INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

DIAGNÓSTICO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL "FEDERICO MORA"

Nombre: Hospital de Salud Mental Dr. Federico Mora

Año de fundación: 1983

Tipo de institución: Gobierno Central, pertenece al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Número de trabajadores: 549 [1]

Presupuesto 2023: 79,137,403.00 [2]

Objetivo General: Garantizar la atención de la población del territorio guatemalteco en problemas psiquiátricos y psicológicos, que permita mejorar su salud y convivir dignamente en la sociedad.

[1] Información Pública Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – Septiembre 2023

[2] Portal de Transparencia Presupuestaria, Ministerio de Finanzas Públicas, noviembre 2023

Introducción

En el análisis realizado en el Hospital de Salud Mental Federico Mora, respecto a su Direccionamiento Estratégico, se investigaron, durante el periodo del 1 de marzo al 14 de noviembre del presente año, cinco indicadores, siendo estos: 1) Mecanismos de coordinación y comunicación; 2) Innovación y disposición al cambio; 3) Visión prospectiva; 4) Compromiso institucional con interés público y 5) Clima Organizacional.

En el presente informe se detallan los hallazgos en el marco de cada indicador, resaltando que en el indicador de mecanismos de coordinación y comunicación, se evidenció que en la ejecución de las funciones, existe una sola persona que funge un papel táctico, lo que denota alta concentración del ejercicio de autoridad, que influye en la centralización de la información, la efectiva transmisión y recepción de ésta, por ende, un alto riesgo en la continuidad del servicio.

Las funciones se ven afectadas pues no se logra una adecuada articulación en la ejecución de actividades. No existe un mecanismo para identificar aciertos y errores en la ejecución de las mismas, que permita gestionar adecuadamente el conocimiento y la experiencia que el personal adquiere en la ejecución de las tareas.

No se cuenta con mecanismos para garantizar el efectivo y oportuno cumplimiento de las decisiones técnicas, emanadas de los distintos comités conformados.

Dentro del Hospital Federico Mora, se gestiona por funciones y no por procesos, lo que implica que no se han identificado y diseñado las actividades secuenciales e imprescindibles en función de responder eficiente y eficazmente a las necesidades y demandas de los usuarios; esto limita que las diferentes áreas que integran el Hospital, logren identificar cual es el proceso al que deben responder, la importancia y el aporte de su trabajo a este; así como el de las otras áreas del Hospital, lo que incide en la escasa colaboración interdepartamental existente.

En el tema de innovación y disposición al cambio, el Hospital Federico Mora opera actualmente bajo la lógica de atender las situaciones coyunturales y resolver los problemas diarios, lo que impide asumir una posición estratégica para formular proyectos a mediano y largo plazo que permitan innovar; aunado a ello, el monitoreo y evaluación son escasos, por lo que no se cuenta con información suficiente y pertinente para mejorar la gestión y la calidad de los servicios.

Asimismo, en el análisis del indicador de visión prospectiva, se observó que las herramientas de direccionamiento oficiales no reflejan el producto que según el mandato debe obtenerse, por lo que se evidencia que el macroproceso no se ha identificado y que la planificación de los productos y subproductos no es la adecuada para resolver la problemática de salud mental.

Al profundizar en el indicador sobre compromiso institucional con interés público, se denotó la falta de identificación de la problemática social, la población elegible y el área de intervención que debe atenderse, impide que exista un buen diseño y ejecución del servicio enfocado en las necesidades de la población para generar valor público.

Adicionalmente, no se cuenta con manual de procedimientos que defina con precisión las actividades y atribuciones de cada servidor público, realizando tareas inconclusas o inadecuadas, propiciando inconvenientes en los equipos de trabajo.

En torno al indicador de clima organizacional, se detectó la falta de una visión sistémica y la deficiente gestión del recurso humano de tal forma que no propicia el trabajo en equipo, lo que impide tener conciencia del aporte e importancia del trabajo individual para desarrollar procesos eficientes y eficaces con el fin de lograr

Índice

Resumen Ejecutivo ***I***

INFORME DE DIAGNÓSTICO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL FEDERICO MORA ***1***

1. Indicadores y variables de análisis de cada dimensión estudiada **1**

1.1 Mecanismos de Comunicación y Coordinación 3
1.1.1 Comunicación Abierta y Transparente 3
1.1.2 Retroalimentación Constructiva 5
1.1.3 Colaboración interdepartamental 6
1.2 Innovación y disposición al cambio 7
1.2.1 Implementación de metodologías emergentes e innovadoras 7
1.2.2 Colaboración externa y sinergias 9
1.2.3 Inteligencia Organizacional 9
1.3 Visión Prospectiva 11
1.3.1 Herramientas de Direccionamiento Oficiales 11
1.3.2 Herramientas de Direccionamiento no Oficiales 13
1.3.3 Capacidad de respuesta 14
1.4 Compromiso Institucional con el Interés Público 14
1.4.1 Transparencia y Rendición de Cuentas 14
1.4.2 Eficiencia y Eficacia 16
1.4.3 Inclusión 19
1.5 Clima Organizacional 20
1.5.1 Trabajo en equipo 20
1.5.2 Compromiso, Motivación y Confianza 21

2. Conclusiones y Recomendaciones **24**

Resumen Ejecutivo

La gestión pública tiene el desafío de anticiparse y adaptarse a los cambios que la realidad impone, para satisfacer de forma óptima las necesidades de la ciudadanía y generar valor público.

Las instituciones son un conjunto de elementos interdependientes, que interactúan permanentemente entre sí y con el entorno, para alcanzar el fin para el que fueron creadas. Por ende, constituyen sistemas abiertos, que requieren incorporar el enfoque de gestión por procesos para operar bajo un marco de pensamiento y acción sistémico, integral e integrador a través del cual logren producir bienes y prestar servicios que efectivamente generen resultados de desarrollo, tal como lo propone el nuevo modelo de gestión que impulsa el INAP.

En tal sentido a continuación se presentan los resultados del diagnóstico realizado para determinar las brechas de la gestión del Hospital Federico Mora, con respecto a dicho modelo de gestión:

Resultados

- En una escala de 1 a 100 puntos

  Donde 1 refleja el menor desarrollo de (nombre de la dimensión) en la institución y 100 el mayor desarrollo posible

  Hospital de Salud Mental Dr. Federico Mora refleja un desarrollo de 44 puntos.

- De acuerdo con lo anterior, el **nivel de desarrollo** de **Direccionamiento Estratégico es (inicial-intermedio-óptimo)**.

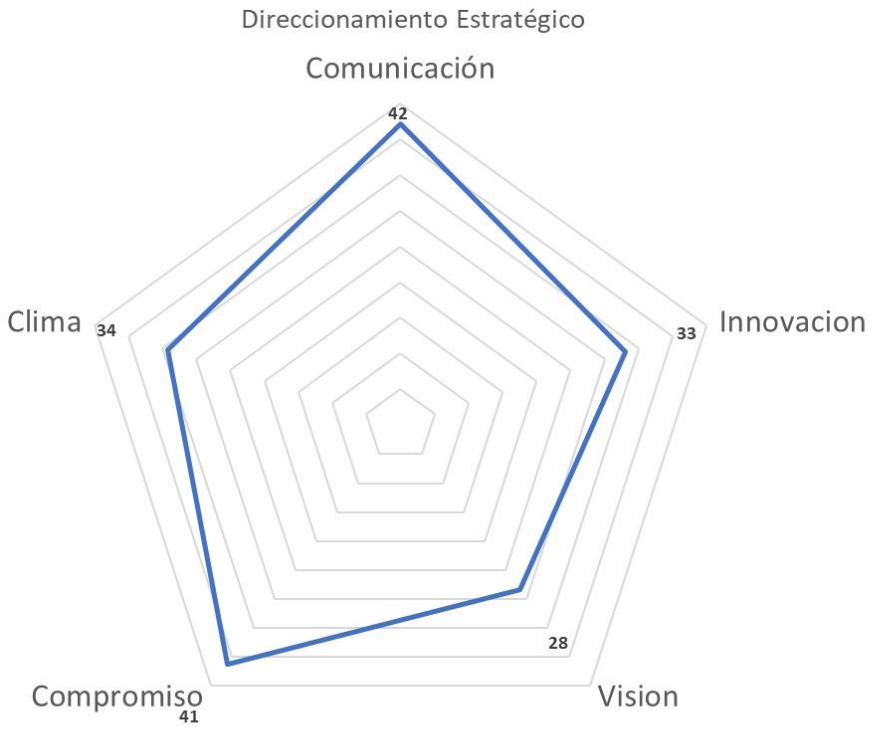
- Los indicadores y variables de **Direccionamiento Estratégico** analizadas fueron:
  - Indicador Mecanismos de Comunicación y Coordinación y sus variables: Comunicación Abierta y Transparente, Retroalimentación Constructivista, Colaboración interdepartamental
  - Innovación y disposición al cambio: Implementación de metodologías emergentes e innovadoras, Colaboración externa y sinergias, Inteligencia organizacional
  - Visión prospectiva: Herramientas de direccionamiento oficiales, Herramientas de direccionamiento no oficiales, Capacidad de respuesta
  - Compromiso institucional con el interés público: Transparencia y rendición de cuentas, Eficiencia y eficacia, Inclusión
  - Clima Organizacional: Trabajo en equipo, Compromiso, motivación y confianza

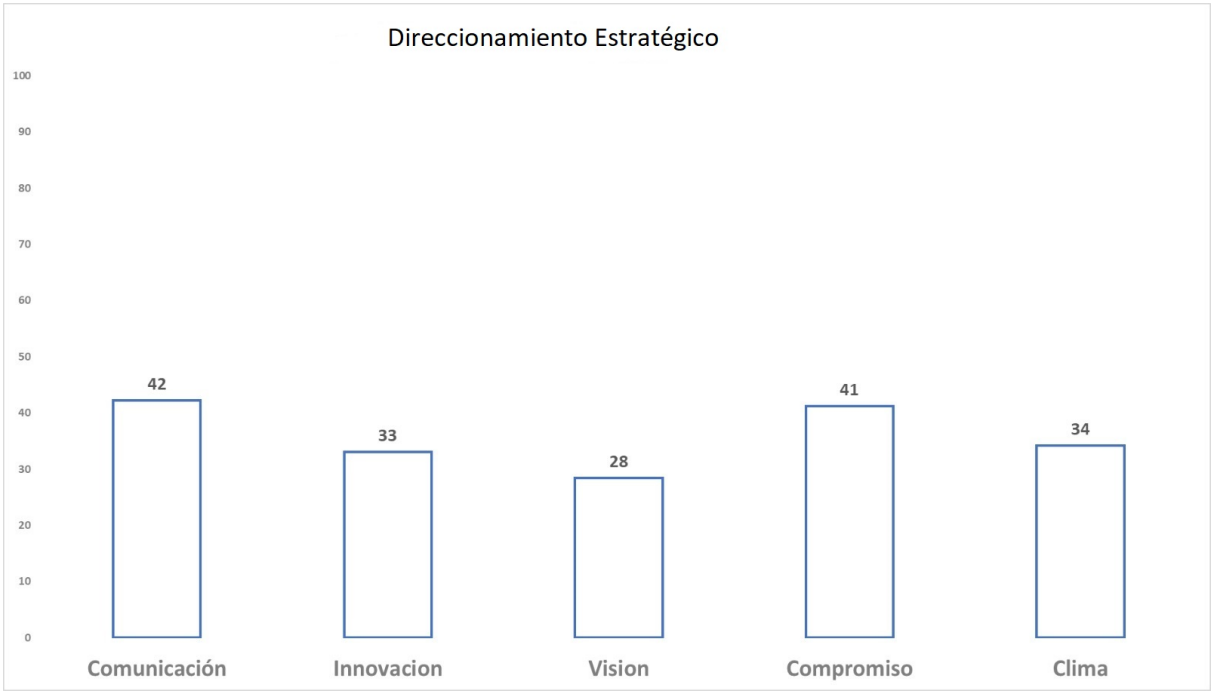
- Las **fortalezas** y **áreas de oportunidad por cada indicador de la dimensión estudiada** son:

	Fortalezas	Áreas de Oportunidad
Mecanismos de Comunicación y Coordinación	Existe una comunicación clara y fluida a nivel interpersonal, entre los compañeros de trabajo y con sus jefes, en algunas unidades. Se mantiene una relación armoniosa, respetuosa y cordial entre algunos jefes y subalternos para resolver conflictos que surgen en el desarrollo de las actividades.	Desarrollar comunicación asertiva, fortalecer los mecanismos de comunicación institucional y el traslado de información y seguimiento de las acciones, para la efectiva ejecución de los procesos sustantivos de la institución. Implementar mecanismos de seguimiento al cumplimiento de acuerdos entre jefes y subalternos. Fortalecer la comunicación formal vertical y horizontal de las instrucciones y el traslado de la información técnica necesaria y suficiente para la ejecución efectiva de los procesos sustantivos de la institución y prestación de servicios.
Innovación y Disposición al cambio	Hay una incipiente apertura de una parte del personal para promover cambios y mejoras en los procesos y actividades que se realizan. Su carácter de hospital escuela contribuye a la formación y desarrollo del talento humano en el área de la salud mental para la continuidad de la atención a este tipo de pacientes. Hay una inicial visión para tomar en cuenta la información disponible en diversos formatos en las unidades para legitimar las decisiones adoptadas.	Es necesario generar condiciones e implementar prácticas a nivel gerencial que permitan establecer una cultura de innovación, creatividad y disposición al cambio, incorporando metodologías innovadoras para mejorar los servicios. Fortalecer las capacidades de gestión de cooperación e identificar actores con los cuales puedan establecerse alianzas y formalizar convenios para que la institución cuente con recursos para innovar y elevar el valor público que genera. Fortalecer la gestión de sistemas de información estratégicos, tácticos y operativos que permitan la toma de decisiones basada en evidencia objetiva, generada sistemática, continua e integralmente y que esté disponible y accesible a los usuarios; así como, la incorporación de prácticas para la generación y transferencia de conocimientos al personal del hospital, como práctica permanente, para desarrollar la inteligencia organizacional.

Visión Prospectiva	En el hospital existe personal con conciencia, responsabilidad y compromiso con el servicio. En general brindan una atención cálida y amable al paciente.	Fortalecer la vinculación entre la gestión por procesos, productos y subproductos del hospital Federico Mora y la del ente rector, con el fin de garantizar el cumplimiento de la misión institucional, insertando a los pacientes a la sociedad, ampliando su gestión más allá de la atención a los pacientes. Lo cual implica hacer un uso apropiado de las herramientas de direccionamiento oficiales, ya que actualmente se utiliza una herramienta interna denominada Balance Requisición y Envío de Suministros -BRES-, pero es de carácter eminentemente operativo. Se identificó la necesidad de incorporar a nivel estratégico, herramientas de direccionamiento no oficiales que complementen y/o faciliten el uso de las herramientas oficiales y con ello elevar su utilidad, así como la gestión y la capacidad de respuesta en sí. El uso de las herramientas de direccionamiento oficiales y no oficiales incrementa sustancialmente la capacidad de respuesta de la institución ante situaciones planificadas y permite anticipar prospectivamente situaciones fortuitas o cambios en el entorno a los cuales haya que responder o adaptarse.

Compromiso Institucional con el Interés Público	Hay correspondencia entre funciones, responsabilidades y atribuciones con las actividades que el personal realiza tanto en las áreas sustantivas como las de apoyo, en general el que hacer del hospital se enfoca a ofrecer los servicios que corresponden a su mandato. Hay personal que muestra un alto nivel de responsabilidad en el cumplimiento de sus obligaciones y atribuciones para alcanzar metas y objetivos institucionales. Es una institución abierta a brindar los servicios de salud mental con un enfoque incluyente, independientemente del idioma, cultura, condición económica, grupo étnico y otras características o condiciones de los usuarios.	Se cumple con las prácticas de transparencia que establece la ley. Sin embargo, aún no se desarrollan mecanismos para satisfacer el acceso a la información de los ciudadanos. El ejercicio práctico de una adecuada gestión se refleja en el cumplimiento de objetivos y resultados de la institución, así como en la generación de valor público. En tal sentido, se evidencia escaza capacidad institucional para utilizar de forma óptima los recursos y contribuir a una efectiva reinserción social de los pacientes. Brindar un servicio integral y de calidad conlleva desarrollar procesos de capacitación y sensibilización sistemática y continua al personal de la institución en términos del respeto a la diversidad, el ejercicio efectivo de los derechos humanos y la inclusión como principio que debe observar toda institución pública.
Clima Organizacional	El manifiesto trabajo en equipo en las unidades del hospital permite alcanzar los resultados que se esperan de cada unidad. Entre compañeros de la misma unidad se mantiene la confianza del cumplimiento de las responsabilidades y objetivos asumidos en forma colectiva en su área de trabajo.	Desde los niveles estratégicos es imprescindible incorporar el trabajo en equipo como un elemento sustancial de la cultura organizacional para potenciar el desempeño de la institución, cumplir el mandato y alcanzar de manera óptima sus objetivos. Así como para fomentar la creatividad, generar estructuras de trabajo flexibles y más horizontales, desarrollar las habilidades sociales y elevar la participación. En la institución es un desafío mejorar el clima institucional para elevar el nivel de compromiso, motivación y confianza en el personal, que genere un mejor desempeño en el desarrollo de los procesos y la prestación de los servicios.


Direccionamiento Estratégico
Comunicación
42
Innovacion
33
Vision
28
Compromiso
41
Clima
34


Direccionamiento Estratégico
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
42
33
28
41
34
Comunicación
Innovacion
Vision
Compromiso
Clima

INFORME DE DIAGNÓSTICO DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL FEDERICO MORA

1. Indicadores y variables de análisis de cada dimensión estudiada

Direccionamiento Estratégico				
Mecanismos de Comunicación y Coordinación	**Innovación y Disposición al Cambio**	**Visión Prospectiva**	**Compromiso Institucional por el Interés Público**	**Clima Organizacional**
Estrategias, herramientas y mecanismos funcionales que permiten la comunicación constante, efectiva y asertiva que facilita el intercambio de la información necesaria para la toma de decisiones, seguimientos, resultados de avances, logros y control, en los distintos niveles de gestión (estratégicas, tácticas, operativas y con los usuarios de los servicios) y el trabajo articulado entre la planificación del nivel estratégico y el operativo; combinando de manera óptima los recursos técnicos y las habilidades humanas. La comunicación permite al ciudadano el reconocimiento de logros o fracasos, así como las restricciones y problemas a los que se enfrenta para cumplir su mandato.	Conjunto de prácticas gerenciales y condiciones institucionales que generan cultura de innovación y creatividad, que favorece la creación de alianzas, para generar e implementar propuestas innovadoras que permitan cumplir la misión y los objetivos estratégicos; a través de la adopción de metodologías que agilicen procesos y procedimientos internos, solucionen problemas y permitan responder mejor a las necesidades y demandas de los usuarios de los servicios y explotando la inteligencia organizacional.	Permite el desarrollo de herramientas y la realización de ejercicios de planificación y adaptación al futuro de manera periódica, sistemática y efectiva; con el fin de ser más ágil, tener una mejor preparación y respuesta para enfrentar los desafíos y aprovechar las oportunidades, logrando una oportuna adaptación a las nuevas circunstancias del entorno.	El personal estratégico, táctico y operativo manifiesta un compromiso con la efectividad de sus acciones y los procesos institucionales orientados al cumplimiento del mandato legal, el alcance del bien común y la inclusión, a través del uso de las capacidades técnicas para lograr los objetivos y resultados institucionales establecidos; asumiendo la responsabilidad de divulgar información relevante y oportuna sobre sus actividades y decisiones, así como encarando las responsabilidades y consecuencias derivadas de las mismas.	Resultado de las decisiones, acciones y actitudes que realiza el personal estratégico y táctico, para fomentar el compañerismo, la motivación, la confianza, el reconocimiento y el compromiso con el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Mecanismos de Comunicación y Coordinación

Comunicación Abierta y Transparente	Retroalimentación Constructiva	Colaboración Interdepartamental
Flujo de información oportuna, clara, pertinente y periódica dentro del proceso tomando en consideración la articulación con los territorios y usuarios. Buenas prácticas de comunicación y articulación. Mecanismos de intercambio de información.	Comunicación en doble vía para dar a conocer de forma oportuna, las oportunidades de mejora de una manera respetuosa y armónica, dando seguimiento al cumplimiento de compromisos y acuerdos establecidos.	Comunicación y articulación entre diferentes Unidades Administrativas o procesos.

Innovación y Disposición al cambio

Implementación de Metodologías Emergentes e Innovadoras	Colaboración Externa y Sinergias	Inteligencia Organizacional
Propuestas, planificación, capacitación, pruebas e implementación de metodologías emergentes, innovadoras y/o buenas prácticas que permitan generar valor público, permitiendo la participación de los servidores públicos de la institución y la opinión de los usuarios. Existe cultura para aceptar de manera ágil los cambios y de forma positiva y replicar soluciones innovadoras.	Propuestas, planificación, capacitación e implementación de metodologías emergentes, innovadoras y/o buenas prácticas, a través de alianzas externas con otras entidades del estado, sociedad civil, tanques de pensamiento, cooperación internacional, etc. Generando sinergias para la colaboración.	Implementación de prácticas innovadoras que responden a los inconvenientes que la organización enfrenta según lo detectado en la recopilación y análisis de datos, incluyendo quejas, capacitación o entrenamiento cruzado, indicadores de desempeño.

Visión Prospectiva		
Herramientas de Direccionamiento Oficiales	**Herramientas de Direccionamiento no Oficiales**	**Capacidad de Respuesta**
Desarrollo, implementación, participación y comunicación de herramientas de direccionamiento obligatorias para el cumplimiento de la normativa legal interna y externa vigente.	Desarrollo, implementación, participación y comunicación de herramientas de direccionamiento que no obedecen al cumplimiento de la normativa legal interna y externa vigente.	Capacidad que tiene la organización de practicar y responder ante situaciones que han sido planificadas previamente a través de las herramientas de direccionamiento oficiales o no oficiales.

Compromiso Institucional con el Interés Público		
Transparencia y Rendición de Cuentas	**Eficiencia y Eficacia**	**Inclusión**
Buenas prácticas que fomentan la transparencia y rendición de cuentas independientemente si se encuentra dentro del mandato legal, considerando las necesidades de la población para conocer las decisiones tomadas por la Institución y las responsabilidades y consecuencias derivadas de las mismas.	Utilización de los recursos para la generación del producto o servicio. Utilización de evidencia científica para la toma de decisiones, buscando la manera de mejorar la eficiencia y eficacia.	Prácticas para inclusión justa y equitativa con el fin de mejorar la eficacia y la calidad de los servicios gubernamentales, contribuyendo a la toma de decisiones más informadas y representativas de las necesidades y aspiraciones de toda la población.

Clima Organizacional	
Trabajo en Equipo	**Compromiso, Motivación y Confianza**
Disposición para la colaboración y cooperación de un grupo de personas que comparten una meta o tarea común. Implica que los miembros del equipo trabajen juntos, combinando sus habilidades, conocimientos y esfuerzos individuales para lograr un objetivo compartido de manera más eficiente y efectiva, que si trabajaran de forma individual.	Grado de involucramiento y motivación para el cumplimiento de los objetivos institucionales, percepción de que los miembros del equipo cumplirán con sus responsabilidades procurando el bienestar del mismo.

1.1 Mecanismos de Comunicación y Coordinación

1.1.1 Comunicación Abierta y Transparente

Esta variable refiere a la necesidad de contar con mecanismos de intercambio de información oportuna, clara, pertinente, y periódica, que permita la realización de actividades de manera efectiva y articulada orientada al logro de objetivos y resultados.

Se demuestra que la comunicación de tipo informal o cotidiana, entre jefes y subalternos es cordial. Sin embargo, la situación cambia cuando se enfatiza en la comunicación de carácter técnico o para el desarrollo de las actividades laborales. En tal sentido, las respuestas en la encuesta refleja que siete de cada diez personas aseguran que nunca o rara vez se realizan reuniones entre jefes y el personal de las unidades (74%), para priorizar actividades y acordar la manera en que las mismas se realizarán o para informar sobre el avance en el cumplimiento de objetivos de la unidad en que laboran o de la institución en su conjunto (70%). Aunado a esto, el 79% del personal indicó que nunca o rara vez se les brindan orientaciones claras y pertinentes para realizar el trabajo y que sus jefes inmediatos o bien el director, no les comunican oportunamente acerca de las decisiones o los cambios que afectan directamente el desempeño de sus labores (55%). Cabe resaltar que en el taller de Habilidades Gerenciales impartido por la Dirección de Investigación y Análisis para el Desarrollo Institucional -DIADI- el personal se

autoevaluó con un 76% en el proceso de comunicación efectiva, lo cual descontrasta con las respuestas obtenidas en la encuesta realizada.

Recuadro 1
Comunicación Abierta y Transparente

	Nunca/Casi Nunca	A veces	Siempre/Casi Siempre
En mi unidad se realizan reuniones entre el personal y el jefe inmediato o el director, para priorizar las actividades y establecer acuerdos para desarrollarlas.	36%	38%	26%
En mi unidad se realizan reuniones informativas periódicas, sobre los avances en el cumplimiento de objetivos institucionales y/o de la unidad.	41%	29%	30%
Las autoridades de la institución brindan orientaciones claras y resultan pertinentes para realizar mi trabajo.	52%	27%	21%
Conozco y comprendo el grado de avance de mi unidad, respecto a los objetivos planificados por la institución.	33%	22%	45%
Mantengo comunicación clara y fluida con mi jefe.	15%	20%	65%
Mantengo comunicación clara y fluida con mis compañeros de trabajo.	9%	15%	76%
Tengo acceso a canales institucionales de comunicación tales como tableros de información, correo electrónico, teléfono y/o servicio de mensajería.	36%	24%	40%
En nuestra unidad el intercambio de información oportuna y pertinente entre el personal es una práctica establecida que facilita y mejora la calidad del trabajo.	30%	23%	47%
Conozco y comprendo (al menos de manera general) los objetivos y metas, procesos y actividades que realizan las otras unidades de mi institución.	29%	29%	42%
El director o mi jefe inmediato me comunican oportunamente las decisiones o los cambios que pueden afectar mis labores.	28%	27%	45%
En mi institución la comunicación es asertiva, promueve la participación y colaboración entre los diferentes niveles y unidades de la institución y facilita la gestión de los servicios.	34%	30%	36%
Las estrategias de comunicación que se han implementado en mi institución permiten adaptar los servicios a las realidades locales y responder mejor a las necesidades y demandas de la población	36%	28%	36%

Estos datos se complementan con la información obtenida a través de las entrevistas realizadas al personal estratégico y táctico:

> *Considero que acá la comunicación es algo que realmente debería mejorar, lamentablemente las personas que dirigen, no me refiero a los altos directivos sino a nivel de los departamentos, no desarrollan buena comunicación. Nosotros que participamos en reuniones nos damos cuenta de que a veces los jefes ni siquiera hablan con su personal, no se reúnen, no les explican lo que pasa y creo que sí debe mejorar la comunicación en general. (DE-EN-FM- EST-M-05)*

Se constató que en la institución existen varios comités que operan como mecanismos institucionales de intercambio de información y toma de decisiones a nivel estratégico, táctico y operativo. Sin embargo, se evidenció que son poco funcionales, debido a que solo se da seguimiento a algunos acuerdos, en la medida en que los directivos insisten verbal y constantemente para que se realicen o se presenten directamente a las áreas de servicios, para demandar al personal que lo haga. En general, la información se diluye progresivamente conforme va bajando a los niveles tácticos y operativos afectando directamente el desarrollo de los procesos y la prestación de los servicios.

> *Son cuatro direcciones las más fuertes, la subdirección de Servicios Generales, Recursos Humanos, Enfermería y Subdirección Médica y Técnica y a esas se les traslada la mayor*

parte de información. Pero hay jefaturas más pequeñas, hacia donde no fluye la información. Es decir, no baja la información hacia allí, se retiene. Creo que eso se tendría que fortalecer. (*DE-EN-FM-TAC-F-03)*

En conclusión, se refleja la necesidad de fortalecer los mecanismos de comunicación institucional, así como el traslado de información y seguimiento de las acciones para la efectiva ejecución de los procesos sustantivos de la institución.

1.1.2 Retroalimentación Constructiva

Propicia una interacción bilateral, oportuna, respetuosa y armónica entre jefes y subalternos, para mejorar el desempeño personal e institucional.

En esta variable las respuestas reflejan que, aunque existe retroalimentación entre jefes y subalternos, la misma es susceptible de mejora, ya que uno de cada dos encuestados afirma que, ante los errores, sus jefes abordan las situaciones de manera directa, respetuosa y cordial y le dan el seguimiento respectivo.

Recuadro 2
Retroalimentación constructiva

	Nunca/Casi Nunca	A veces	Siempre/Casi Siempre
Mi jefe inmediato me brinda oportunamente y a través de canales formales de comunicación, la información necesaria y suficiente para realizar mi trabajo.	30%	31%	38%
Ante un error, mi jefe inmediato busca resolver de manera directa, respetuosa y cordial lo sucedido.	28%	26%	47%
Mi jefe inmediato formula sugerencias específicas útiles, provee ejemplos concretos y/o me estimula a participar en la identificación de acciones de mejora y enfatiza los beneficios que el cambio acarreará, con el fin de retroalimentarme de manera constructiva	31%	28%	41%
Mi jefe inmediato da seguimiento a los acuerdos y compromisos establecidos durante un proceso de retroalimentación, para que pueda mejorar mi desempeño y alcanzar los resultados esperados.	29%	23%	48%

Se carece de una herramienta gerencial que permita a las autoridades conocer y dar seguimiento al cumplimiento de acuerdos establecidos y directrices brindadas al personal de los distintos niveles de la estructura orgánica. También existen dificultades en cuanto al ejercicio efectivo del rol y funciones de algunos jefes de área y a su nivel de involucramiento, en el seguimiento respectivo. Aunque existen libros de actas en los que se registran manualmente los acuerdos tomados en el seno de los distintos comités creados como mecanismos de coordinación, en cumplimiento de la normativa vigente. Es frecuente que dichos acuerdos no se cumplan y esto ha conducido a las autoridades estratégicas a realizar visitas periódicas a las áreas de servicio para reiterar de manera verbal las instrucciones giradas a las responsables y cerciorarse personalmente que las tareas se realicen.

En conclusión, aunque existen mecanismos y procedimientos formales para la coordinación y comunicación dentro de la institución, el seguimiento a los acuerdos entre jefes y subalternos o

entre las distintas áreas y niveles es deficiente. En esto incide, por una parte, en la escasez u obsolescencia del equipo de cómputo, dispositivos periféricos e insumos disponibles para comunicar por escrito los acuerdos e instrucciones, pero también el bajo nivel de responsabilidad que muestra el personal para cumplir con lo que se le instruye, aun cuando se realice de manera formal, mediante oficios y circulares.

1.1.3 Colaboración interdepartamental

En esta variable debe existir mecanismos de comunicación que permitan la articulación y coordinación efectiva entre diferentes unidades y procesos.

Las respuestas en la encuesta reflejan que tres de cada cuatro personas aseguran que entre direcciones y/o unidades nunca o muy esporádicamente se apoyan, comparten información, dan seguimiento a avances, expresando que no existen protocolos de comunicación agiles y claros.

Recuadro 3

Colaboración interdepartamental

	Nunca/Casi Nunca	A veces	Siempre/Casi Siempre
Las distintas unidades de la institución colaboran y se apoyan entre sí para el logro de objetivos institucionales.	37%	38%	24%
Entre las distintas unidades de la institución se comparte información para facilitar el logro de objetivos comunes.	45%	31%	23%
En mi institución, la comunicación permite un seguimiento efectivo a los avances y resultados, en todas las áreas de trabajo.	36%	36%	28%
Los protocolos establecidos para la comunicación interdepartamental son funcionales, porque permiten una comunicación ágil y clara entre unidades.	34%	40%	27%

Estos datos se complementan con la información obtenida a través de las entrevistas realizadas al personal táctico:

> *Es difícil porque cada departamento o dirección tiene sus propias políticas y a veces riñen con las de los demás. A través de este Consejo de dirección, se ha promovido una mejor relación entre departamentos. Incluso, el director nos ha dicho que cuando tengamos una solicitud y no nos resuelvan, porque nosotros no tenemos injerencia para venir y exigirle a otra subdirección, podemos ir con el director y entonces él viene y actúa. Se ha buscado por ese lado, pero ha costado mucho trabajar coordinadamente y a nivel de departamentos, cuesta aún más. (DE-EN-FM- EST-M-05)*

Finalmente, a pesar de que ha sido posible constatar que en la institución existen varios comités que funcionan como mecanismos institucionales de intercambio de información y toma de decisiones a nivel estratégico, táctico y operativo, se verificó durante el proceso que solo se da seguimiento a algunos acuerdos, en la medida en que los directivos insistan constantemente para que se realicen o se presenten directamente a las áreas de servicios, para demandar al personal que lo haga. En general, la información se diluye progresivamente conforme va bajando a los niveles tácticos y operativos.

Así pues, el diagnóstico refleja la necesidad de fortalecer la comunicación formal vertical y horizontal, de las instrucciones para la ejecución de los procesos sustantivos de la institución.

1.2 Innovación y disposición al cambio

1.2.1 Implementación de metodologías emergentes e innovadoras

Toda institución debe generar condiciones que propicien la creatividad e innovación, así como el uso sistemático de información para tomar decisiones e incorporar ideas, estrategias o propuestas que impacten su nivel de eficiencia o eficacia. En este proceso es importante incorporar las iniciativas y propuestas provenientes de usuarios y servidores públicos, para solucionar problemas o mejorar los procesos sustantivos y los servicios.

La encuesta refleja que en promedio siete de cada diez personas respondieron que la creatividad y la innovación rara vez se fomenta, existe baja receptividad de las autoridades a las propuestas creativas y en general, poca disposición al cambio en el personal.

> *Algunas personas sí aceptan el cambio como en todas las instituciones, otras se resisten, tienen miedo, no quieren conocer cosas nuevas, innovadoras, pero sí se pueden adaptar. Con la gente joven tal vez es más fácil el cambio, que con la gente que ya está más acomodada, por hacerlo desde hace mucho tiempo, sienten que no pueden adoptarse a nuevas ideas. (DE-EN-FM-TAC-F-012)*

> *Ahorita que empecé este año con la jefatura me ha costado innovar, tenemos ese desgano porque a veces las autoridades tampoco se comprometen tanto a eso.* (*DE-EN-FM- EST-M-08)*

En consecuencia, no se apreció que realmente exista un amplio clima de generación de nuevas ideas para aplicarlas en el contexto del Hospital de Salud Mental, porque las condiciones para la mayoría no existen y no se cuenta con la percepción de la misma.

Recuadro 4

Implementación de metodologías emergentes e innovadoras

	Nunca/Casi Nunca	A veces	Siempre/Casi Siempre
Mi institución realiza capacitaciones, talleres, charlas sobre innovación de procesos o para estimular la creatividad, el intercambio de ideas novedosas y el desarrollo de habilidades creativas en el personal	55%	31%	14%
Mi jefe inmediato o el director de la unidad donde laboro, fomentan la creatividad y la innovación en el equipo de trabajo, para mejorar el desempeño y ofrecer mejores servicios a los usuarios	47%	21%	33%
Mi jefe propone ideas innovadoras para mejorar los procesos o actividades que se realizan en la unidad.	43%	23%	34%
Siento la confianza de proponer innovaciones en los aspectos relacionados con mi trabajo.	31%	34%	35%
Mis propuestas de mejora e innovación o las de mis compañeros de trabajo, son tomadas en cuenta por el jefe inmediato o el director.	29%	33%	38%
En la unidad donde laboro, se han introducido cambios recientemente, para mejorar los procesos y actividades que se realizan.	35%	20%	45%

Las propuestas de cambio en mi institución se aceptan y son recibidas con optimismo y entusiasmo entre mis colegas de trabajo.	42%	33%	26%
Mi jefe inmediato y/o el director reciben con optimismo y entusiasmo las propuestas de cambio que impulsa la institución.	40%	26%	35%
En mi institución se fomenta o existe apertura para que personas externas a la misma propongan innovaciones que mejoren los servicios.	43%	31%	26%
En mi institución se nos proporciona cierta autonomía para la exploración de nuevos métodos de trabajo o solucionar problemas.	42%	30%	28%
En mi institución se experimenta y se prueban las nuevas ideas antes de la implementación.	47%	33%	21%
En mi institución se valora y recompensa las propuestas de iniciativas creativas e innovadoras.	59%	19%	22%
En mi institución existe un proceso formal para recolectar ideas y propuestas innovadoras y creativas.	63%	26%	12%
En mi institución se promueven la colaboración, creatividad, innovación y el intercambio de ideas entre el personal de las distintas delegaciones, para desconcentrar los servicios.	55%	30%	15%

Se consideran iniciativas para la promoción de la salud mental y la medición del desempeño a través de indicadores hospitalarios.

> *…Cuando el IGSS se modernizó y lo digitalizó, fíjense que la compañera que hacía los certificados se puso renuente porque dijo que ella no podía usar una computadora y no quería, y no quería…Entonces fue muy difícil que la persona se adaptara a eso, pero después, ella se reía porque decía después de que haciéndolo máquina me llevaba 15 minutos para hacer uno en la computadora, ahora hago 10 en esos 15 minutos, entonces ella se dio cuenta que era muy bueno el cambio, pero no quería hacerlo, y lamentablemente eso es lo que la mayoría de los compañeros acá tiene, que no les gustan los cambios, nos cuesta aceptarlo, hay que decirlo con honestidad* (DE-EN-FM-EST-M-05)
>
> *Creo que durante muchísimos años ha existido un proceso de acomodamiento, desafortunadamente de las personas, donde con simplemente decir "no, eso a mí no me toca" o "no, eso yo no lo quiero hacer", "no, no estoy de acuerdo", etcétera, etcétera; diligentemente se evita el cumplimiento de órdenes y llevar a cabo los procesos y las acciones necesarias. Entonces yo lo describiría como una actitud pasivo-agresiva de la cual está nuestra institución plagada desafortunadamente y cualquier cambio o cualquier tendencia a romper el sistema y mejorar es visto como una amenaza y genera conflicto laboral. (DE-EN-FM- EST-M-06)*
>
> *Últimamente los procesos administrativos han ido cambiando con relación a hace 2 o 3 años para atrás, sin embargo, la aceptación de esos cambios si crea mucha resistencia. En el hospital no hay innovación ni creatividad. (DE-EN-FM-TAC-M-01)*

Se concluye que el fomento de la creatividad, la innovación y la disposición al cambio, así como elevar la receptividad de las propuestas en las autoridades y la disposición al cambio en todo el personal, constituyen un reto fundamental en la institución para mejorar la calidad de su gestión y de los servicios que se prestan.

1.2.2 Colaboración externa y sinergias

Se resalta la importancia de realizar alianzas con otras entidades públicas y privadas nacionales o internacionales para trabajar colaborativamente en el alcance de objetivos afines, a través de prácticas innovadoras.

En torno a esto el 56% del personal que respondió la encuesta afirma que la institución recibe estudiantes de psiquiatría anualmente por su calidad de hospital escuela. Sin embargo, los convenios fueron establecidos directamente entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de San Carlos de Guatemala, sin involucrar directamente al hospital en la toma de decisiones para su operativización.

Recuadro 5

Colaboración externa y sinergias

	Nunca/Casi Nunca	A veces	Siempre/Casi Siempre
Todos los años se reciben estudiantes para que realicen prácticas y/o pasantías en mi unidad.	27%	17%	56%

Por otra parte, la información captada a través de las entrevistas demuestra que no se han realizado acciones ni existe un procedimiento institucionalizado para generar convenios que contribuyan a la innovación dentro del hospital. Por lo que las existentes constituyen una suerte de alianzas circunstanciales (que en cualquier momento pueden dejar de existir) para prestar servicios a un segmento de población que no puede ser hospitalizado. Lo anterior se refiere a que la mayoría de los vínculos establecidos entre el hospital y distintas casas hogar, para alojar a pacientes con problemas de salud mental de avanzada edad, a cambio de supervisión y entrega de medicamentos, de manera informal.

Al igual que la variable anterior, se concluye que el establecimiento de convenios para promover la innovación en la gestión y en la prestación de servicios no se promueve ni se realiza, limitando la colaboración externa y la generación de sinergias con otros actores que le permitirían fortalecerse y elevar el valor público.

1.2.3 Inteligencia Organizacional

En toda institución pública se debe establecer una política de construcción de datos y la creación de una infraestructura de repositorios de información técnica, científica y tecnológica pertinente, para que el personal sustente su toma de decisiones en la información interna y/o externa disponible y se erradique la práctica tradicional de toma de decisiones intuitivas, discrecionales o poco fundamentadas.

> *Si, generalmente desarrollo algunos formatos que me sirven para recolectar la información y luego vaciarla para poder llenar esas herramientas que pide el MSPAS. Creo bases de datos y/o formatos, se los paso a cada jefe de departamento y generalmente se los diseño para que me den la información como la necesito recibir. Les mando el formato por medio de una circular general a todos, hay control de a quién le recibimos y a quien le entregamos, que entreguen de vuelta la información proporcionada. Por ejemplo, en Farmacia se utiliza una herramienta diseñada por el MSPAS llamada BRES, es hecha en Excel a modo de base de datos, cada año sufre cambios, falta interpretar por medio de análisis qué dice el dato, por ahora solo se llenan campos. (DE-EN-FM-TAC-M-01)*

En relación con lo anterior, siete de cada diez personas que respondieron la encuesta opinan que no se toman decisiones sobre la base de los datos generados en su área, ni se fomentan las

iniciativas y prácticas innovadoras, las capacitaciones o los entrenamientos cruzados dentro de la institución o con instituciones homólogas.

Recuadro 6

Inteligencia organizacional

	Nunca/Casi Nunca	A veces	Siempre/Casi Siempre
Mi institución adopta nuevas prácticas o enfoques basados en los datos recopilados para resolver problemas y mejorar el rendimiento.	41%	23%	36%
Mi jefe inmediato utiliza los datos recopilados de mi área de trabajo para tomar mejores decisiones	33%	27%	41%
Mi jefe inmediato valora los esfuerzos del personal en la implementación de prácticas innovadoras.	31%	29%	40%
Se nos proporcionan capacitaciones para implementar practicas innovadoras.	51%	28%	21%
En la institución se cuentan mecanismos para realizar entrenamiento cruzado (cambios temporales de puestos, para conocer la labor de los otros hacen).	59%	27%	14%

Aunque las preguntas de los instrumentos para medir esta variable se orientan al uso de información técnica, científica o tecnológica para la toma de decisiones, en términos de mejora de los procesos y servicios, algunas de las respuestas obtenidas se orientaron al manejo de información relativa a relaciones interpersonales y solución de conflictos internos en el que aunque la información no este sistematizada o documentada, al menos se busca contar con información de las partes involucradas para tomar decisiones y dar el seguimiento respectivo. Tal como se evidencia en el siguiente extracto.

> *Sí, por ejemplo, cuando detectamos alguna queja de algún compañero, tratamos de reunirnos, escuchar la queja, analizamos si es objetiva o no, porque muchas veces es solo una percepción. La cotejamos con la persona que estuvo involucrada, y sobre eso resolvemos. Tratamos de conocer las dos partes (DE-EN-FM- EST-M-05)*

Otras respuestas reflejaron que la información técnica para la toma de decisiones que afectan la calidad del servicio no siempre es tomada en cuenta. Como se lee a continuación:

> *Tenemos el caso de un paciente con rechazo familiar o ambiente adverso. El paciente es atendido por el médico y regresa con nosotros, entonces tenemos que llevarlo a su casa, valorar la dinámica familiar, la situación socioeconómica de la familia y la estabilidad emocional en la que va a estar. Pero al llegar vemos que realmente el lugar no es idóneo para que el paciente esté. Que la familia no llena ningún requisito para hacerse cargo del paciente y viene uno de los desafíos más grandes que tenemos, cuando hay casos como esos en los que tomamos la decisión de regresar al paciente. Algunas veces es aceptado, otras no y uno simplemente tiene que cumplir con la orden de egresar al paciente no importa la condición que tenga. (DE-EN-FM-TAC-F-07)*

Se confirma que no existe una política de generación y transferencia de conocimientos o buenas prácticas como entrenamientos cruzados que evidencia que la institución fomente la inteligencia organizacional. Se autorizan las participaciones en capacitaciones solicitadas por el personal, sin embargo, no se retroalimenta a la institución sobre los aprendizajes obtenidos, ni

existe una cultura de aprendizaje continuo que disminuya la apatía y actualice sistemáticamente el bagaje de conocimientos del personal.

En conclusión, es indispensable generar sistemas de información en los distintos niveles de la gestión que proporcionen información objetiva, pertinente y oportuna para tomar decisiones técnicamente fundamentadas e incorporar prácticas para generar conocimientos, así como transferir y fortalecer las capacidades del manejo de información en el personal (tal como lo exige la inteligencia organizacional).

1.3 Visión Prospectiva

1.3.1 Herramientas de Direccionamiento Oficiales

Al hablar de visión prospectiva nos referimos a planificar tomando en cuenta los cambios, las oportunidades y los desafíos que el entorno presenta, tanto al momento de realizar los planes como los que pueden surgir a futuro. De tal modo que las herramientas de direccionamiento permitan a la institución responder a los cambios de manera eficiente, pertinente y oportuna.

En promedio el 83% de las respuestas de la encuesta evidencian que existe poca o nula vinculación entre las herramientas de direccionamiento estratégico del Ministerio y las herramientas estratégicas y operativas del hospital (POM, POA) lo cual se relaciona con el escaso conocimiento de dichas herramientas por parte del personal.

Por otra parte, el análisis realizado del PEI no permite identificar un hilo conductor entre el mandato del Ministerio y las funciones del hospital, en la medida en que, aunque en dicho instrumento se alude a la salud integral, no hay referencias explicitas a la salud mental.

En el análisis del POM y el POA, si bien se observó que hay concordancia entre los productos y subproductos, el objetivo general y las actividades de salud mental que desarrolla el hospital, no se atiende lo relativo a la inserción de los pacientes a la sociedad en condiciones dignas ni lo relativo a la aplicación de los principios de la gestión para resultados en la medida en que el cambio que proponen en su POA es “MANTENER” la atención a pacientes.

El objetivo en la gestión para resultados es la generación de valor público, entendido como el reconocimiento de los ciudadanos acerca de que los servicios que una institución ofrece han contribuido efectivamente a mejorar sus condiciones de vida. Es decir, se debe promover y producir un cambio y no simplemente aspirar a mantener una situación ya existente.

Recuadro 7

Herramientas de direccionamiento oficiales

	Nunca/Casi Nunca	A veces	Siempre/Casi Siempre
He recibido inducción relacionada al PEI, POM, POA, ROI, MOF y otras herramientas institucionales utilizadas, para la rendición de cuentas.	71%	23%	6%
Las altas autoridades propician que conozcamos adecuadamente el Plan Estratégico de mi institución.	73%	16%	10%
Conozco, comprendo y relaciono el contenido del Plan Estratégico de la institución, con mis funciones y tareas.	53%	23%	23%
Las autoridades dan a conocer el Plan Operativo Anual de toda la institución.	69%	20%	12%
Participo en la elaboración del Plan Operativo Anual de mi unidad.	56%	19%	26%

Reviso constantemente el Plan Operativo Anual para orientar mi trabajo.	49%	26%	26%
Estoy enterado de las reprogramaciones y actualizaciones del POA que afectan el cumplimiento de mis objetivos.	57%	26%	17%
El POA de mi unidad refleja los contenidos del PEI.	58%	26%	16%
Utilizo el PEI para identificar los lineamientos estratégicos necesarios y operacionalizar el POA.	60%	28%	12%
Las condiciones, recursos económicos y humanos asignados a mi unidad son suficientes para implementar lo planificado en el PEI.	65%	23%	12%
Utilizo procesos sistemáticos y automatizados para el traslado de información hacia las direcciones institucionales.	43%	28%	29%

El personal estratégico y táctico entrevistado coincide en que, aunque se utilizan las herramientas de direccionamiento oficiales, éstas no cumplen a cabalidad su cometido. Ya sea por la manera en que están diseñadas o por la falta de conocimiento que incide en el uso inadecuado de las mismas. No en todas las áreas del hospital se abre el espacio para que el personal participe activamente en el proceso de elaboración de estas, ya que generalmente se restringe a elaborar y enviar un listado de necesidades. Una vez elaboradas, tampoco se les da a conocer apropiada y sistemáticamente, ni se les da el seguimiento respectivo para asegurar la efectiva ejecución y el alcance de los objetivos.

> *Lo que pasa es que el POA lo realizan en la gerencia. Entonces, sólo mandan a decir a fin de año a cada departamento que haga sus peticiones, Pero no participamos en la planificación como tal y al final de año no hay resultado. (DE-EN-FM-TAC-F-07)*

En general, manifiestan insatisfacción ante la manera en que se administran y ejecutan el plan y el presupuesto, ya que esto ha afectado el desempeño de la institución e incidido en la reducción de la asignación presupuestaria para el siguiente ejercicio fiscal. Pero, fundamentalmente, afecta la continuidad y la calidad en general de los servicios que presta el hospital.

> *Considero que los instrumentos de gestión oficiales se elaboran sin una comprensión profunda de su utilidad y sin la aplicación técnica de los mismos, porque esto debería verse reflejado en los resultados de una buena administración. Sin embargo, en nuestro caso, la administración y la ejecución presupuestaria, simplemente son caóticas. (DE-EN-FM- EST-M-06)*

> *La ejecución aquí es complicadísima, por ejemplo, este año por una iniciativa personal reuní al equipo del departamento de compras, gerencia, contabilidad y mantenimiento, para tratar un tema relacionado con mejoras a la infraestructura y exhortarlos a mejorar nuestra ejecución presupuestaria, procurando ejecutar el 90% de nuestro presupuesto en el primer y segundo cuatrimestre, para que en el último solo fuera de ejecutar los saldos de los renglones de gasto que hicieran falta, sin embargo, acá estamos nuevamente corriendo para lograr ejecutar. (DE-EN-FM- EST-M-06)*

> *Por ejemplo, al comprar medicamentos se debe analizar cuantos pacientes toman ese medicamento y considerar un porcentaje adicional para nuevos pacientes. Sin embargo, ocurre, al contrario, por ejemplo, se elaboran los concursos para compra de medicamentos, pero sucede que se cayó el evento, no hubo ofertantes y se manejan mal las cosas. Como no hubo ejecución presupuestaria el ministerio recorta el presupuesto. (DE-EN-FM-TAC-F-07)*

Se verificó que existe escasa vinculación entre el PEI del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Plan Operativo Anual (POA) del hospital, derivado de que, en el PEI, no se menciona explícitamente la salud mental, en ninguno de sus tres niveles de atención. Se hace referencia al modelo de salud integral pero no se evidencian las acciones concretas a través de las cuales el componente de salud mental será incorporado en estos. Aunque existe el programa nacional de salud mental para los dos primeros niveles, no se observan los vínculos entre estos y el tercer nivel de atención de la salud al que corresponde el hospital, ni son claras las acciones que se realizan en los dos niveles.

El análisis situacional que se presenta en el POA refiere a la descripción de los distintas afecciones psiquiátricas o psicológicas y sus causas asociadas, sin contemplar otros elementos como las dificultades para articular con otras instituciones que permitirían cumplir la misión, ni aspectos referidos a las dificultades de reinserción de los pacientes a la sociedad que contempla la visión.

Finalmente, se presenta en el POA el listado de necesitades y problemas a atender, cuyo costo asciende aproximadamente a 13 millones de quetzales, los cuales podrían resolverse mejorando la celeridad en las readecuaciones presupuestarias o fortaleciendo las debilidades de ejecución y los problemas de comunicación y coordinación que afectan directamente la gestión en términos de sustantivos y de apoyo.

Se concluye que, aunque existen las herramientas de direccionamiento oficiales y se cumple con su elaboración y envío a la instancia respectiva cada año, estas son elaboradas de manera centralizada y no de forma participativa, no son conocidas ni utilizadas como herramientas de gestión en los niveles tácticos para mejorar el logro de los objetivos de cada área y de la institución en general, por lo tanto, no cumplen su función como tal, sino se convierten solo en un requisito a cumplir. En la práctica se limitan a utilizar un instrumento operativo denominado Balance Requisición y Envío de Suministros -BRES- a través del cual hacen llegar el listado de insumos que utilizarán, periódicamente.

1.3.2 Herramientas de Direccionamiento no Oficiales

Desarrollo, implementación, participación y comunicación de herramientas de direccionamiento no exigidas por ley.

En promedio, el 81% de las personas consideran que nunca o rara vez se utilizan herramientas no oficiales o buenas prácticas que se apliquen de forma periódica, sistemática y efectiva que permitan obtener una visión prospectiva para direccionar la institución estratégicamente, enfrentando los desafíos y aprovechando las oportunidades del entorno.

Recuadro 8

Herramientas de direccionamiento no oficiales

	Nunca/Casi Nunca	A veces	Siempre/Casi Siempre
Durante el último año, en mi unidad hemos revisado y actualizado la planificación de corto y mediano plazo, para asegurar el cumplimiento de los objetivos y resultados institucionales.	55%	19%	27%
En mi institución se utilizan indicadores para evaluar las metas alcanzadas y el logro de los objetivos institucionales.	53%	26%	21%

En mi institución, existe una cultura de aprendizaje continuo y gestión del conocimiento que me permite planificar mejor y fortalecer los procesos con base en los objetivos	53%	29%	17%
En mi institución se realizan actividades o ejercicios de forma regular para pronosticar o anticipar los eventos futuros y adaptarnos a los cambios, desafíos y oportunidades que se van presentando.	65%	17%	17%
Durante el último año, en mi unidad se fomenta la participación de los empleados para identificar las oportunidades, amenazas, aprovechar las primeras y minimizar o eliminar las segundas.	59%	21%	20%
En mi institución las unidades desconcentradas tienen capacidad de responder a los desafíos y aprovechar las oportunidades que se presentan en los territorios.	57%	29%	14%

Se identificó la necesidad de incorporar herramientas de direccionamiento no oficiales que complementen y/o faciliten el uso de las herramientas oficiales y con ello elevar su utilidad, así como la gestión y la capacidad de respuesta en sí.

1.3.3 Capacidad de respuesta

Partiendo de la necesidad de contar con visión prospectiva a nivel institucional, es importante determinar qué tan rápido y eficientemente se puede responder a las necesidades y demandas de los usuarios en el corto, mediano y largo plazo, a través del establecimiento de indicadores que permitan medir esa capacidad de respuesta.

La capacidad de respuesta está relacionada con las competencias institucionales para atender las necesidades y demandas de los usuarios, diseñando y desarrollando las cadenas de valor que permitan prestar servicios conforme a estándares de calidad y con celeridad, para contribuir al alcance de resultados institucionales y sectoriales creando sinergia con otros actores con objetivos afines.

> *Nosotros no podemos descuidar al paciente, hemos pedido al personal que no se retiren todos al mismo tiempo y también atiendan las salidas según la especialidad, porque no se sabe cuándo un paciente puede agredir. A pesar de tener poco personal, se realiza la observación, (a veces hay 2 personas para atender 60 pacientes, y hemos tenido hasta 90 pacientes con el mismo personal) los compañeros son conscientes que se debe brindar el mejor servicio. siempre tratan de ver cómo mejorar. Lo que restringe es la falta de recursos humanos. se ha solicitado el apoyo por años, pero aún no se ha logrado. (DE-EN-FM-TAC-F-03)*

En conclusión, la capacidad de respuesta va más allá de la atención, cálida y amable al paciente, pues involucra aspectos estructurales, presupuestarios, personal capacitado y suficiente, existencia de recursos (materiales, financieros, tecnológicos), que puedan articularse para atender las necesidades, demandas y desafíos a futuro que hayan sido planificadas previamente.

1.4 Compromiso Institucional con el Interés Público

1.4.1 Transparencia y Rendición de Cuentas

La importancia de esta variable se centra en que el personal de las instituciones en cualquiera de los niveles administrativos en que se desempeñen les permita cumplir legal, técnica y objetivamente con el compromiso de rendir cuentas del quehacer institucional a los interesados y población en general.

Si bien es cierto la información reflejada en las encuestas indica que ocho de cada diez personas realizan sus funciones, responsabilidades y actividades diarias vinculadas con los procesos sustantivos de la institución. Por otra parte, aproximadamente siete de cada diez personas, indican que no cuentan con instrumentos para monitorear y evaluar el desarrollo de los procesos, no obstante existe una unidad de atención al paciente en donde se recolecta información de quejas, necesidades y demandas de la población que atienden y que esta se utiliza para incorporar algunas mejoras en los servicios que se brindan; el mismo número de personas, indicó que se carece de mecanismos de este tipo, lo que puede obedecer a las deficiencias detectadas en el indicador de mecanismos de comunicación y coordinación, entre las que se encuentra el poco conocimiento que el personal tiene del que hacer y los objetivos de otras unidades; y en la institución en su conjunto no existe una práctica de divulgación de información para cumplir con los procesos de rendición de cuentas y transparencia tal como lo estipula el marco normativo vigente en el país.

Recuadro 9

Transparencia y Rendición de Cuentas

	Nunca/Casi Nunca	A veces	Siempre/Casi Siempre
Tengo asignadas funciones y responsabilidades vinculadas a los procesos sustantivos de mi institución (aquellos a través de los cuales se generan y ofrecen los servicios públicos que mi institución está obligada a prestar).	17%	14%	69%
Mis actividades diarias corresponden con la función y responsabilidades de mi puesto.	10%	10%	79%
En mi unidad se cuenta con instrumentos para monitorear el desarrollo de procesos, actividades o tareas del personal, que permiten rendir cuentas y actuar con transparencia.	35%	26%	40%
En mi unidad se monitorea el desarrollo de los procesos y actividades que se realizan y en función de dicha información, mi jefe inmediato o el director toma decisiones y gira instrucciones.	35%	28%	37%
Derivado del compromiso de mi institución con el interés público, se han creado y utilizan mecanismos que nos permiten conocer las necesidades de la población que atendemos.	26%	37%	37%
Las altas autoridades de mi institución divulgan responsablemente la información relevante sobre sus actividades, decisiones y resultados Alcanzados por la institución en términos de los servicios públicos que ofrecen.	41%	31%	28%
En mi institución, los directores y/o jefes son proactivos para divulgar información de interés público.	38%	31%	30%

La información relacionada con la rendición de cuentas y transparencia de la institución es canalizada a través de la unidad de información pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no obstante, está obedece a un mandato legal de todas las instituciones públicas de divulgar y establecer espacios de comunicación e información sobre los avances y los resultados de la gestión de la institución a la población y/o a personas interesadas.

Para evidenciar lo antes indicado, a continuación, se presenta un extracto de una entrevista realizada a personal táctico:

> *Nosotros tratamos de hacer las cosas, siempre lo más transparente, por lo menos desde Recursos Humanos y creo que es lo que hacemos todos. Fíjese que nosotros acá en el hospital como tal no rendimos cuentas que tenga información de acceso público general, como un informe que se publique mensual, anual, sino que lo que nosotros hacemos es que todo lo consolidamos y se manda al Ministerio de Salud y entonces el Ministerio es el que lo publica en su página y algunos otros medios de información. (DE-EN-FM- EST-M-05)*

El personal estratégico y táctico, para realizar procesos de rendición de cuentas, únicamente lo realiza hacia el Ministerio de Salud y las auditorías, y no de una forma directa y abierta a la población. Por lo que destacan que la información consolidada es enviada a la unidad de información pública del Ministerio, y este es el encargado de publicarla en su página. Además, mencionan que solo responden directamente a la población cuando lo solicitan a través del Ministerio de Salud.

Para evidenciar lo antes indicado, se presenta un extracto de una entrevista realizada a personal estratégico:

> *Entonces nuestra rendición de cuentas en primer lugar es hacia el Ministerio de Salud, luego sí cuando hay alguna auditoría, por ejemplo, de contraloría, ellos sí vienen específicamente a buscar información entonces ahí sí se hace. Ahora en procesos hacia la población de manera directa, creo que no se hacen, salvo cuando ellos lo solicitan, pero siempre lo hacen por medio del Ministerio de salud. (DE-EN-FM- EST-M-05)*

En el relato extraído de una de las entrevistas realizadas al personal del hospital, indican:

> *En este caso, pienso que esta pregunta sería como más encaminada a ellos, más que a nosotros, rendición de cuentas, pues no hay verdad. Sí, supongo que hay un plan operativo de gastos, de cómo se manejan presupuesto, Que al final la consecuencia buena o mala se va a haber reflejada en nuestros pacientes, en cuestión de medicamentos. ¿Verdad que es hasta donde nosotros podemos llegar? No, pero de ahí, ni nosotros, menos los pacientes, van a estar enterados de cuántos millones han gastado, en qué, no, desconocemos toda esa parte. (DE-EN-FM-TAC-F-07)*

En conclusión, se cumple con las prácticas de transparencia y rendición de cuentas que la ley exige, sin embargo, aún no existen actualmente condiciones para consolidar una cultura de transparencia y rendición de cuentas en el Hospital de Salud Mental.

1.4.2 Eficiencia y Eficacia

La gestión para resultados es un enfoque que se implementa gradualmente para mejorar los criterios de organización de la gestión pública, que involucra la asignación, ejecución y evaluación del uso de los recursos en función de los cambios específicos que se quieren alcanzar en favor del bienestar de la ciudadanía.

En el ejercicio práctico de una gestión eficiente y eficaz, elementos como la evaluación sistemática y periódica de procesos sustantivos y el trabajo de los equipos técnicos, las acciones que permitan mejorar continuamente la administración y gestión de las unidades sustantivas y la existencia de una cultura de la calidad en la institución, son fundamentales, sin embargo las respuestas entorno a estos aspectos reflejan que en promedio el 64% de la población encuestada coinciden en que nunca o rara vez están presentes en sus unidades. Cabe mencionar

que en la autoevaluación realizada en el taller de Habilidades Gerenciales impartido por la DIADI, el 79% del personal concluye que trabaja orientado a resultados, lo cual es contrario a la evidencia obtenida y presentada en este informe.

Por lo cual se concluye que la eficiencia y eficacia son dos elementos a ser reforzados en la institución en general para elevar el nivel de compromiso y cumplimiento de la institución con el interés público.

Recuadro 10
Eficiencia y eficacia

	Nunca/Casi Nunca	A veces	Siempre/Casi Siempre
Los procesos y el trabajo que realiza el equipo técnico de la unidad se evalúan de manera periódica y sistemática.	33%	35%	33%
Los resultados del monitoreo y la evaluación se utilizan para generar y aplicar acciones de mejora en la administración y gestión de la unidad.	40%	30%	30%
En mi dirección, se toman acciones y asumen compromisos para mejorar la efectividad de los procesos sustantivos.	30%	35%	35%
Mi dirección cumple efectivamente con sus responsabilidades y obligaciones en relación con los objetivos y metas establecidas por la institución.	29%	26%	45%
En mi institución las delegaciones demuestran que existe una cultura organizacional que promueve y logra la prestación de servicios de calidad a la comunidad.	34%	28%	38%

El presupuesto es escaso y tiene destino específico. Por ejemplo, este año se nos indicó que no teníamos una parte para el Grupo 3, renglones para compra de mobiliario (camas, escritorio, ventiladores, etc.). Por eso no se logró comprar computadoras. La gerente logró hacer una reorganización que le autorizó el ministerio, pero llevó tiempo que se lo autorizaran. De lo programado se autorizaron seis de las series de necesidades que tenemos. Este año en lugar de 20 se logró comprar 40 camas, un autoclave, carros y otros equipos para los servicios, gracias al trabajo coordinado con la gerente financiera. Ahora los servicios, están más equipados. (DE-EN-FM-TAC-F-04)

Existe desorden administrativo, son como 500 personas en la nómina, pero en realidad somos menos por que muchos han fallecido o se han jubilado. Aunque las plazas pertenecen al hospital, las personas que las tienen adjudicadas trabajan en otras instituciones. Alguien con título de enfermería es contratado como operario, pero ejerce la función de enfermería, quizás no sea un problema en el área de atención directa a pacientes, pero hay desorden en el ejercicio de funciones. También hace falta capacitar al personal en general. (DE-EN-FM-TAC-M-010)

Por otra parte, tenemos que actualizar la cartera de servicios para dejar de referir a los pacientes a otras instituciones. Somos un hospital de tercer nivel, sin tomógrafo, ultrasonido, ni electrocardiógrafo, entre otros. (DE-EN-FM- EST-M-06)

Se observó que la institución ha identificado varias necesidades relacionadas con la mejora de infraestructura y mantenimiento en las áreas de servicio, en paralelo se evalúo el desenvolvimiento de la administración financiera a través del plan operativo anual (POA) y el presupuesto asignado para el año 2023, según cuadro abajo descrito, da como resultado la identificación de distintos renglones de gasto que al 14 de noviembre de 2023, su ejecución ha sido cero o con algún porcentaje de ejecución, y para logar una eficaz y eficiente utilización de

los recursos financieros asignados, a nivel estratégico se pudo haber aprovechado estos recursos en cuanto al logro de algunas de las necesidades planteadas en su POA relacionadas con compra de equipo de cómputo, mobiliario y equipo y/o reparaciones menores.

Recuadro N.11

RENGLÓN	DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO VIGENTE Q.	EJECUCIÓN AL 14/11/2023	PORCENTAJE NO EJECUTADO	PRESUPUESTO NO EJECUTADO Q.
111	ENERGÍA ELÉCTRICA	305,000.00	82%	18%	54,900.00
115	EXTRACCIÓN DE BASURA Y DESTRUCCIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS	40,000.00	40%	60%	24,000.00
165	MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE MEDIOS DE TRANSPORTE	15,000.00	38%	62%	9,300.00
171	MANTENIMIENTO Y REPARACIÓN DE EDIFICIOS	260,000.00	9%	91%	236,600.00
181	ESTUDIOS, INVESTIGACIONES Y PROYECTOS DE PRE-FACTIBILIDAD Y FACTIBILIDAD	**900,000.00**	0%	100%	**900,000.00**
232	ACABADOS TEXTILES	80,000.00	40%	60%	48,000.00
233	PRENDAS DE VESTIR	96,000.00	62%	38%	36,480.00
292	PRODUCTOS SANITARIOS, DE LIMPIEZA Y DE USO PERSONAL	141,600.00	24%	66%	93,456.00
297	MATERIALES, PRODUCTOS Y ACCESORIOS ELÉCTRICOS, CABLEADO ESTRUCTURADO DE REDES INFORMÁTICAS Y	15,000.00	105% (Q900 sobregiro)		-
322	MOBILIARIO Y EQUIPO DE OFICINA	**140,000.00**	0%	100%	**140,000.00**
323	MOBILIARIO Y EQUIPO MÉDICO-SANITARIO Y DE LABORATORIO	**300,000.00**	0%	100%	**300,000.00**
325	EQUIPO DE TRANSPORTE	**300,000.00**	0%	100%	**300,000.00**
327	MAQUINARIA Y EQUIPO PARA LA CONSTRUCCIÓN	**300,000.00**	0%	100%	**300,000.00**
329	OTRAS MAQUINARIAS Y EQUIPOS	250,000.00	25%	75%	187,500.00

RENGLÓN	DESCRIPCIÓN	PRESUPUESTO VIGENTE Q.	EJECUCIÓN AL 14/11/2023	PORCENTAJE NO EJECUTADO	PRESUPUESTO NO EJECUTADO Q.
SE PRESUPUESTARON Q300,000 PARA COMPRA DE EQUIPO DE CÓMPUTO Y LUEGO ESTE MONTO SE TRASLADÓ PARA COMPRA DE EQUIPO DE TRANSPORTE, PERO TAMPOCO SE EJECUTÓ.					**2,630,236.00**

Fuente de información. Sistema SICOIN Reporte *R00804768.rpt*

Aunque existan normas de contención del gasto, estás no deberían afectar los resultados institucionales, basados en una adecuada gestión financiera para la programación de la ejecución presupuestaria, que permita alcanzar los objetivos.

En conclusión, se evidencian debilidades para alcanzar un nivel óptimo de eficiencia y eficacia en el desarrollo de procesos que afecta la prestación y la calidad de los servicios, así como la generación de valor público.

1.4.3 Inclusión

Obedeciendo al quehacer de las instituciones orientadas a prestar un servicio público es importante resaltar el desarrollo de prácticas de inclusión justas y equitativas con el fin de mejorar la eficiencia y la calidad en términos de acceso a los servicios orientados a satisfacer necesidades específicas de la población.

En promedio el 50% del personal encuestado coincide en que la institución si fomenta la inclusión y equidad en la prestación de sus servicios y no hace exclusión de personas por su edad, sexo, etnia o discapacidad, entre otros. Se observó que cuentan con infografías que resaltan la importancia de brindar una atención en salud con pertinencia cultural en todo tipo de servicio hospitalario.

Recuadro 11
Inclusión

	Nunca/Casi Nunca	A veces	Siempre/Casi Siempre
Los servicios que la institución ofrece son accesibles para las personas con discapacidad.	34%	28%	38%
Los servicios de la institución toman en cuenta las características étnico-culturales de la población (su idioma, cultura, identidad étnica, etc.)	19%	21%	60%
Las políticas y procedimientos de mi institución toman en cuenta la igualdad de derechos de la población guatemalteca sin importar su edad, etnia, sexo o condición.	22%	30%	48%
Se toman medidas concretas para reducir o eliminar las barreras que enfrentan ciertos grupos poblacionales para acceder a los servicios que la institución presta.	16%	27%	57%
Mi institución realiza estudios para generar conocimientos o utiliza el conocimiento ya existente sobre las características y condiciones de la población que atiende, para que las intervenciones que planifica e implemente sean pertinentes.	23%	27%	50%

Se pudo evidenciar a través de las entrevistas al personal las buenas prácticas de inclusión que se desarrollan dentro de la institución para que el servicio que se brinda responda a las necesidades y aspiraciones de los usuarios, como se pueden leer en los siguientes extractos:

Mire lo tenemos difícil, tenemos la famosa barrera idiomática que nosotros llamamos acá. Afortunadamente, dentro de nuestro personal de enfermería tenemos muchas personas que son de raza maya, que saben dialectos y ellos son los que en un momento dado nos sirven de intérpretes, pero hay algunos dialectos que no sabemos ni de dónde es, ni ellos tampoco, lo ignoran. (DE-EN-FM-TAC-M-010)

Ahí si nos da problema, entonces tenemos, el apoyo de trabajo social quien es la encargada de investigar específicamente de identificar de dónde vienen esas personas, de qué comunidades; tratamos con los COCODES, con quienes tenemos mucha comunicación, y a través de ellos hemos logrado identificar a ciertos personajes de lugares inaccesibles e inclusive de aquí de Guatemala. (DE-EN-FM-TAC-M-010)

Pacientes de tercera edad tienen prioridad, discapacitados, ceguera, atención al usuario los apoya, los guía para que realicen todos sus trámites, igual que el área de trabajo social. (DE-EN-FM-TAC-F-09)

Se resalta que, por no contar con una licencia de construcción, no se han podido realizar proyectos de inversión que permitan el acceso a personas con discapacidades. Así como que no se cuenta con personal idóneo que atienda los servicios en un idioma materno.

En conclusión, sensibilizar por distintos medios la atención a la población más vulnerable para brindar un servicio integral y de calidad, respetando sus derechos dentro de la sociedad y permitiendo así el acceso a servicios pertinentes de acuerdo a su condición.

1.5 Clima Organizacional

1.5.1 Trabajo en equipo

Una institución direccionada estratégicamente procura que las decisiones, acciones y actitudes de las autoridades estratégicas y tácticas se orienten a fomentar condiciones favorables para el trabajo en equipo, ya que este constituye un elemento fundamental para alcanzar los objetivos institucionales.

En promedio, el personal a quien se le aplicó la encuesta, el 54% considera que se fomenta el trabajo en equipo, sobre la base del conocimiento y habilidades garantizando la sinergia en los resultados en medio de un ambiente profesional y de mutuo respeto, para el desempeño de sus funciones.

Recuadro 12

Trabajo en equipo

	Nunca/Casi Nunca	A veces	Siempre/Casi Siempre
En mi unidad, se fomenta el trabajo en equipo cuando las actividades o procesos lo ameritan.	16%	33%	51%
En mi unidad, los equipos de trabajo se integran por personas que poseen conocimientos y habilidades complementarias, lo cual potencia el logro de resultados.	20%	27%	53%
Cuando formo parte de un equipo de trabajo, siento que todos los miembros colaboran entre sí.	22%	33%	45%
Considero que el trabajo en equipo realmente contribuye a alcanzar los resultados de la unidad.	15%	19%	66%
En mi unidad las relaciones entre los miembros de un equipo de trabajo son respetuosas y profesionales.	17%	26%	57%

Se identificaron desafíos con relación al trabajo en equipo, entre los aspectos que resaltan es la falta de un plan estratégico con objetivos a largo plazo y la limitación de conocimientos en gestión estratégica entre los líderes, otro relevante es la comunicación deficiente entre jefes y personal que afecta la comprensión y aplicación de procedimientos y expectativas laborales, lo que subraya la necesidad de mejorarla en todos los niveles. Como se puede evidenciar en los siguientes comentarios extraídos de las entrevistas:

> *No hay un plan que define los objetivos, la filosofía, las estrategias para tres, cinco años como institución, el asunto es que las personas que dirigen la institución tienen conocimientos en su área, pero no conocimientos de direccionamiento estratégico. el que no exista un objetivo común ha llevado al mal funcionamiento de la institución, y que todo mundo quiera ir por su lado. (DE-EN-FM-TAC-F-07)*

> *Nos pide el Ministerio cierta información escrita. Viene, el director y me dice "esto no es así, quiero esto y esto" y nos quedamos hasta tarde trabajando. Luego dice otro doctor que el proyecto no es así, cámbielo. Otra vez, otro trabajo terrible que nos llevó semanas y lo terminamos. De ahí resulta que el doctor dice que no, que ahora mejor que le cambie esto. Después de que me dio una instrucción especifica el doctor y nosotros va de repetir y repetir el bendito trabajo. Ahora quítele esto, ahora póngale, fíjese que era como al principio. (DE-EN-FM-TAC-F-07)*

Se constató que no existe una estrategia o un modelo que fomente y oriente a trabajar en equipo, cada departamento trabaja colaborativamente a nivel operativo, por la naturaleza propia del servicio que se presta. En ausencia del personal nadie más quiere asumir las atribuciones del puesto, por falta de voluntad, acomodamiento los cuales fomentan la apatía. En general, la colaboración es vista como un favor y no como parte de sus funciones.

En cuanto al reconocimiento de las contribuciones de los equipos de trabajo al logro de los objetivos, esté se da circunstancialmente y no de manera sistemática, con base en criterios subjetivos y no objetivos.

En conclusión, el trabajo en equipo debe ser incorporado a la institución como una práctica orientada desde los niveles estratégicos para potenciar el desempeño de la institución y el cumplimiento de sus objetivos, además es un factor determinante para potenciar la creatividad, promover estructuras de trabajo flexibles más horizontales y desarrollar las habilidades sociales porque mejoran la comunicación y elevan la participación.

1.5.2 Compromiso, Motivación y Confianza

Esta variable enmarca la importancia del compromiso, confianza y sentido de pertenencia que el empleado o servidor público tiene con la institución como elementos fundamentales para el logro de resultados y la percepción de que la institución cuida que exista un ambiente seguro y confiable para ellos.

El personal a quien se le aplicó la encuesta coincide que en promedio el 50% se percibe un nivel de compromiso medio en el personal con relación al cumplimiento de sus atribuciones, sin ir más allá derivado del entorno potencialmente conflictivo existente en algunas áreas, en las que sobresalen algunos lideres negativos, lo que genera desmotivación, fractura la confianza interpersonal, reduce el nivel de compromiso y el sentido de pertenencia a la institución.

Recuadro 13

Compromiso, motivación y confianza

	Nunca/Casi Nunca	A veces	Siempre/Casi Siempre
Siento la confianza de proponer innovaciones en aspectos relacionados con mi trabajo o el de la unidad donde laboro.	22%	29%	49%
Soy tomado en cuenta para la realización de las principales actividades destinadas a cumplir los objetivos de trabajo en mi unidad.	21%	28%	51%
En mi unidad se confía en que cada colaborador es capaz de cumplir con las tareas asignadas.	22	26	52%
Confío en que mis compañeros de trabajo cumplirán con eficiencia y puntualidad las tareas y compromisos que se asumen para alcanzar los objetivos de la Unidad.	17%	23%	59%
En mi Unidad, tengo la autonomía necesaria en la toma de decisiones técnicas.	28%	23%	49%
En la institución, los equipos de trabajo evalúan y retroalimentan su desempeño en relación al alcance efectivo de resultados.	40%	24%	36%
En mi institución, las autoridades actúan de manera clara y contundente ante actos de discriminación, abuso, acoso o cualquier acto lesivo a la dignidad del personal.	31%	24%	44%
En mi institución, he recibido capacitaciones, se han impulsado campañas o se han abierto espacios de diálogo para prevenir la discriminación, el acoso o la violencia en cualquiera de sus formas.	47%	23%	30%

La información de las entrevistas permite evidenciar que una parte del personal labora con un alto nivel de compromiso, pero no puede afirmarse que todo el personal lo posea y aun cuando se han realizado importantes esfuerzos en la institución para generar condiciones que faciliten las tareas y crear un ambiente confiable, todavía existen debilidades en ese sentido. Por otra parte, a través de la guía de verificación se constató que las autoridades han actuado de manera clara y contundente ante actos de discriminación, abuso, acoso o cualquier hecho lesivo a la dignidad del personal que se haya registrado en la institución. Y en cuanto a capacitaciones, campañas o apertura de espacios de diálogo para prevenir lo anterior, estas se realizan de manera esporádica, no programada o sistemáticamente.

> *Existe una burocracia excesiva, falta de comunicación entre los departamentos, falta de gestión y responsabilidad, si un médico del servicio pide una resonancia magnética a través de la trabajadora social, el tiempo de respuesta al departamento sería de seis semanas, sin embargo, haciendo una correcta gestión a través de la subdirección médica hemos respondido a la solicitud en un tiempo de treinta minutos. Pienso que entonces es cuestión de voluntad, Ellos están comprometidos con los objetivos de nuestro plan de trabajo. Todos estamos comprometidos a lograrlos, ejecutarlos, a hacerlos reales, con nuestra actitud y nuestro servicio. (DE-EN-FM- EST-M-06)*

> *El personal bajo mi cargo si está muy comprometido para brindar un buen servicio. Déjeme decirle que nosotros somos la cara del hospital, el primer contacto que tiene el paciente con el hospital, entonces nos gusta dar un buen servicio. Yo le digo a los médicos*

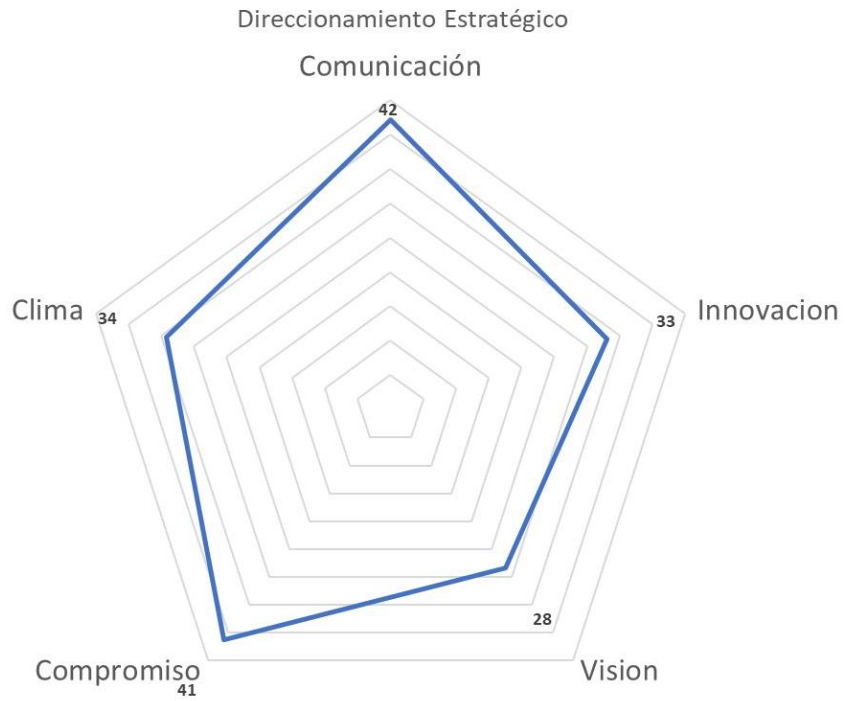
residentes, ustedes tienen que atender como quisieran ser atendidos en un hospital y brindar ese servicio de calidad y calidez. (DE-EN-FM-TAC-F-012)

Parcialmente, no plenamente. Tengo personas de confianza, pero los hechos me han indicado que mi confianza debe ser mesurada. Me cuesta un poquito ese tema porque hay personas muy confiables, en ciertas circunstancias, pero a la hora de la hora, es un poquito difícil decir que confío plenamente. (DE-EN-FM-TAC-F-013)

Este departamento es bien pesado. Llegan al punto de que se organizan y sacan al director en la tele. Hay líderes de alto calibre y entonces cuando yo necesito que alguien me cubra, casi ninguno me quiere cubrir. No por mí, sino porque temen que tal persona el haga un problema. Saben que es difícil el manejo del departamento y ninguno se quiere meter en problemas. Buscan ser más pasivos, menos participativos, aunque tengan las habilidades, porque en el equipo que tengo gente que tiene perfectamente las habilidades, y lo podría hacer mucho mejor que yo. Pero con esa actitud, dicen no quiero, no lo hago. Al final piensan que se caiga todo, de todos modos, la encargada es ella. Por eso, el tema de confianza sí me cuesta. (DE-EN-FM-TAC-F-013)

En conclusión, los resultados del análisis de esta variable abordan lo relacionado a los desafíos de la institución para generar compromiso, motivación y confianza en el personal como elementos fundamentales, que permiten un buen clima organizacional que vele por el bienestar laboral y por ende un mejor desempeño del personal en la prestación de los servicios.

Gráfica de Resultados del Indicador 1



2. Conclusiones y Recomendaciones

Posterior al diagnóstico realizado, el Instituto Nacional de Administración Pública -INAP- concluye:

1) Referente a los mecanismos de coordinación y comunicación, para el Hospital Federico Mora, es de vital importancia mejorar los procesos de articulación institucional, la operativización de mecanismos metodológicos, la implementación del enfoque de contingencia y definición de estrategias de coordinación, para la ejecución de buenas prácticas, maximizar la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios, por lo que se propone realizar el diagnóstico de la dimensión de Gestión de Estructura Organizacional.

   Con el fin de obtener mejoras sustanciales en la prestación de los servicios se deberá analizar la estructura orgánica actual y realizar propuesta de nueva estructura con base en gestión por procesos.

2) Para que los procesos funcionen adecuadamente, es indispensable el monitoreo y evaluación a la prestación del servicio. Por lo que, en el Hospital Federico Mora es vital la implementación de un sistema integral de monitoreo y evaluación que permita recoger datos operativos para generar información táctica y estratégica de carácter cuantitativo y cualitativo, para tomar decisiones basadas en evidencia objetiva que permitan mejorar la calidad del servicio.

   Es necesario rediseñar e implementar un modelo de gestión y atención, para prestar el servicio, y que en función de ese modelo los mandos estratégicos gestionen el desarrollo de las competencias respectivas en el personal que participa en la producción y prestación de los servicios.

   Este sistema de información deberá permitir el registro de todas las intervenciones en cada una de las etapas del proceso de atención al paciente, identificando los roles y responsables de los que intervienen a través de un sistema de indicadores de avance que permita identificar la trazabilidad del proceso.

3) Con el fin de mejorar la elaboración de las herramientas de direccionamiento oficiales y no oficiales es necesario implementar el Modelo de Gestión por Procesos propuesto por el INAP para fortalecer la gestión por resultados, es indispensable la realización del plan prospectivo de la Institución, el cual debe contemplar al menos los siguientes elementos: Problemática, escenarios, FODA y estrategias. Esto permitirá mejorar el direccionamiento

estratégico y fortalecer la capacidad de respuesta ante situaciones previstas y no previstas, y por ende generar valor público.

4) Para fortalecer la transparencia, rendición de cuentas, eficiencia y eficacia en la institución es indispensable la generación de manual de organización y funciones que propicie el marco adecuado para la elaboración del manual de normas y procedimientos el cual orientará el desarrollo de las actividades. Esto deberá ir alineado a los productos identificados en la planificación operativa la cual deberá estar vinculada al plan prospectivo de la institución.
5) Para mejorar el clima organizacional es importante elevar el nivel de pertenencia a la institución por parte del personal, por lo que se considera indispensable que en el Hospital Federico Mora, pueda diseñarse e implementarse una cultura organizacional, esto permitirá fomentar el compañerismo, la motivación, la confianza, el reconocimiento y el compromiso con el cumplimiento de los objetivos institucionales

   Se considera que es necesario realizar el diagnóstico de la Gestión de Recursos Humanos con el fin de analizar los diferentes elementos de esta dimensión.

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA