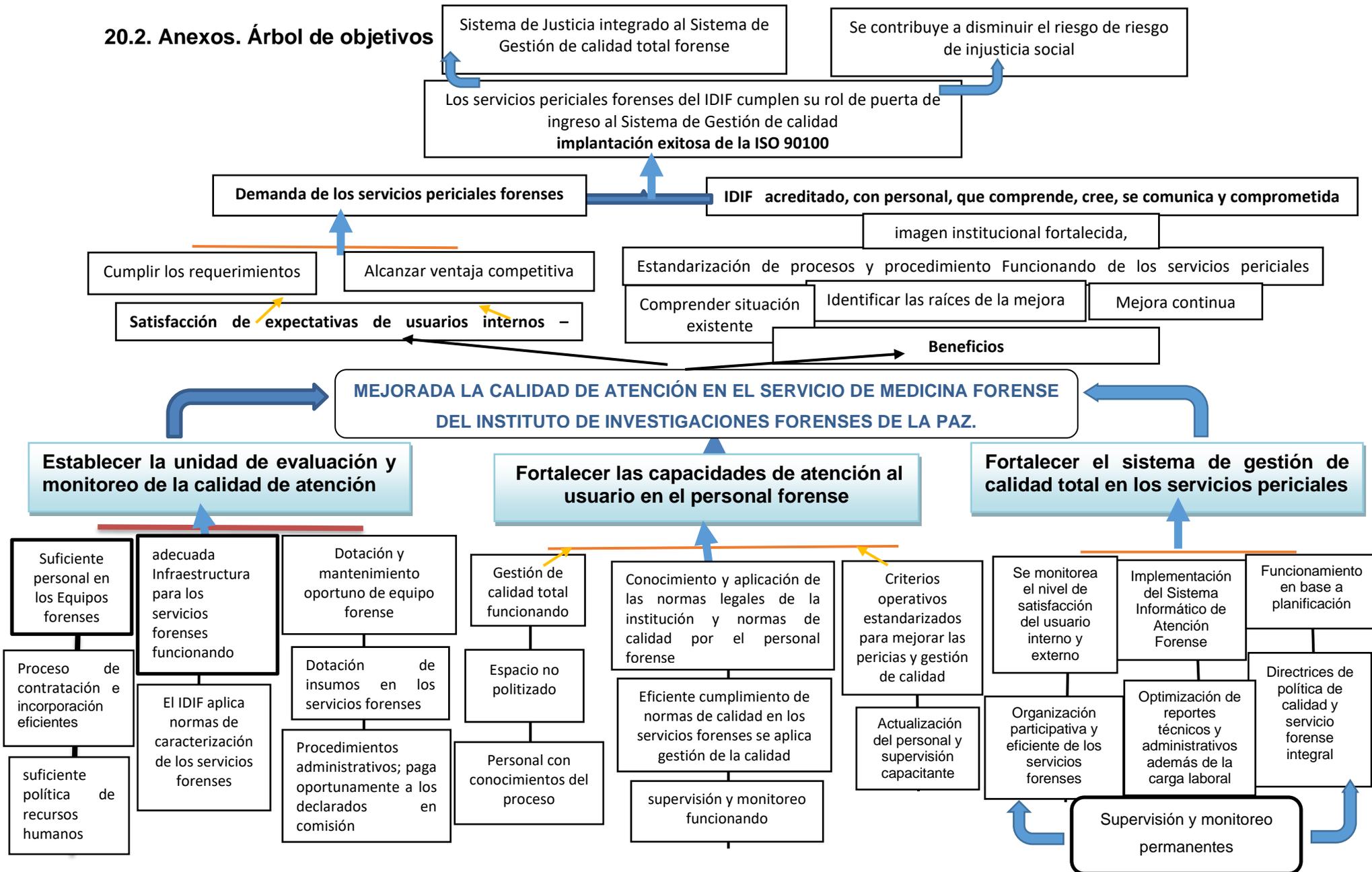
Anexo 20.7. Estructura organica instituto de investigaciones forenses IDIF108

Anexo 20.8. Cronograma del proyecto

20.1. Anexos. Árbol de problemas



20.2. Anexos. Árbol de objetivos



20.3. Anexos. Matriz del marco lógico

	META	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN:				
Contribuir a mejorar la calidad de atención en el servicio de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forenses en Bolivia				
PROPOSITO (OG):				
Mejorada la calidad de atención en el servicio de Medicina Forense del Instituto de Investigaciones Forenses de La Paz, en la gestión 2020	100% del personal del servicio de medicina forense ha mejorado la calidad de atención, a la conclusión del proyecto.	Nº servicios forenses que aplican el plan para la mejora continua de la calidad Nº de servicios periciales forenses con personal con capacidades de autoevaluación periódica, planes de gestión de calidad total y mejora implementadas con participación del personal forense y del ministerio público. Nº de servicios periciales forenses que aplican gestión de la calidad total para el mejoramiento continuo y acreditación Nº de servicios periciales forenses con acompañamiento, asesoramiento y seguimiento del gestor de calidad Nº de servicios forenses acreditados	Informe de capacitación autoevaluación acompañados por planes de gestión de calidad total y mejora continua por personal forense. Informe del gestor de calidad de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de los servicios forenses que aplican el plan de calidad. Informes de autoevaluación acompañados por planes de mejora continua por servicio forense, actas de reuniones. Actas de reuniones, informe de actividades en cada servicio forense por el gestor de calidad, informes de seguimiento a los servicios forense Certificados de Acreditación otorgados por el Comité de Acreditación del ministerio público por servicio forense Informe de capacitación y autoevaluación acompañados por planes de gestión de calidad total y mejora continua por personal forense Informe de seguimiento del gestor de calidad con relación a los servicios periciales forenses que aplican la gestión de calidad para el mejoramiento continuo y acreditación Informe de seguimiento de actividades en cada servicio forense por el gestor de calidad informes de seguimiento a los servicios periciales por el Comité de Acreditación Certificados de Acreditación otorgados por el Comité de Acreditación del IDIF Estadística de gestión de calidad y de mejora continua Encuesta Informe final del proyecto	Dirección y personal del servicio de medicina forense comprometido en la mejora de la calidad de atención

<p>RESULTADO:</p> <p>RESULTADO 1: Establecida la implementación de una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención.</p>	<p>Una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención en el servicio de medicina forense establecida</p>	<p>Un Gestor de calidad designado, posicionado, coordinando con el Director Nacional y Comité de acreditación.</p> <p>una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención funcionando</p> <p>Un Comité de gestión de calidad y Acreditación del Ministerio Público establecido, posicionando y funcionando</p> <p>Un equipo multidisciplinario de calidad, establecido, posicionado y funcionando</p> <p>Un Comité de gestión de calidad y Acreditación del IDIF posesionado y funcionando</p> <p>Un Diagnóstico situacional sobre infraestructura, equipamiento y recursos humanos realizado conjuntamente con la Dirección del I.D.I.F.</p> <p>Un Comité de análisis de la información forense de los servicios funcionando, realiza seguimiento a la mejora continua de los servicios</p>	<p>Acta de posesión y de reuniones del Comité de gestión de calidad y Gestor de Calidad con el Director Nacional</p> <p>Informes de los comités de análisis forense de los servicios forenses</p> <p>Informes de seguimiento del Comité de gestión de calidad y acreditación</p> <p>Informes de seguimiento del equipo multidisciplinario de calidad</p> <p>Informes de seguimiento del gestor de calidad</p> <p>Actas de reunión con diferentes instituciones</p> <p>Informes de Recursos necesario para su ejecución aprobado</p>	<p>Personal del servicio de medicina forense comprometida en la implementación de una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención</p>
<p>RESULTADO 2: Fortalecida las capacidades de atención al usuario interno del servicio de medicina forense.</p>	<p>El 100% del personal del servicio de medicina forense fortalecidas en sus capacidades de atención al usuario.</p>	<p>Un Gestor de calidad, coordinando con el Director Nacional y Comité de acreditación del Ministerio Público.</p> <p>50 funcionarios capacitados en temas de calidad bajo cronograma elaborado por el gestor de calidad en coordinación con el director y los actores.</p> <p>100% del personal de los servicios forenses conocen calidad total en su servicio</p> <p>1 visita semanal del gestor de calidad a los servicios forenses para el asesoramiento y seguimiento con el director del IDIF, en cada servicio bajo cronograma.</p> <p>Seguimiento semanal al correcto manejo, registro y archivo del informe forense por el gestor de calidad.</p> <p>Seguimiento quincenal al funcionamiento de los Comités de asesoramiento en cada servicio forense por el gestor de calidad</p>	<p>Plan de trabajo presentado por el gestor de calidad al Coordinador departamental</p> <p>Informes del gestor de calidad de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad</p> <p>Informes de autoevaluación inicial realizada por los responsables de los servicios forenses</p> <p>Informe de seguimiento del gestor de calidad</p> <p>actas de reunión con el equipo de calidad</p> <p>Informe de seguimiento del gestor de calidad por servicio forense sobre procesos y manual de calidad</p> <p>Informes de seguimiento de los equipos de calidad por servicios forense sobre procesos y manual de calidad</p> <p>Registro fotográfico</p> <p>Entrevistas a los usuarios</p> <p>Videos del proceso pre implementación</p> <p>Informe de diagnóstico aprobado</p> <p>Informes de Recursos necesario para su ejecución aprobado</p>	<p>Dirección y personal del servicio de medicina forense comprometidas en el fortalecimiento en sus capacidades de atención al usuario.</p>
<p>RESULTADO 3. Fortalecido el sistema de gestión de calidad total en los servicios periciales</p>	<p>Un sistema de gestión de calidad total en los servicios periciales fortalecido</p>	<p>100% del personal de los servicios forenses conocen y cumplen los estándares de calidad de su servicio</p> <p>70% expedientes forenses con registro y archivo correctos</p> <p>100% de Comités de asesoramiento funcionando</p> <p>100% de documentos elaborados y validados por el personal forense con el asesoramiento del gestor de calidad y aprobados por el director.</p> <p>5 servicios forenses con estrategias semestrales implementadas (buzón de sugerencias y encuestas al usuario externo) para conocer el criterio de usuarios</p> <p>Un Plan de estrategias de calidad total revisado, detallado y aprobado por la Alta Dirección</p> <p>Un Plan de actividades del SGCT revisado, detallado y aprobado por la Alta Dirección</p> <p>Un Plan de comunicación para implementar el SGCT revisado y aprobado por la Alta Dirección</p> <p>Un informe de Autoevaluación situacional realizado y entregado al Coordinador Departamental</p> <p>un Presupuesto, revisado, detallado y aprobado por la Alta Dirección</p>	<p>Plan de estrategias presentado por el gestor de calidad al Coordinador Departamental</p> <p>Informes de autoevaluación inicial realizada por los responsables de los servicios forense</p> <p>Actas de reuniones con el equipo de calidad</p> <p>Informe de seguimiento del gestor de calidad</p> <p>Manual de calidad presentado al Coordinador Departamental del IDIF LA PAZ por servicio forense</p> <p>Documentos presentados al coordinador departamental y al director del IDIF por servicio forense.</p> <p>Informe de gestor de calidad por servicio forense sobre procesos implementados</p> <p>Plan de estrategias presentado por el gestor de calidad al Coordinador Departamental</p> <p>Informes de autoevaluación inicial realizada por los responsables de los servicios forense</p> <p>Actas de reuniones con el equipo de calidad</p> <p>Informe de seguimiento del gestor de calidad</p> <p>Manual de calidad presentado al Coordinador Departamental del IDIF LA PAZ por servicio forense</p> <p>Informe de autoevaluación por servicio forense aprobado</p> <p>Informes de Recursos necesario para su ejecución aprobado</p> <p>Registro fotográfico</p>	<p>Dirección y Personal comprometidos en el fortalecimiento de un sistema de gestión de calidad total en los servicios periciales.</p>

ACCIONES				
Actividades 1. Establecer la Implementación de una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención				
R1. A1. Elaborar un plan de calidad para establecer una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención en el servicio de medicina forense.		1 Diagnóstico situacional sobre infraestructura, equipamiento y recursos humanos realizado conjuntamente con la Dirección del I.D.I.F. 1 plan aprobado 1 informe elaborado con resultado del diagnóstico, por el equipo de calidad	plan de calidad presentado y aprobado	El gestor de calidad, coadyuva a agilizar la elaboración de un plan de calidad con la dirección y comité de análisis de información forense
R1. A2. Implementar una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención en el servicio de medicina forense		1 gestor de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad en el servicio de medicina forense, posesionado por el DIRECTOR DEL I.D.I.F, con reglamento interno, 4 reuniones registradas, emisión de recomendaciones 1 unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención en el servicio de medicina forense, implementado por el DIRECTOR DEL I.D.I.F, con reglamento interno, 4 reuniones registradas, emisión de recomendaciones	unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención aprobado y funcionando	El gestor de calidad, implementar una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención coordinando con la dirección y comité de análisis de información forense
R1. A3. Posesionar al gestor de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad, del Instituto de Investigaciones Forenses.		1 acta de posición	un gestor de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y acreditación, presentado y posesionado un plan de calidad y acreditación aprobado	El gestor de calidad, implementar una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención coordinando con la dirección y comité de análisis de información forense, presenta de un plan de calidad y acreditación
R1. A4. Elaborar reglamento interno y reuniones bimensuales para implementar la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad		1 informe elaborado con resultado del diagnóstico, plan de trabajo por la dirección del I.D.I.F. y un reglamento interno	resultado del diagnóstico un reglamento interno aprobado acta de reuniones bimensuales para implementar la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad	El gestor de calidad, implementar una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención coordinando con la dirección y comité de análisis de información forense, presenta el reglamento interno
R 1. A5 Coordinar con la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad, con los comités de análisis de la calidad de la división forense y el Ministerio Público un plan de mejora y acreditación.		7 actividades de coordinación realizada en Comités de Análisis de la información forense en 3 servicios. 3 actividades de coordinación en Comités de análisis de la información forense	presentación de un plan de mejora y acreditación a la dirección presentación de un plan de mejora y acreditación al comité de análisis de información forense acta de coordinación con el comité de análisis de información	El gestor de calidad, implementar una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención coordinando con la dirección y comité de análisis de información forense, presenta un plan de mejora y acreditación.
R 1. A 6 Gestionar con Dirección del I.D.I.F. para la dotación de equipamiento, Mantenimiento y refacción de los consultorios forenses.		7 actividades de coordinación realizada con la dirección. 3 actividades de coordinación en los Comités de análisis de la información forense del instituto. 1 Comité de análisis de la información forense de los servicios realizan seguimiento a la mejora continua de los servicios.	Cuaderno de actas solicitud de dotación de equipamiento, Mantenimiento y refacción de los consultorios forenses	El gestor de calidad, implementar una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención coordinando con la dirección y comité de análisis de información forense, presenta solicitud de dotación de equipamiento, Mantenimiento y refacción de los consultorios forenses

Actividades 2. Fortalecer las capacidades de atención al usuario interno del servicio de medicina forense				
R2. A1. Nombramiento de un gestor de calidad, quien, a través del asesoramiento y seguimiento continuo, coadyuva a agilizar el Plan de Calidad		1 Gestor de calidad designado con memorando, realiza asesoramiento y seguimiento continuo	El director del IDIF, realiza el nombramiento de un gestor de calidad, memorando de designación	el gestor de calidad, realiza asesoramiento y seguimiento continuo, coadyuva a agilizar los procesos, la elaboración y validación de documentos internos, las actividades de capacitación en los servicios forenses seleccionados.
R2.A2. Elaborar un plan de fortalecimiento de capacidades de atención al usuario al personal del servicio de medicina forense.		1 autoevaluación realizada, 1 plan de acción aprobado, y entregada al director del IDIF por el gestor de calidad	Resultado de la autoevaluación Resultado del diagnóstico	Realizar la autoevaluación de inicio
R2. A3. Capacitar en normas de calidad al personal forense y metodología para la mejora continua.		50 funcionarios capacitados en gestión de calidad	Informe, lista de asistentes	Participación activa y compromiso de la alta dirección y Comité de Gestión de Calidad y acreditación del MINISTERIO PUBLICO
R2. A4. Seguimiento del correcto manejo, registro, ordenamiento y archivo del expediente forense		7 visitas mensuales del gestor de calidad de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad a cada servicio forense para el seguimiento del plan de trabajo, manejo, registro, ordenamiento y archivo del expediente o informe forense. 1 seguimiento semanal realizado por el director del IDIF y por la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad	Resultado del diagnóstico Informe sobre el avance	Resultado del diagnóstico que se difundirá a todo el personal mediante los medios de comunicación adecuados por el gestor de calidad trabajo conjunto de todo el personal y es el elemento principal para realizar auditorías forenses
R2. A5. Elaboración y validación de documentos e instrumentos.		7 visitas mensuales del gestor de calidad de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad a cada servicio forense para el seguimiento del plan de trabajo, elaboración y validación de documentos e instrumentos.	Resultado del diagnóstico Documentos aprobados	Los manuales, reglamentos, programas, procesos y procedimientos, son facilitados por el gestor de calidad; deben ser revisados y validados por el personal forense y aprobados por el director del IDIF.
R2. A6. Asesoramiento para la conformación de los comités técnicos y seguimiento de su funcionamiento		1 informe mensual al Director del IDIF por el gestor de calidad de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad, sobre el asesoramiento realizado	Resultado del diagnóstico Documentos aprobados	Comité técnico forense, Comité de Gestión de Calidad forense, Comité de Laboratorios forenses, Comité de Vigilancia Epidemiológica Forense coordinan con unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención.
R2. A7. Seguimiento al desarrollo de mecanismos de gestión de satisfacción del usuario ordenados y sistematizados		1 informe mensual al Director del IDIF por el gestor de calidad de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad, sobre el desarrollo de mecanismos de gestión de satisfacción del usuario	Resultado del diagnóstico Documentos aprobados	se define procesos y procedimientos para conocer la opinión de los pacientes y realizar acciones correctivas, gestionar quejas o reclamos).

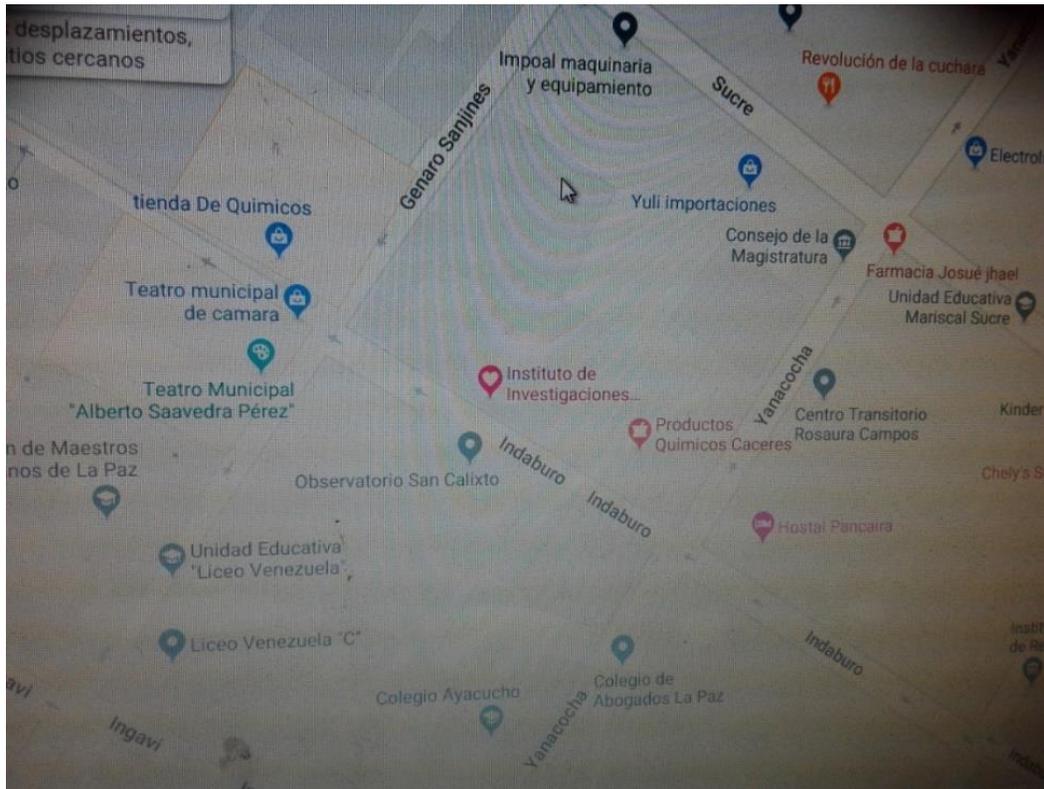
Actividades 3. Fortalecer el sistema de gestión de calidad total en los servicios periciales				
R3 A1. Elaborar un plan de fortalecimiento de capacidades en gestión de calidad total al personal del servicio de medicina forense.		1 plan de fortalecimiento elaborado y aprobado por el gestor de calidad.	plan de fortalecimiento en gestión de calidad total aprobado	El director y personal forense con el asesoramiento del gestor de calidad elaboran un plan de calidad total para fortalecer capacidades en el personal forense
R3. A2. Realizar la autoevaluación en equipo para conocer la situación inicial en el cumplimiento de estándares de calidad.		1 autoevaluación elaborado y aprobado, con relación al cumplimiento de los estándares de calidad por los servicios forenses	Resultado de la autoevaluación	El director y personal forense firman un acta de compromiso con la Coordinación del Ministerio Público para la acreditación.
R3. A3. Realizar capacitación al personal forense con relación a los estándares específicos de su servicio		50 funcionarios capacitados en estándares de calidad un Gestor de calidad designado en gestionar y provisionar los recursos necesarios para el diseño del Sistema de Gestión de Calidad	Resultado del cumplimiento de estándares	se interioriza y coordina con otro personal los que corresponden al equipo, identificando las tareas que deben desarrollarse.
R3.A4. Realizar capacitación en gestión de calidad total y metodologías de mejora continua al personal forense para implementar, el Sistema de Gestión de Calidad total.		50 funcionarios capacitados en gestión de calidad un Gestor de calidad designado en gestionar y provisionar los recursos necesarios para el diseño del Sistema de Gestión de Calidad	informe del desarrollo de la capacitación en gestión de calidad total y metodologías de mejora continua informe del mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad total	Participación activa y compromiso de la alta dirección y Comité de Gestión de Calidad y acreditación del MINISTERIO PÚBLICO
R3. A5. Revisar y validar gradualmente, los manuales de procesos, procedimientos, reglamentos, protocolos forenses exigidos por la norma para el servicio forense		1 informe mensual realizado por la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y los comités de asesoramiento al director del IDIF.	Documentos aprobados	coordinando con otros servicios los documentos compartidos. Los mismos serán aprobados por el director del I.D.I.F.
R3. A6. Conformar y dar funcionalidad a Comités de asesoramiento		1 informe mensual realizado por los comités de asesoramiento al director del IDIF. 1 Comité de gestión de calidad y auditoría forense funcionando, emiten evaluaciones y recomendaciones. 1 Comité de laboratorio forense funcionando 1 Comité técnico administrativo funcionando 1 Comité de Bioseguridad y manejo de residuos funcionando 5 memorandos de designación a los integrantes de cada comité 1 reglamento interno aprobado 1 cuadernos de actas	Cuaderno de actas informe del desarrollo y funcionamiento de comités de asesoramiento	Comité de gestión de calidad y auditoría forense, Comité de laboratorio forense, Comité técnico administrativo, Comité de Bioseguridad y manejo de residuos funcionando El director del establecimiento emite los memorandos de designación a los integrantes de cada comité, los cuales elaboran su reglamento interno, registran sus actividades en cuadernos de actas, realizan evaluaciones y emiten recomendaciones. El director del establecimiento realiza seguimiento trimestral al funcionamiento de los comités.
R3. A7. Desarrollar mecanismos para identificar la opinión de los usuarios, analizando en el Comité de Análisis de la información Forense las boletas del buzón de sugerencias para tomar acciones correctivas en caso necesario		7 servicios forenses con Procesos y procedimientos elaborados por el personal 1 informe mensual y anual del comité de análisis forense y la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad 1 comité de análisis forense funcionando 1 unidad de evaluación y monitoreo de la calidad funcionando	informe del desarrollo y funcionamiento del Comité de Análisis de la información Forense	Realizar encuestas en forma semestral; actividades de difusión a los usuarios sobre derechos y deberes tanto del usuario como del personal forense.
R3. A8. Realizar múltiples simulacros internos de evaluación para la acreditación, tanto por servicio como en forma conjunta		7 servicios forenses realizan simulacros internos de evaluación para la acreditación 1 informe mensual y anual del comité de análisis forense y la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad. un Gestor de calidad designado en establecer los mecanismos y metodología de comunicación interna y consulta dentro de la organización	informe de recursos necesarios para el diseño suficiente y aprobado para la acreditación informe del desarrollo y mantenimiento del sistema de comunicación interna y consulta dentro de la institución	solicitud de evaluación externa al Ministerio Público.

ANEXO 2 PRESUPUESTO CONSOLIDADO

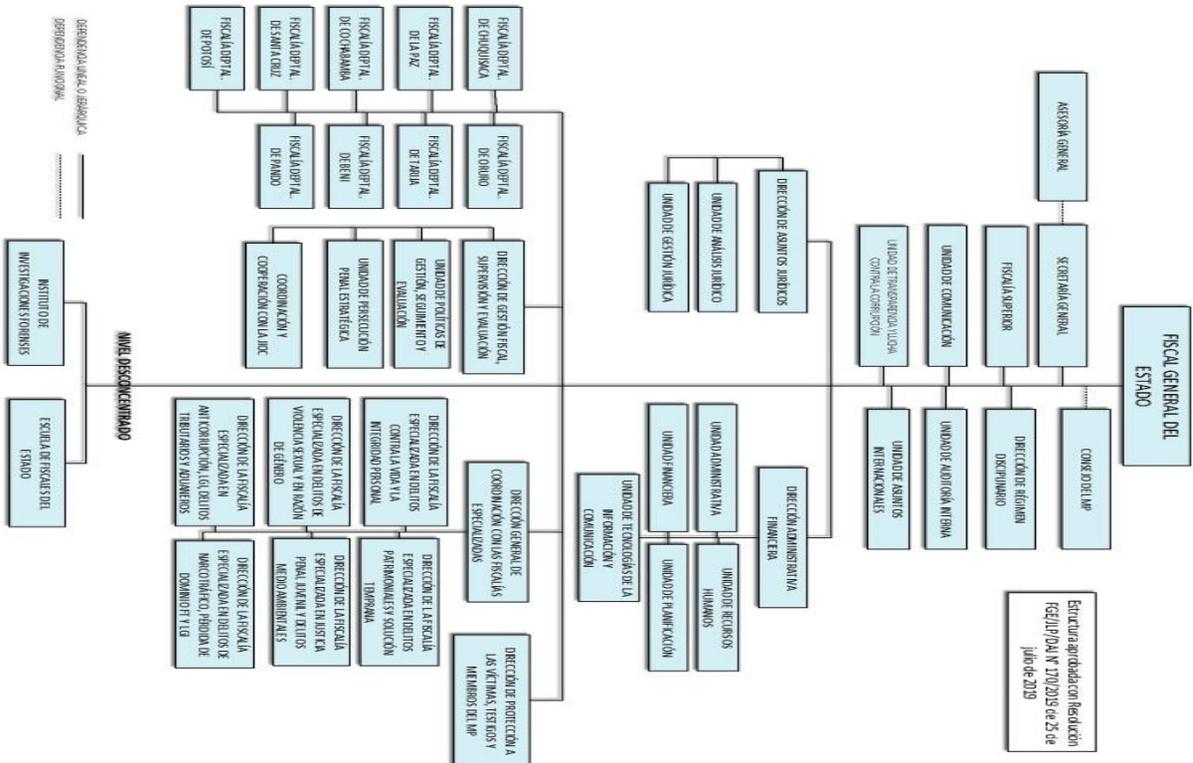
No. Proyecto: 06-10

CATEGORIAS DE PRESUPUESTO / RUBRO	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD REQUERIDA	COSTO UNITARIO	VALOR TOTAL
A. CAPACITACION:				
COMPONENTE 1 : Establecer la implementación de una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención.				
Taller 1. Elaborar reglamento interno y reuniones bimensuales para implementar la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y acreditación, del Instituto de Investigaciones Forenses	numero	50	5	250
TOTAL POR COMPONENTE				250
COMPONENTE 2 : Fortalecer las capacidades de atención al usuario en el personal del servicio de Medicina Forense.				
Taller 2. Capacitar en normas de calidad al personal forense y metodología para la mejora continua	numero	50	5	250
TOTAL POR COMPONENTE				250
COMPONENTE 3 : Fortalecer el sistema de gestión de calidad total en los servicios periciales				
Taller 3. Realizar capacitación al personal forense con relación a los estándares específicos de su servicio forense	numero	50	5	250
TOTAL POR COMPONENTE				250
Taller 4-- Realizar capacitación en gestión de calidad total y metodologías de mejora continua al personal forense para implementar el Sistema de Gestión de Calidad total	numero	50	5	250
TOTAL POR COMPONENTE				250
TOTAL POR COMPONENTE e1, e2, e3				1000
B. EQUIPO:				
Dotación de equipos de computo	numero	1	3500	3500
camara fotografica o de video	numero	1	2000	2000
C. MATERIALES:				
Pre y post test	numero	200	1	200
Formularios	numero	200	1	200
Fotocopias	numero	200	0.1	20
Boligrafos	numero	200	1	200
Hojas papel bond	numero	500	0.5	250
D. PERSONAL				
Gestor de calidad	numero	1	3500	3500
Contador/a	numero	1	3000	3000
E. ASISTENCIA TECNICA				
Consultoria 1 TALLER 1	numero	1	1000	1000
Consultoria 2 TALLER 2	numero	1	1000	1000
Consultoria 3 TALLER 3	numero	1	1000	1000
Consultoria 4 TALLER 1	numero	1	1000	1000
F. PROMOCION/DIVULGACION/				
Publicaciones	manual	1	50	50
Material difusión	triplicados	1	200	200
Servicios imprenta	numero	250	500	125000
H. VIATICOS Y TRANSPORTE				
Viáticos	numero	4	50	50
Combustible	numero	1	10	10
Transporte terrestre	numero	1	25	25
G. GASTOS ADMINISTRATIVOS				
Servicio internet	numero	1	200	200
Tel. agua, electricidad	numero	1	50	50
Envío materiales	numero	1	25	25
TOTAL				145175

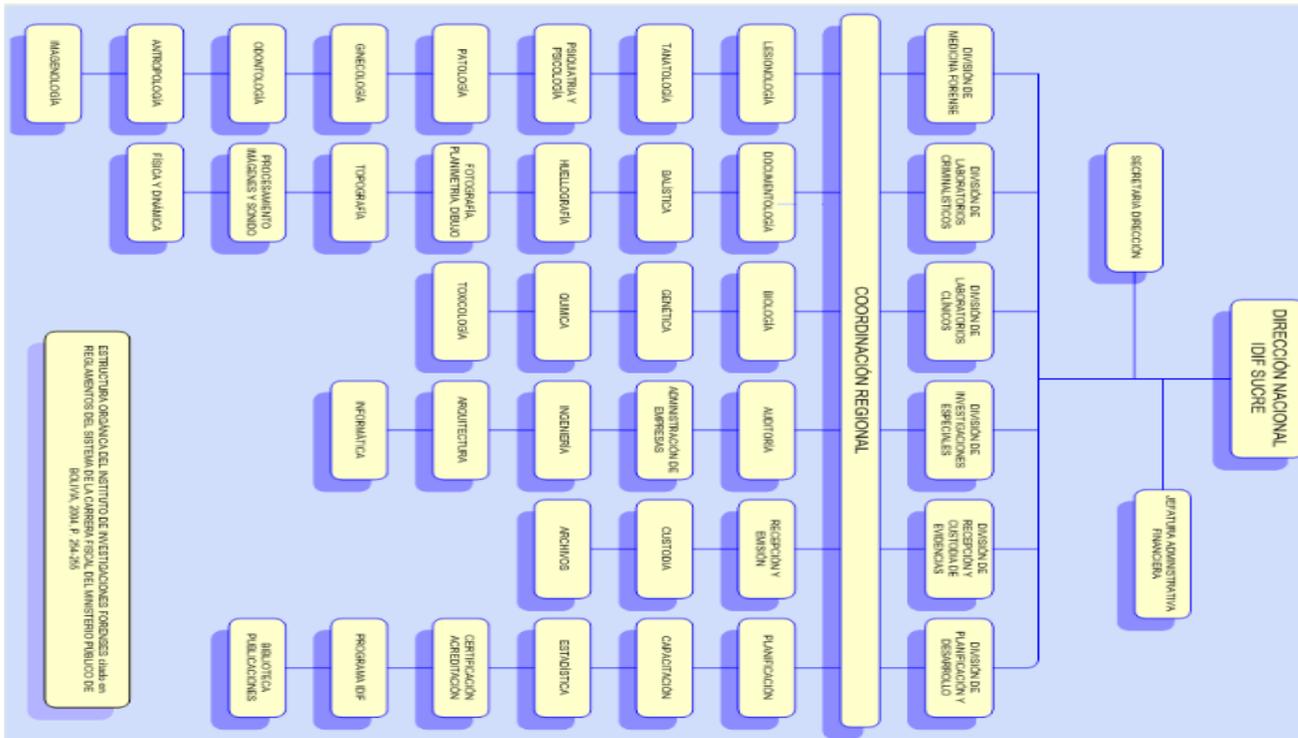
20.5. Anexos. Mapas de ubicación del proyecto



20.6. Anexos. Estructura institucional



20.7. Anexos. Estructura orgánica instituto de investigaciones forenses - IDIF



20.8. Anexos. Cronograma del proyecto

ACTIVIDAD	AÑO N.1											
	MES			MES			MES					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Objetivo 1. Establecer la implementación de una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención.												
Actividad 1. Elaborar un plan de calidad para establecer la una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención en el servicio de medicina forense.												
Actividad 2. Implementar una unidad de evaluación y monitoreo de la calidad de atención en el servicio de medicina forense												
Actividad 3. Posicionar al gestor de la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y acreditación, del Instituto de Investigaciones Forenses.												
Actividad 4. Elaborar reglamento interno y reuniones bimensuales para implementar la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y acreditación, del Instituto de Investigaciones Forenses.												
Actividad 5. Condicionar la unidad de evaluación y monitoreo de la calidad y acreditación, con los comités de análisis de la calidad de la división forense y el Ministerio Público un plan de mejora y acreditación												
Actividad 6. Gestionar con Dirección del I.D.I.F. para la dotación de equipamiento, Mantenimiento y relación de los consultorios forenses												
Objetivo 2. Fortalecer las capacidades de atención al usuario en el personal del servicio de Medicina Forense												
Actividad 1. . Nomenclamiento de un gestor de calidad, quien, a través del asesoramiento y seguimiento continuo, coadyuva a agilizar el Plan de Calidad												
Actividad 2. Elaborar un plan de fortalecimiento de capacidades de atención al usuario al personal del servicio de medicina forense.												
Actividad 3. Capacitar en normas de calidad al personal forense y metodología para la mejora continua.												
Actividad 4. Seguimiento del correcto manejo, registro, ordenamiento y archivo del expediente forense, para verificar el cumplimiento de normas, guías, manuales de procedimiento y protocolos forenses.												
Actividad 5. Elaboración y validación de documentos e instrumentos.												
Actividad 6. Asesoramiento para la conformación de los comités técnicos y seguimiento de su funcionamiento												
Actividad 7. Seguimiento al desarrollo de mecanismos de gestión de satisfacción del usuario, ordenados y sistematizados.												
Objetivo 3. Fortalecer el sistema de gestión de calidad total en los servicios periciales.												
Actividad 1. . Elaborar un plan de fortalecimiento de capacidades en gestión de calidad total al personal del servicio de medicina forense.												
Actividad 2. Realizar la autoevaluación en equipo para conocer la situación inicial en el cumplimiento de estándares de calidad.												
Actividad 3. Realizar capacitación al personal forense con relación a los estándares específicos de su servicio forense												
Actividad 4. Realizar capacitación en gestión de calidad total y metodologías de mejora continua al personal forense para implementar el Sistema de Gestión de Calidad total.												
Actividad 5. Revisar y validar gradualmente, los manuales de procesos, procedimientos, reglamentos, protocolos forenses exigidos por la norma para el servicio												
Actividad 6. Conformar y dar funcionalidad de Comités de asesoramiento												
Actividad 7. Desarrollar mecanismos para identificar la opinión de los usuarios, analizando en el Comité de Análisis de la Información Forense las boletas del buzón de sugerencias para tomar acciones correctivas en caso necesario.												
Actividad 8. Realizar múltiples simulacros internos de evaluación para la acreditación, tanto por servicio como en forma conjunta-												