

PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PARA UNA IPS



**DIANA MARCELA CARREÑO BELTRAN
RUZ DARY CASTRO QUILAGUY
SANDRA PATRICIA OCHOA SÁNCHEZ**

**UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSGRADOS
AUDITORIA DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD
BOGOTÁ D. C.
2012**

PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PARA UNA IPS

**DIANA MARCELA CARREÑO BELTRAN
RUZ DARY CASTRO QUILAGUY
SANDRA PATRICIA OCHOA SÁNCHEZ**

**Informe Final de Investigación para optar al título de
Auditoras de la Garantía de la Calidad**

**Tutor
LUIS JAVIER ARANGO CARDONA
Médico Magíster en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSGRADOS
AUDITORIA DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD
BOGOTÁ D. C.
2012**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá, 23 de junio de 2012.

DEDICATORIA

Gracias a nuestras familias y amigos quienes nos apoyaron desde un principio hasta el día hoy y siguen dándonos ánimo para terminar este proceso.

Gracias a todos.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Al Dr. Luis Javier Arango Cardona. Médico Magíster en Salud Pública, tutor del presente trabajo de grado, por su apoyo, colaboración y dedicación durante el desarrollo de esta investigación.

Al Dr. Jorge Ernesto Ochoa Montes. Director de especializaciones de salud. Médico Magíster en Salud Pública, por su dedicación e invaluable conocimientos suministrados.

A todas aquellas personas que nos acompañaron directa o indirectamente, participando, leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndonos paciencia, dándonos ánimos, acompañándonos en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	10
1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.JUSTIFICACIÓN	14
3.OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GENERAL	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4.MARCO LEGAL	16
5.MARCO CONCEPTUAL	18
5.1 ANTECEDENTES	18
5.2 PRINCIPIOS DE LA AUDITORÍA	20
5.3 CICLO DE MEJORAMIENTO	21
5.4 NIVELES DE LA AUDITORÍA	22
5.4.1 Primer nivel de auditoría.	22
5.4.2 Segundo nivel de auditoría.	23
5.4.3 Tercer nivel de auditoría.	23
5.5 ACCIONES DE LA AUDITORÍA	24
5.5.1 Acciones preventivas.	24
5.5.2 Acciones de seguimiento.	24

	pág.
5.5.3 Acciones coyunturales.	25
6.PROGRAMA DE AUDITORÍA DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	27
6.1 ENFOQUE DE LA AUDITORÍA	27
6.2 LAS ETAPAS GENERALES DE LA AUDITORÍA, CON ENFOQUE CONCEPTUAL SISTÉMICO	42
6.3 AUTOEVALUACIÓN	46
6.4 PLAN DE MEJORAMIENTO	63
6.5 ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS	67
6.6 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	73
6.7 SEGUIMIENTO A TRAVÉS DE COMITÉS	73
7.HERRAMIENTAS DE TRABAJO PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO	79
7.1 TORMENTA DE IDEAS	79
7.2 DIAGRAMA DE AFINIDADES	83
7.3 DIAGRAMA DE RELACIÓN	88
7.4 DIAGRAMAS DE ÁRBOL	90
7.5 DIAGRAMA DE ISHIKAWA	93
7.6 RECOLECCIÓN DE DATOS	96
7.7 GRÁFICO DE PARETO	98
7.8 ESTRATIFICACIÓN	100
7.9 MATRIZ PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO (5W-1H)	101
7.10 INFORME DE TRES GENERACIONES	102

	pág.
8. GUIA PRACTICA PARA REALIZAR EL PAMEC	104
9. CONCLUSIONES	116
10. BIBLIOGRAFIA	117

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. Matriz de priorización para planeación	55
Gráfica 2. Consolidación resultados finales.	56
Gráfica 3. Plan de mejoramiento integral.	110
Gráfica 4. Ruta crítica PAMEC	111

INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Ley 1122 de 2007 establece la prestación de servicios con calidad, para lo cual reglamenta posteriormente el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles a través del Decreto 1011 de 2006. Este último define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece responsabilidades para cada uno de sus actores, es decir, el Ministerio mismo, la Superintendencia Nacional de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

El Título IV del Decreto 1011 de 2006 define y reglamenta “el Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud”¹ que será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades.

Estas instituciones deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender al cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios”. Para el cumplimiento de estos propósitos, se desarrollaron “las pautas indicativas de Auditoría”² que pretenden homologar significados en torno a su implementación en los diferentes ámbitos de aplicación y de responsabilidad³.

Se ha evidenciado a través de asistencia técnica y mesas de trabajo por parte del Ministerio de la Protección Social con diferentes actores del Sistema, disímiles grados de desarrollo en la aplicación de estas pautas de auditoría, al igual que lo reflejado en la revisión de experiencias nacionales con relación a qué acciones de asistencia técnica están siendo efectuadas por los entes territoriales, para la implementación del programa de auditoría en su jurisdicción.

¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Título IV Modelo de auditoría. Bogotá: Diario Oficial 46230, Abril 03 de 2006.

² *Ibíd.*

³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en atención en salud. 2007.

Este panorama lleva a la necesidad de complementar las pautas indicativas, que son el instrumento técnico para aplicar el modelo, con una guía metodológica y herramientas que faciliten a los entes territoriales el diseño e implementación de acciones para divulgar, capacitar a las organizaciones de su jurisdicción en materia de los niveles de calidad esperados en la atención de su población, de manera que se unifiquen criterios y se establezcan acuerdos y compromisos, sobre los objetivos y metas regionales de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, y les provea en forma práctica a los otros actores herramientas para el diseño e implantación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de que tratan estas pautas.

El Sistema de Garantía de Calidad en general y la auditoría en particular apuntan especialmente hacia la atención en salud definida como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de procesos propios de aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”⁴.

Uno de los pilares del Sistema de Garantía de Calidad es la Atención Centrada en el Cliente; entendido el cliente como el usuario, es decir, el cliente externo. No significa esto que a la luz del Sistema no sea importante la satisfacción del cliente interno, lo es y mucho, sobre todo en la medida en que su satisfacción es un prerrequisito para obtener los resultados centrados en el usuario.

Los principios en que se fundamenta la atención centrada en el usuario son, en primer lugar la identificación de los usuarios, sus necesidades y expectativas, tanto de cuidado como de servicio. Y en segundo lugar, la evaluación de los procesos se debe realizar de manera transversal, no por dependencias o servicios, se debe permitir que los equipos de trabajo participen en los resultados de los procesos de tal manera que los resultados se reflejen en todos los niveles y en todas las áreas de la organización involucradas en cada proceso.

Los sistemas de atención en salud han alcanzado un importante desarrollo y son complejos. Es necesario ser conscientes entonces de que los sistemas de atención en salud son sistemas de alto riesgo y que por tanto, en ellos deben analizarse permanentemente, cuáles han sido los errores que se han cometido y han culminado en un daño al paciente (eventos adversos) o que podrían haberlo

⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2007.

hecho (incidentes o casi - evento adverso); como de manera proactiva, cuáles son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras de seguridad (modo de falla).

La seguridad del paciente debe involucrar acciones hacia el usuario y la familia en los temas de información cuando ocurre un evento adverso y de apoyo durante el despliegue de las acciones requeridas para remediar o mitigar sus consecuencias.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente: elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes. Igualmente durante el despliegue de las acciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención debe facilitar la creación de una cultura organizacional autocrítica y proactiva ante los errores y que sea solidaria con los pacientes y sus familias.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La experiencia del equipo investigador con relación a la capacidad técnica de los equipos de las entidades prestadoras de servicios de salud, han demostrado un limitado conocimiento e interés real por parte de las IPS sobre la importancia del mejoramiento continuo, lo cual afecta directamente la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios recibidos, aumentando la brecha entre calidad observada Vs Calidad esperada razón por la cual se soporta la necesidad de contar con modelos que permitan mejorar los conocimientos teórico – prácticos sobre la auditoría integral, sistémica de una IPS, con el fin de que pueda convertirse en un instrumento de evaluación y monitorización permanente de los procesos prioritarios que la organización defina a partir del auto diagnóstico.

2. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta que con frecuencia los equipos de las IPS no cuentan con la formación adecuada sobre los componentes y características de un plan de mejoramiento continuo, ni conocen con frecuencia la normatividad del PAMEC, se consideró de importancia por el grupo de investigación, la elaboración de un modelo que pudiera ser replicable, teniendo en cuenta que la existencia del plan es obligatoria para todas las entidades de salud y un modelo ajustado a la normatividad vigente será un importante aporte para la gestión de la calidad en dichas entidades.

Se apoyará la elaboración, despliegue e implementación como un programa integral, que permita orientar el trabajo institucional de mejoramiento continuo de la calidad.

Todas las IPS requieren de los elementos necesarios que permitan que sus actores principales, no solamente estén capacitados, sino que realmente se motiven y alcancen un alto sentido de pertenencia institucional, comprometiéndose a ser gestores del Programa de Mejoramiento de la Calidad de las instituciones de salud.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Crear un Modelo de Programa de mejoramiento de la calidad para instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS que garantice para la entidad, el cumplimiento de la normatividad vigente y una serie de acciones coordinadas hacia la seguridad del paciente en el proceso asistencial y el logro de su satisfacción, por la calidad de cada uno de los procesos asistenciales y administrativos que intervienen en su atención.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los procesos administrativos y asistenciales claves en la prestación de los servicios de salud a los usuarios de una IPS hospitalaria.
- Establecer la Ruta Crítica del Proceso y su Cronograma de formulación e implementación.
- Aplicar la Auto evaluación de los ESTÁNDARES de Acreditación para detectar Fortalezas y Oportunidades de Mejora.
- Definir los Procesos Prioritarios y la Calidad Deseada.
- Establecer el tipo de mediciones de los Procesos escogidos para estandarizar su evaluación y seguimiento.
- Diseñar un modelo de Planes de Mejoramiento para disminuir las brechas entre la Calidad deseada y la observada.
- Crear un Modelo de Programa de Mejoramiento de la Calidad para una IPS hospitalaria, que cumpla la normatividad del SGSSS al respecto y se convierta en un proceso de mejora para la garantía de la calidad de los servicios y el logro de la satisfacción de los usuarios.
- Crear un programa modelo de Aprendizaje Organizacional y Cultura de Mejora Continua.

4. MARCO LEGAL

- **Ley 100 de 1993⁵ (ley estatutaria).** Control y evaluación de la calidad del servicio de salud. Es facultad del gobierno nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

- **Ley 715 de 2001⁶ (ley orgánica).** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356, y 357 (acto legislativo 01 de 2001) de la constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

- **Decreto 1011 de 2006⁷ (SOGCS).** Establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.

- **Resolución 1043 de 2006⁸ (habilitación).** Establece condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

- **Resolución 1445 de 2006⁹ (Acreditación).** Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

⁵ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993. Bogotá: Diario Oficial 41.148, Diciembre 23 de 1993.

⁶ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 715 de 2001. Bogotá: Diario Oficial 44654, Diciembre 21 de 2001.

⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Op. cit.

⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 de 2006 la cual establece el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, PAMEC. Bogotá: Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006.

⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1445 de mayo 8 de 2006. Por la cual se definen funciones de la entidad acreditadora. Bogotá: Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006.

- **Resolución 1446 de 2006¹⁰ (Información).** Establece el sistema de información para la calidad y se adoptan indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad en la atención en salud.

- **Pautas indicativas para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud¹¹.**

¹⁰ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1446 de mayo 8 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006.

¹¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 2007.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 ANTECEDENTES

La auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud tiene prolongados antecedentes en nuestro país. Desde la Ley 23 de 1983: “Código de Ética Médica” que regula el ejercicio médico y la calidad de los registros que se desprenden de él, es en este momento cuando se aplican los primeros estudios de evaluación de historia clínica médica y de revisión de la adecuación del uso de la cama hospitalaria; luego mediante la Ley 100 de 1993, se define el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y en el Artículo 153, se determina que “El Sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios, calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional...”.

En la Resolución 5261 de 1994¹², que establece una serie de definiciones que determina la calidad en la prestación de los servicios, incluyendo la Evaluación de Calidad como “La medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención...”; la Resolución 1995 de 1999, Por la cual se establecen las normas para el manejo de la Historia Clínica; la Resolución 412 DE 2000, Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública; el Decreto 2309 de 2002, Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; la resolución 1043 por medio de la cual se dan las condiciones de cumplimiento de las IPS para habilitarse y para la implementación del componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad. Además, mediante la Ley 1122 de 2007 se establece la prestación de servicios con calidad, para lo cual se reglamenta posteriormente el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles a través del Decreto 1011 de 2006. Este último define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece responsabilidades para cada uno de sus actores, es decir, el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

¹² MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261 de agosto 5 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Título IV del Decreto 1011 de 2006¹³ define y reglamenta “el Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud” que será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades las cuales debe adoptar indicadores y estándares que permitan precisar los parámetros de calidad esperada en los procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre dichos parámetros y los resultados obtenidos, para propender al cumplimiento de las funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios. Para el cumplimiento de estos propósitos, se desarrollaron “las pautas indicativas de Auditoría” que pretenden homologar significados en torno a su implementación en los diferentes ámbitos de aplicación y de responsabilidad.

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistémico y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad.

El Ministerio de la Protección Social ha promulgado los conceptos teóricos del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud y la guía de implementación de dichas pautas, las cuales son la base para el desarrollo de este manual¹⁴.

De acuerdo con el Decreto 1011 de 2006, del Ministerio de la Protección Social, el MODELO DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD, “deber ser concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan básicos en el Sistema Único de Habilitación” y los procesos de auditoría se hacen obligatorios, lo que implica la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos prioritarios, los cuales deben ser definidos previamente; comparar la calidad observada y la calidad esperada, esta última definida mediante guías basadas en evidencia científica, normas técnicas y administrativas; además, se debe adoptar medidas destinadas a corregir las desviaciones encontradas a los parámetros estandarizados y por último definir la manera de mantener las condiciones de calidad y de mejora.

La auditoría debe ser entendida como un componente del Sistema Obligatorio Garantía de Calidad, junto con el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información a Usuarios; sin que uno sea más importante que el otro, la auditoría es la herramienta fundamental para el logro a cabalidad de los

¹³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Op. cit.

¹⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 de 2006. Op. cit.

demás. La institución debe entender que la auditoría es toda una estrategia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y no debe confundirse con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) que es la forma a través de la cual se operativiza el modelo en la institución.

Para lograr la efectividad del modelo, la auditoría, debe tener un enfoque sistémico, y ser considerada como una herramienta de gestión de calidad, y esta a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial

5.2 PRINCIPIOS DE LA AUDITORÍA

Los principios que orientan la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los servicios de salud son:

- **AUTOCONTROL:** la auditoría debe contribuir a que cada miembro de la institución logre adquirir la destrezas para planear, ejecutar, verificar y ajustar los procedimientos en los cuales participa, para que sean realizados acordes con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la propia organización.
- **ENFOQUE PREVENTIVO:** la auditoría debe buscar prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que en algún momento pueden servir como obstáculo para que los resultados no sean los esperados.
- **CONFIANZA Y RESPETO:** la auditoría debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso para desarrollar procesos de mejoramiento continuo y de la autonomía institucional dentro de los términos pactados con los compradores de servicios de salud.
- **SENCILLEZ:** la auditoría debe buscar que sus mecanismos y acciones sean claramente entendibles y fácilmente aplicables a cada miembro de la organización para que se realicen de forma efectiva dentro del proceso que corresponda.
- **CONFIABILIDAD:** los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de la persona que ejecute la medición.

- **VALIDEZ:** los resultados obtenidos de los procesos de auditoría deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables evaluadas.

5.3 CICLO DE MEJORAMIENTO

El ciclo de mejoramiento o PHVA es la mejor forma de representar el enfoque del Mejoramiento Continuo y en este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría paramédico de Médicos Asociados.

El ciclo de mejoramiento es un conjunto en el tiempo, a continuación se explica cada uno de sus componentes:

P – PLANEAR: esta fase está compuesta de dos etapas; la primera por identificar la meta, es decir el qué?. La segunda tiene que ver con definir el cómo, es decir los medios de lograr el cumplimiento de las metas.

H – HACER: esta es la fase de ejecución de los medios establecidos es la fase anterior y a su vez tiene dos etapas: la primera, orientada a la educación y entrenamiento de las personas para la realización de los medios y la segunda es la ejecución de lo planteado y adicionalmente tiene que ver con la recolección de los datos.

V – VERIFICAR: en esta fase se valida la ejecución de la etapa anterior, sobre la base de la evaluación del comportamiento de indicadores y de la aplicación de métodos de evaluación los cuales deben estar incluidos en la auditoría para el mejoramiento de la calidad.

A – ACTUAR: en esta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Básicamente hay dos posibilidades; en el caso en que la meta se haya cumplido, es necesario estandarizar la ejecución para mantener los resultados. La segunda opción es para el caso contrario, en el que la meta no se cumplió y por tanto, es necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar en el ciclo hasta alcanzar la meta.

La relación del ciclo de mejora con las acciones de auditoría se presenta en que dichas acciones deben ser un plan de mejora en el cual la fase de verificación se convierte en actuar en un ciclo que se repite cuantas veces sea necesario para

garantizar al usuario una prestación de servicios de calidad; para concluir, las acciones de auditoría se desarrollan identificando las oportunidades de mejora, priorizando, haciendo análisis causal, implementando acciones de mejora y reevaluando¹⁵.

5.4 NIVELES DE LA AUDITORÍA

La auditoría en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad se debe implementar al interior de las instituciones y entre las organizaciones y la norma establece que el modelo debe operar en tres niveles: el de autocontrol, el de auditoría interna y el de auditoría externa, los dos primeros operan en el nivel de micro gestión y el tercer nivel en el de macro gestión.

5.4.1 Primer nivel de auditoría: De esta forma el nivel óptimo en que actúa la auditoría es el AUTOCONTROL. Como ya se mencionó anteriormente este concepto hace referencia al conjunto de tareas de planeación, ejecución, verificación y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la entidad, en los procesos en que actúa y participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la misma organización.

Para que el autocontrol sea posible dentro de la organización es necesario:

- Establecer los procesos de manera participativa
- Realizar capacitación y entrenamiento a los miembros de empresa, en cada una de las tareas y en los resultados esperados.
- Empoderamiento total de los procesos a cada uno de los participantes con miras al mejoramiento continuo y de cara a la seguridad del paciente.

El concepto de autocontrol lleva implícita la idea de responsabilidad frente a la confianza que las directivas depositan en cada uno de sus miembros y el compromiso de éstos frente a la organización.

¹⁵ LEEBOV W., ERSOZ C. J. Manual de Administradores de Salud para el Mejoramiento Continuo. American Hospital Publishing, traducción del Centro de Gestión Hospitalaria; 1991. p. 187-199.

5.4.2 Segundo nivel de auditoría: El segundo nivel de operación es la AUDITORÍA INTERNA, y se define como el conjunto de procesos de evaluación sistemática de la calidad de la atención en salud, realizados por miembros de la misma organización, desde una instancia externa al proceso que se audita. El propósito de la Auditoría Interna es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

La Auditoría Interna actúa sobre el autocontrol y debe entenderse como el nivel que promueve y facilita, entre otras, las siguientes acciones:

1. El análisis de aquellas causas que no permiten el logro de los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios.
2. La implementación de las acciones necesarias para alcanzar el nivel de calidad esperado.
3. El acompañamiento a los responsables de los procesos en el seguimiento y mejoramiento de los mismos.

La Auditoría Interna debe evitar los enfoques punitivos ya que los modelos con estos enfoques, generalmente conducen a un falso autocontrol, en donde se simula de calidad durante las inspecciones y supervisiones.

5.4.3 Tercer nivel de auditoría: El tercer nivel, la AUDITORÍA EXTERNA, es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución. Para los efectos de este modelo, el nivel de Auditoría Externa tiene su razón de ser en el ámbito de la mesogestión, con base en acuerdos previamente pactados¹⁶.

Estos acuerdos podrán referirse a los niveles de calidad que se van a ofrecer a los usuarios, a los instrumentos e indicadores que se van a utilizar para medir tales niveles, a los criterios, y métodos de evaluación, entre otros. En la medida en que las Entidades Territoriales de Salud se comporten como compradores de servicios de salud para la población pobre no afiliada, se incluyen en este ámbito.

¹⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Op. cit.

En el caso de las EPS y entes que se le asimilen, el programa de Auditoría debe incluir, además, el componente de Auditoría Externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de sus redes de servicios. Esta misma consideración se aplica a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, en tanto se comporten como compradoras de servicios para la población pobre no afiliada.

5.5 ACCIONES DE LA AUDITORÍA

La norma establece las acciones necesarias para lograr la operativización del modelo de auditoría y de esta manera establecer los mecanismos necesarios para fortalecer la cultura de mejoramiento continuo y autocontrol.

Las acciones son entendidas como los mecanismos, procedimientos y/o actividades que se deben establecer para lograr el mejoramiento continuo de los procesos y para evitar que los errores o eventos adversos identificados e intervenidos se vuelvan a presentar.

En relación a lo anterior, la norma reglamentaria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad reconoce tres tipos de acciones de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de acuerdo a la parte del ciclo de mejoramiento de la gestión de los procesos en que actúa:

5.5.1 Acciones preventivas. El primer grupo son las ACCIONES PREVENTIVAS, entendidas como el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de Auditoría sobre los procesos prioritarios definidos, que deben realizar las personas y la organización en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

Las acciones preventivas tienen como propósito establecer criterios explícitos de calidad, con base en los cuales se llevarán a cabo: el autocontrol, la Auditoría Interna y la Auditoría Externa.

5.5.2 Acciones de seguimiento. El segundo grupo son las ACCIONES DE SEGUIMIENTO, las cuales se refieren al conjunto de procedimientos, actividades y mecanismos de Auditoría, que deben realizar las personas y la organización durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar su calidad. Se trata, básicamente, de aquellas acciones

de control realizadas en lo más cercano al tiempo real a la ejecución de los procesos, con el objetivo de conocer el desempeño de los mismos. Por definición, la aplicación de las acciones de seguimiento en el día a día son una responsabilidad del nivel de autocontrol, en otras palabras son acciones de control principalmente de primer orden.

El papel del nivel de la Auditoría interna en las acciones de seguimiento es de segundo orden, es decir de velar por el control del autocontrol y no debe conducir a la recomendación o imposición de conductas. De esta manera se evitarán los riesgos y los costos derivados de una Auditoría que interfiere con los procesos evaluados. En este sentido debe recordarse que el enfoque de Auditoría es el de Mejoramiento Continuo, y no el de Inspección de Calidad y que, por tanto, el sentido de los estándares de calidad es servir como guías sobre la forma correcta de llevar a cabo las diferentes actividades para fortalecer el autocontrol.

Las acciones de seguimiento están orientadas a constatar la aplicación de las guías, normas y procedimientos, de acuerdo con los referentes legales y con los criterios de calidad adoptados. Con base en los resultados de las acciones de seguimiento se identificarán brechas de desempeño, sobre las cuales se formularán y adoptarán las recomendaciones de mejoramiento pertinentes. Las acciones de seguimiento son inherentes al autocontrol y a la Auditoría Interna, y en el campo de la Auditoría Externa.

Sin embargo, aunque las organizaciones estandaricen al máximo sus procedimientos, capaciten y entrenen permanentemente a sus miembros, lleven a cabo acciones de seguimiento y realicen mejoras continuas con base en sus hallazgos, muy difícilmente se podrán eliminar por completo los riesgos de fallas o errores inesperados. Este hecho exige que las entidades estén adecuadamente preparadas para manejar tales situaciones, de manera que se puedan detectar y corregir oportunamente, y prevenir su recurrencia.

5.5.3 Acciones coyunturales. Esta es la razón por la cual el modelo de Auditoría contempla la realización de las ACCIONES COYUNTURALES, definidas como el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de Auditoría que deben realizar las personas y la organización, retrospectivamente, para detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas y a la prevención de su recurrencia.

Son ejemplos de situaciones donde se deberían establecer acciones de tipo coyuntural aquellas definidas como eventos adversos o centinelas, por cuanto se constituyen en alertas que indican la necesidad de tomar decisiones oportunas.

No se debe olvidar que las acciones son un continuo en el tiempo así las acciones preventivas deberán generar acciones de seguimiento y estas a su vez pueden desencadenar acciones coyunturales ó preventivas y las acciones coyunturales generan la planeación de acciones preventivas de forma tal, que el ciclo de mejoramiento se cierre.

6. PROGRAMA DE AUDITORÍA DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

En un programa de auditoría se deben incluir mecanismos para evaluar la satisfacción del cliente y mecanismos para abordar efectivamente los principales problemas de calidad de la organización (procesos priorizados), de manera que se garanticen los resultados esperados en la prestación del servicio.

Como se ha planteado, los niveles y las acciones de la auditoría deberán ser implementados en el mejoramiento de los procesos prioritarios de las instituciones y el sistema; en este punto es importante recalcar que la auditoría es una función organizacional y requiere que en forma previa se establezca la metodología a ser utilizada para su desarrollo en todos los niveles de la institución, con el propósito de promover la homologación de significados y la construcción de una cultura organizacional propia.

6.1 ENFOQUE DE LA AUDITORÍA

En las Pautas Indicativas promulgadas se desarrollan los conceptos teóricos del modelo de auditoría para el mejoramiento de la atención, los cuales son:

- La auditoría tiene un enfoque sistémico.
- La auditoría debe ser considerada como una herramienta de la gestión de calidad, y esta a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.
- La auditoría se fundamenta en dos pilares: el mejoramiento continuo y la atención centrada en el cliente.

➤ Teoría General de Sistemas

El enfoque sistémico es la aplicación de la teoría general de los sistemas en cualquier disciplina.

En un sentido amplio, la teoría general de los sistemas se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al

mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo interdisciplinarias.

En tanto paradigma científico, la teoría general de los sistemas se caracteriza por su perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen.

Los objetivos originales de la teoría general de sistemas son los siguientes:

- Impulsar el desarrollo de una terminología general que permita describir las características, funciones y comportamientos sistémicos.
- Desarrollar un conjunto de leyes aplicables a todos estos comportamientos y, por último.
- Promover una formalización (matemática) de estas leyes.

La primera formulación en tal sentido es atribuible al biólogo Ludwig von Bertalanffy en 1936; para él la teoría general de sistema debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales. Esta teoría surge en respuesta al agotamiento e inaplicabilidad de los enfoques analítico-reduccionistas y sus principios mecánico-causales. El principio en que se basa esta teoría es la noción de totalidad orgánica, mientras que el paradigma anterior estaba fundado en una imagen inorgánica del mundo.

Los conceptos propuestos por Bertalanffy pueden ser resumidos en que existen modelos, principios y leyes que pueden ser generalizados a través de varios sistemas, sus componentes y las relaciones entre ellos. “La integración y la separación representan dos aspectos fundamentalmente diferentes de la misma realidad, en el momento en que se rompe el todo se pierde alguna de sus propiedades vitales“. (Bertalanffy, 1981 in Carr, 1996)¹⁷.

En las definiciones más corrientes se identifican los sistemas como conjuntos de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema directa o indirectamente unido de modo más o menos estable y cuyo

¹⁷ Ibíd.

comportamiento global persigue, normalmente, algún tipo de objetivo. Esas definiciones se concentran fuertemente en procesos sistémicos internos; deben necesariamente ser complementadas con una concepción de sistemas abiertos, en donde queda establecido como condición para la continuidad sistémica el establecimiento de un flujo de relaciones con el ambiente.

- Las perspectivas de sistemas en donde las distinciones conceptuales se concentran en una relación entre el todo (sistema) y sus partes (elementos).
- Las perspectivas de sistemas en donde las distinciones conceptuales se concentran en los procesos de frontera (sistemas / ambiente).

En el primer caso, la cualidad esencial de un sistema está dada por la interdependencia de las partes que lo integran y el orden que subyace a tal interdependencia.

En el segundo, lo central son las corrientes de entradas y salidas mediante las cuales se establece una relación entre el sistema y su ambiente. Ambos enfoques son ciertamente complementarios.

La teoría general de los sistemas comprende un conjunto de enfoques que difieren de estilo y propósito, entre las cuales se encuentran la teoría de conjuntos (Mesarovic), teoría de las redes (Rapoport), cibernética (Wiener), teoría de la información (Shannon y Weaver), teoría de los autómatas (Turing), teoría de los juegos (von Neumann), entre otras. Por eso, la práctica del análisis aplicado de sistemas tiene que aplicar diversos modelos, de acuerdo con la naturaleza del caso y con criterios operacionales, aun cuando algunos conceptos, modelos y principios de la teoría general de sistemas –como el orden jerárquico, la diferenciación progresiva, la retroalimentación, entre otras– son aplicables, a grandes rasgos, a sistemas materiales, psicológicos y socioculturales¹⁸.

Las características que pueden ser aplicables a cualquier sistema son:

- La interrelación de sus componentes (relación entre las partes y el todo).

¹⁸ Ibíd.

- Los sistemas están ordenados en una jerarquía.
- Las partes de un sistema no son iguales al todo.
- Los límites de los sistemas son artificiales.
- Los sistemas pueden ser abiertos o cerrados, según la influencia con el ambiente.
- Cada sistema tiene entradas, procesos, salidas y ciclos de retroalimentación.
- Las fuerzas dentro de un sistema tienden a ser contrarias entre ellas (feedback) para mantener el equilibrio¹⁹.
- Entropía. (Medida del desorden de un sistema)

Al buscar una relación entre la teoría organizacional con la teoría de sistemas se proponen los siguientes tipos de sistemas: racional, natural y abierto. Los dos primeros, el racional y el natural, tienden a ver la organización como sistemas cerrados, esto es, separados del ambiente; en contraste, el sistema abierto ve a la organización receptiva y dependiente del ambiente, hay una conexión entre los componentes internos y externos.

- Sistemas cerrados

En esta aproximación los sistemas son independientes a las influencias del ambiente. Emery y Trist sugieren que un sistema cerrado permite que sus problemas sean analizados con referencia a su estructura interna y sin referencia a su entorno externo. El foco en los sistemas cerrados son sus componentes internos los cuales son variables de tamaño, tecnología, ubicación, propiedades, estrategias administrativas y estilo de liderazgo. Así, esta aproximación puede ser aplicada en el nivel tecnológico de la organización porque este requiere una incertidumbre reducida. Sin embargo, la naturaleza de la organización es no ser

¹⁹ Ibíd.

aislada sino más dependiente del entorno. Negandhi ha propuesto que los sistemas cerrados enfatizan sobre principios internos de organización, funcionando en fallas posteriores en su desarrollo y conocimiento de los procesos de retroalimentación los cuales son esenciales para sobrevivir (1972)²⁰.

Un sistema cerrado incluye los sistemas racional y natural. Scott define los sistemas racionales como “sistemas en los cuales la colectividad está orientada a un propósito dado, para lo cual se establecen objetivos específicos que son explícitos, definidos en forma clara, y provee criterios no ambiguos para la selección de actividades alternativas. Él también explica: “Los sistemas racionales son colectividades que exhiben un alto grado de formalización; la cooperación hacia los participantes es consciente y deliberada, la estructura de relaciones explícitas, y pueden ser deliberadamente construidas y reconstruidas”²¹.

Algunos sistemas naturales son organizaciones de servicio orientadas al cliente, por ejemplo: call centers, escuelas alternativas y cooperativas de alimentos y producción. Rothschild-Whitt sugieren que estos sistemas niegan la autoridad de oficina, buscan minimizar la promulgación de roles y procedimientos, intentan eliminar los grados y hacen énfasis en la diferenciación por roles y especialización de funciones. En los sistemas naturales, los individuos y sus cualidades personales son muy importantes. Scott define un sistema natural como “una organización cuyos participantes tienen un interés común en la sobrevivencia del sistema y quienes se articulan en actividades colectivas, estructuras informales, la confianza es el fin. De esta forma, estas organizaciones trabajan en equipo y el foco de atención está sobre la estructura del comportamiento”²².

- Sistemas abiertos

Scott propone: “Todos los sistemas son caracterizados por una combinación de partes cuyas relaciones son interdependientes pero ellos también sugieren que las bases para las diferencias también son posibles”. Las partes del sistema son muy complejas y variables, desde este enfoque los sistemas se mueven desde lo mecánico hacia los sistemas orgánico-sociales. Norbert Wiener describe esta conexión de variables en sistema como “aquellas organizaciones en las cuales algunas partes son interdependientes entre ellas pero esta interdependencia tiene grados”. Boulding clasificó varios sistemas por el nivel de complejidad de sus partes y la naturaleza de las relaciones entre las partes:

²⁰ Ibíd.

²¹ Ibíd.

²² Ibíd.

- Estructura: Sistema comprendido por estructuras estáticas como la anatomía de un animal.
- Mecanismo: Sistemas dinámicos simples con predeterminado movimiento, como por ejemplo el reloj y el sistema solar.
- Sistemas cibernéticos: Sistemas capaces de autor regularse ante algunas externalidades establecidas en ciertos criterios, como por ejemplo un termostato.
- Sistemas abiertos: Sistemas capaces de auto mantenerse basados en unas relaciones de recursos desde su entorno, como por ejemplo la vida celular.
- Sistema de huella digital – crecimiento: Sistemas que se reproducen pero no por duplicación sino por la producción de semillas o huevos que contienen instrucciones pre programadas para el desarrollo, por ejemplo el sistema del huevo–pollo.
- Sistema de imagen – interna: Sistemas capaces de un detallado conocimiento del entorno, en el cual la información es recibida y organizada en el interior como un todo, como por ejemplo la función animal.
- Sistemas que procesan símbolos: Sistemas que poseen autoconciencia y son también capaces de usar lenguajes. La función humana hace parte de este nivel.
- Sistemas sociales: Sistemas multicefálicos que comprenden actores funcionando en un orden social y cultural. Las organizaciones sociales operan en este nivel.
- Sistemas trascendentales: Sistemas compuestos por lo desconocido. (Boulding, 1956: 200–207).

Los niveles 1–3 incluyen sistemas físicos, de 4–6 sistemas biológicos y 7 y 8 sistemas sociales y humanos. Progresando desde el nivel 1 al 8 cada nivel

sucesivamente es más complejo, menos formal, más dependiente de flujos de información, abierto al crecimiento, al cambio y al entorno. (El nivel 9 incluye la posibilidad de nuevas posibilidades)²³.

- Subsistemas de un sistema

Se denominan subsistemas las partes que conforma un sistema. Cada subsistema tiene su propia vida, pero permite que el sistema sea un todo y produce una serie de variables para establecer el estado del sistema. (Levine and Fitzgerald, 1992). La función y estructura de un sistema pueden ser estudiadas, analizadas y descritas a través de los subsistemas básicos. Tanner and Williams (1981) presentan los subsistemas desarrollados por Katz and Kahn (1966) e integran estos con las funciones de genotipo propuestas por Hoy y Miskel (1978).

- Subsistema de producción y técnica: Este subsistema es el responsable de convertir entradas en salidas y puede también ser clasificado como una parte productiva o económica.
- Subsistema de soporte: Realiza dos funciones principales: (a) procurando suministros y disponiendo de salidas; (b) promoviendo y manteniendo buenas relaciones entre la organización y su entorno.
- Subsistemas de mantenimiento: Las actividades de este subsistema tienen que ver con el personal en todas sus facetas. El foco es mantener la estabilidad de la organización.
- Subsistema adaptativo: Las funciones de este subsistema están focalizadas en asegurar que la organización pueda responder a las necesidades del entorno (por ejemplo, investigación, planeación y desarrollo, entre otros).
- Como organizaciones adaptativas puede incluirse las instituciones educativas que son responsables para el desarrollo y prueba de teorías, la creación de conocimiento y la aplicación de información en una extensión limitada de problemas.

²³ Ibíd.

- Subsistema gerencial: La función de este subsistema es la coordinación de la funciones de los otros subsistemas, solucionar conflictos y relacionar la totalidad de la organización con su entorno. Este subsistema es transversal a todos los subsistemas de la organización; en sus objetivos está el obtener la concertación con los niveles más altos del sistema.
- Desde los años 70`s hasta la actualidad, Scott ha descrito varios mecanismos para articular las tres perspectivas de enfoque racional, natural y abierto y las teorías organizacionales; él sugiere que los diferentes modelos pueden ser combinados y aplicados como diferentes niveles de análisis, teniendo en cuenta tres ejes:
 - Los instrumentos formalmente designados para el establecimiento de objetivos.
 - El nivel en que la organización es autosuficiente y autónoma y si tiene una alta dependencia e influencia del entorno.
 - Nivel de aplicación del análisis, el cual puede ser actores individuales, actores colectivos o puede ser analizado por Subsistemas²⁴.

- El enfoque sistémico y su aplicación en la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud

Al aplicar el enfoque sistémico tradicional a las organizaciones sociales se identificó una serie de dificultades para el logro de las transformaciones requeridas para el logro de los resultados esperados y hacia el año 1956 el profesor Jay Forrester en el MIT, reconociendo la necesidad de desarrollar nuevas ideas en la forma de aproximarse a los sistemas sociales desarrolla el concepto de pensamiento sistémico, que es una forma de abordar el análisis de los sistemas de una forma diferente, la diferencia fundamental con el pensamiento tradicional es la forma como se hace el proceso de análisis.

En la forma de pensamiento tradicional el foco es el estudio de cada una de las partes conformando un todo, en contraste con el pensamiento sistémico en el cual el foco es como se estudian las interacciones e interrelaciones de los constituyentes del sistema –un set de elementos que interactúan para producir un

²⁴ Ibíd.

comportamiento o resultado— el cual es una parte del sistema. En este proceso de análisis los mecanismos de pensamiento son circulares y en movimiento. Cada acción o resultado obtenido se basa en condiciones presentes y las acciones afectan condiciones futuras, de forma que las condiciones modificadas se convierten en el fundamento de acciones posteriores. No hay ni comienzo ni terminación del proceso.

En esta forma de pensamiento se reconocen las organizaciones como procesos dinámicos, lo cual trae como consecuencia que al observar cualquier fenómeno que ocurre en las instituciones se analizan con mayor profundidad las acciones que la estructura del sistema en sí mismo. Es también una sensibilidad hacia las interconexiones sutiles que confieren a los sistemas sociales su carácter singular.

En la realización del abordaje de una situación utilizando el pensamiento sistémico se requiere el entender y graficar la forma de las relaciones causa-efecto no en forma lineal sino en forma dinámica, para lo cual se utilizan como herramientas que se originan en dos ramificaciones del saber: el concepto de “retroalimentación” de la cibernética, que muestra cómo los actos pueden reforzarse o contrarrestarse (equilibrarse) entre sí. Se trata de aprender a reconocer tipos de “estructuras” recurrentes, es decir, promueve el ver los patrones más profundos que subyacen a los acontecimientos y los detalles y la teoría del “servomecanismo” procedente de la ingeniería, que se remonta al siglo XIX.

La esencia de la disciplina de pensamiento sistémico radica en un cambio de enfoque:

- Ver las interrelaciones en vez de las concatenaciones lineales de causa-efecto; y
- Ver procesos de cambio en vez de “instantáneas”.

Los procesos objeto de mejora en las instituciones de salud son complejos y dinámicos que requieren un lenguaje de interrelaciones, un lenguaje constituido por círculos. Para ilustrar las dificultades que la estructura de lenguaje trae para abordar situaciones complejas y dinámicas, hagamos una analogía con un sistema simple: llenar un vaso de agua. Desde el punto de vista lineal la dinámica de pensamiento sería:

Abrir la llave —————> Llenar el vaso de agua

Pero, en realidad, al llenar el vaso se está observando la elevación del nivel del agua, se está monitoreando la “brecha” entre el nivel actual y el objetivo deseado, es decir, el nivel de agua deseado.

En otras palabras, cuando se llena un vaso de agua se está operando un sistema de “regulación de agua” que involucra cinco variables: el nivel de agua deseado, el nivel actual de agua del vaso, la brecha entre ambos, la posición del grifo y el flujo de agua. Estas variables están organizadas en un círculo de relaciones causa-efecto (proceso de retroalimentación).

El enfoque sistémico, además del pensamiento sistémico, incluye otros conceptos desarrollados en la cibernética organizacional, como la llamada cibernética de segundo orden, la cual se propone observar los problemas de aprendizaje de las organizaciones como factor clave para su viabilidad y el de homeostasis, entendida como la estrategia de un sistema que le permite mantener su equilibrio interno ante cambios en el entorno.

La cibernética amplía este concepto, originado en la biología, a todos los sistemas que mantienen variables críticas dentro de los límites aceptados por su estructura ante perturbaciones inesperadas.

En ambos conceptos interviene la comunicación.

En síntesis, al menos estas tres distinciones (pensamiento sistémico, cibernética de segundo orden y homeostasis) han de tenerse en cuenta en el momento de diagnosticar o diseñar procesos o sistemas que garanticen los resultados esperados, propósito de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud²⁵.

Esta forma de conceptualizar los procesos de análisis tiene implicaciones directas en la práctica de la auditoría, dado que se requiere el desarrollo de un enfoque que va más allá de observar las organizaciones en cada una de sus partes. Este cambio de enfoque fue propuesto internacionalmente en el Segundo Congreso Internacional de Auditoría Integral, realizado en Buenos Aires en junio de 1995, en el cual se planteó la adopción de un enfoque sistémico, más holístico, que pudiera superar los objetivos restringidos de las auditorías anteriores.

²⁵ Ibíd.

La experiencia de la aplicación de este reto en nuestro país surge dentro del marco del Proyecto de Cambio y Fortalecimiento Institucional de la Contraloría de la República, adelantado entre 1995 y agosto de 1998. En este proceso se modificaron las auditorías tradicionales de acuerdo con los nuevos planteamientos de la auditoría y con algunos desarrollos de las ciencias, entre los cuales estaba el concepto de pensamiento sistémico.

El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud propuesto por el Decreto 1011 de 2006 la define como una auditoría sistémica.

Para entender qué es la auditoría integral sistémica es necesario definir el alcance y las limitaciones de dos tipos de auditoría que la anteceden: la auditoría tradicional y la auditoría integral y luego exponer los lineamientos principales del modelo que se considera una auditoría integral sistémica.

La **auditoría tradicional** está encaminada o tiene su énfasis en los aspectos relacionados con los aspectos financieros, como control de costos y a examinar procesos mecánicos.

No es claro el valor que agrega al desempeño y funcionamiento de la organización aparte del hecho de cumplir con una serie de normas establecidas o negociadas.

La auditoría tradicional está encaminada a detectar deficiencias o errores, producto de una inspección de papeles silente, solitaria y suspicaz. Para ella, un informe detallado de fallas e inconsistencias se constituye en su único y primordial propósito.

El tipo de control que se practica es posterior, el auditado requiere la aprobación del auditor para la realización de las acciones correctivas, o este en su defecto las formula, lo cual trae como resultado el riesgo de una auditoría que coadministra. En este sentido, el control no constituye una herramienta gerencial interna, sino un mecanismo o elemento externo que opera como una columna adicional, con capacidad para detener o autorizar procesos y, por tanto, con facultades de coadministración.

Fue precisamente la búsqueda de una auditoría cuya función comprendiera, aportara y promoviera el desarrollo de la entidad y, a la vez, tuviera el carácter de previa, simultánea y posterior, lo que caracteriza el movimiento hacia una más avanzada concepción de la auditoría. Se comienza a hablar entonces de auditoría integral.

La auditoría integral busca determinar la eficiencia, la eficacia y la economía con que se manejan los recursos disponibles de una organización para el logro de sus objetivos. En las últimas versiones de la auditoría integral se combinan diferentes mecanismos y técnicas de auditoría y, más específicamente, diferentes dominios sobre los que recae la acción auditora. No solo se revisan asuntos financieros y operativos, sino que se amplía el marco de análisis para incluir aspectos que, en última instancia, están articulados por la capacidad que tenga el auditor integral de ver la relación entre el uso de los recursos y el impacto que la actividad de la organización produce a través de ecuaciones de eficiencia, eficacia y economía.

En esta auditoría se subraya el hecho de que se basa en el conocimiento integral de la organización, el cual requiere una efectiva incorporación de los diferentes enfoques de auditoría más bien que su mera coetaneidad. Se pretende así lograr una interacción de los distintos tópicos de auditoría que incluya los aspectos humanísticos y organizacionales de la organización, dirigida a la obtención y entrega de resultados. Su propósito no se limita a identificar las fallas de la organización, sino a generar aportes que agreguen valor a la institución. Así entendida, la auditoría integral resulta multidimensional y multidireccional.

Se concibe entonces el ejercicio de una auditoría que aporta y promueve las actividades de la institución auditada, en contraste con la actitud lejana y ajena del auditor tradicional quien, escudado en la imposibilidad de ser juez y parte, evita comprometerse con el auditado.

Como consecuencia de ello, se abandona la mera formalidad de la amabilidad del auditor en relación con el auditado. No basta con que la relación tenga una apariencia de amabilidad, sino que efectivamente exprese la prestación de un apoyo real. No hay evidencia, sin embargo, de que este aspecto haya sido completamente incorporado en la práctica, en la medida en que las relaciones auditor-auditado siguen siendo del tipo de “ellos” y “nosotros”.

En lo que respecta a la variable tiempo, su función es tanto previa y perceptiva, simultánea y posterior. El propósito de este enfoque es cubrir todos los procesos y fases de la operación. Al observar estos procesos, fases, actividades y áreas como fenómenos que se interrelacionan permanentemente en el tiempo, se los entiende de una manera dinámica, la única manera que permite actuar oportunamente sobre ellos sí se desea buscar los resultados esperados.

La auditoría integral moderna se orienta hacia un propósito mixto de detección-corrección de fallas. De esta manera se constituye a sí misma en una función que agrega un valor a auditado, a diferencia de la auditoría tradicional.

Para adelantar su tarea, recomienda una recopilación previa de información y conocimiento del proceso, área o actividad que se desea auditar, utilizando el mayor número de fuentes indirectas. Aun cuando su producto final es también el informe se pretende que este tenga un carácter comunicativo, en forma y contenido, que supere el formalismo del informe de auditoría tradicional.

Debe destacarse la especial importancia que este enfoque concede a la entrevista y el establecimiento de relaciones profesionales de cooperación. Su éxito se determina entonces por la medida en que disminuye su ejercicio, gracias al mejoramiento progresivo del autocontrol en los procesos auditados.

En la consideración del desarrollo de la auditoría integral, la preocupación generada por sus vacíos conceptuales y la falta de herramientas para la realización de algunos de sus propósitos conformaron un escenario para la construcción de un nuevo concepto de auditoría, el de la auditoría integral sistémica. La auditoría integral sistémica es un concepto que incluye y supera las prácticas y discursos tradicionales de auditoría. Los tipos de control que se utilizan no son previos o posteriores sino en tiempo real; esta perspectiva le permite intervenir oportunamente en los sistemas y ejercer la mejor prevención, que es la de estructurarlos de forma que cumplan con el propósito para el que fueron diseñados.

Este nuevo enfoque de auditoría conlleva consigo herramientas de medición de efectividad. Considera que la economía, eficiencia y eficacia no significan mayor cosa si no se toma en cuenta el concepto de efectividad. La auditoría integral sistémica se concibe como un proceso conversacional, cuyo propósito es alinear distinciones para facilitar la acción efectiva. Por esta razón, parte de los contextos particulares de uso del lenguaje y está dirigida a identificar y reconstruir las condiciones para un posible entendimiento. El presupuesto básico para el éxito de este tipo de auditorías es llegar a compromisos específicos, esto es, a que el auditado indique en qué situaciones adoptará medidas con consecuencias para la acción.

La visión cartesiana supone una realidad objetiva externa e independiente de cada uno. Según esta concepción, el mundo es un conjunto de objetos que se pueden medir. Las mediciones son datos que representan la realidad y constituyen una información verdadera acerca de esa realidad externa. La información determina los comportamientos adecuados de una verdad objetiva. Dentro de esta tradición objetivista, la auditoría desempeña un papel central, pues determina si las mediciones son verdaderas. Esto explica por qué gran parte de la auditoría tradicional se centra en evaluar los procedimientos de medición, y consiste fundamentalmente en conceptualizar sobre la correspondencia entre los métodos de medición y los estándares establecidos. Es este el contexto que propició una interpretación de la auditoría como funciones de inspección.

Sin embargo, desde principios del siglo la concepción objetivista del conocimiento entra en crisis y aparece una serie de posiciones científicas y filosóficas que modifican sustancialmente las ideas aceptadas hasta entonces sobre el conocimiento y la verdad. El proceso de conocer no se concibe ya como un procedimiento homogenizante; conocemos un dominio particular, y conocer se refiere específicamente a la capacidad de hacer distinciones en este dominio.

La auditoría parte de un análisis de los contextos particulares de uso del lenguaje; es una acción conducente a alinear distinciones. Por esta razón, la auditoría integral sistémica consiste en identificar y reconstruir las condiciones de un posible entendimiento. El presupuesto básico para su éxito es entrar en un compromiso tal que el interlocutor indique en qué situaciones adoptará medidas con consecuencias para la acción.

De conformidad con lo anterior, la Auditoría Integral Sistémica adopta la perspectiva de quien se plantea el conocimiento y la información como categorías construidas por seres humanos con percepciones diferentes, producto de su estructura, su historia y sus circunstancias, lo cual impide o limita cualquier tipo de pretensión objetivista, en el sentido de considerar que hay una realidad externa y de antemano, susceptible de ser aprehendida de manera independiente y correcta por el auditor.

Todo lo mencionado hasta este punto define un “nuevo auditor”, como observador sistémico, debe superar la tradición de las ciencias duras que se enfoca fundamentalmente a las cosas y a aspectos particulares de las mismas, y apropiarse de un nuevo enfoque dirigido a las relaciones. No observa la institución de manera fragmentada y fragmentaria, sino de manera holística y sistemática.

Una organización es una unidad sistémica que incluye dos aspectos que coexisten: las relaciones de coherencia del sistema que nos permiten observarlo como unidad y la autonomía e individualidad de las unidades relacionadas. La tradición se ha basado en descomponer los sistemas en sus componentes para observarlo. Dado que toda institución es una unidad compleja, la auditoría no puede limitarse a identificar los elementos y las acciones que la componen.

Desde la perspectiva sistémica, la auditoría es más bien una función de un sistema que hace posibles la auto interpretación, la auto intervención y el auto diseño del sistema como sistema viable. Para ello, la auditoría debe modificar al

observador incorporando, en las preguntas que formula, nuevas distinciones a los flujos conversacionales. El proceso de auditoría reconstruye los circuitos de comunicación que se identifican perturbados, no se limita a introducir nuevos procedimientos objetivos sino que revela los presupuestos estructurales de la organización. Esto permite nuevos acuerdos, nuevas posibilidades de entendimiento entre las partes. Tales acuerdos se construyen en las conversaciones sobre el modelo observado y llevan a generar compromisos de mejoramiento continuo.

Con esta visión, el auditor es consciente de que su capacidad de análisis y su conocimiento del sistema son inferiores a los de la institución o del proceso auditado, y reconoce la necesidad y el valor de apoyarse en los equipos del proceso o de la institución auditada que tiene a su cargo la operación y la regulación del objeto de auditoría.

Por las razones anteriores, en lo que respecta a la operación, es necesario conformar equipos mixtos de auditoría donde participan también miembros del equipo del proceso auditado en el nivel de auditoría interna o de la institución auditada en el nivel de auditoría externa. Cuando se disuelven las barreras entre auditor y auditado, todos participan en el mejoramiento de la efectividad del sistema. Esta modificación establece una relación diferente entre los actores y los funcionarios de auditoría.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud normada en el Decreto 1011 de 2006 es un modelo de auditoría integral sistémica; es entonces, un proceso reflexivo que trabaja con base en la idea de que todos participan en una conversación sobre la efectividad del sistema. No se le hace algo “a” la institución, sino que hace algo “con” ella, pasa a ser una tarea de colaboración²⁶.

No se trata simplemente de un nuevo método, de una nueva escuela, sino de un nivel de análisis diferente, porque su foco es intentar articular las fallas encontradas con un conocimiento integral de la institución para hacer un aporte a su efectividad. Puede decirse, entonces, que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud con este enfoque tiene como foco el aprendizaje organizacional e individual, elemento principal del mejoramiento continuo.

²⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud. Título IV Modelo de auditoría.

Por todo lo anterior, mientras que para la auditoría vista con el enfoque tradicional el eje del procedimiento era la inspección solitaria, silente y suspicaz de los papeles de trabajo, el modelo actual se centra en las entrevistas, el diálogo y un conocimiento más amplio acerca de la institución. Análogamente, respecto a lo que constituye el fin de la auditoría, el informe final, la auditoría integral sistémica considera que los informes deben ser comunicativos y aportar a la organización, pues el mejoramiento de la misma y no el informe es el verdadero propósito de la auditoría.

6.2 LAS ETAPAS GENERALES DE LA AUDITORÍA, CON ENFOQUE CONCEPTUAL SISTÉMICO

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como un sistema de control, nos lleva a observar de manera nueva el control. El control se debe enfocar más que a detectar fallas en la institución, o elaborar una lista de fallas que se limitan a explicar por qué no funciona, es garantizar que los resultados estén centrados en el usuario y debe propender al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. Esto implica un gigantesco desafío que nos coloca en la más avanzada reflexión de la cibernética, la llamada cibernética de segundo orden, que como se anotó anteriormente, propone observar los problemas de aprendizaje de las organizaciones como factor clave para su viabilidad.

Para desarrollar las etapas generales del marco global de una auditoría, es necesario contemplar estas grandes etapas de planear, ejecutar, evaluar y realizar acciones de mejoramiento, bajo el enfoque sistémico:

Planear con enfoque sistémico: Para diseñar el programa de auditoría con enfoque sistémico, se debe pensar en forma holística, es decir, observar la institución en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, en sus interacciones y en sus procesos. La observación sistémica no concibe la posibilidad de explicar un elemento si no es precisamente en su relación con el todo. Por lo que tendrían cabida la aplicación de los principios de universalidad, unicidad (singularidad, particularidad), de identidad, de integralidad, de continuidad, del todo y del contexto, del evento y sus sinergias y de relacionabilidad.

Para así, bajo esta concepción, elaborar un diagnóstico (auto diagnóstico) de la institución, definir los procesos prioritarios objeto del programa de auditoría para definir el qué del frente de trabajo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

Posteriormente hay que detallar los cómo, o sea los instrumentos con los cuales se va a evaluar el qué, se debe orientar a instrumentos con evidencia científica, validados y técnicamente contruidos. Igualmente se debe documentar las metodologías utilizadas, como insumo para la verificación externa.

Ejecutar con enfoque sistémico: En lugar de analizar en los procesos prioritarios objeto de auditoría el cumplimiento o no de las actividades según las normas o estándares establecidos, debe analizarse el propósito e identidad de ella en el marco del proceso y sistema del que hacen parte, para establecer si en efecto cumple con los objetivos para los cuales fue creado.

Para esto, debe recoger además información utilizando los informes estadísticos, realizar entrevistas, propiciar el diálogo, la comunicación (tema central de la cibernética) y la auditoría mixta, para obtener un conocimiento más amplio de la entidad y conllevar consigo herramientas de medición de efectividad.

En el abordaje de una situación utilizando el pensamiento sistémico, se requiere ver las interrelaciones en vez de las concatenaciones lineales de causa-efecto y ver procesos de cambio en vez de “instantáneas”, porque su foco es intentar articular las fallas encontradas con un conocimiento integral de la institución para hacer un aporte a su efectividad.

No hay que quedarse en el levantamiento de indicadores, hay que ir más a la interpretación, identificando los factores de riesgo (eventos adversos) o sea lo más relevante en el logro de los objetivos, determinando además el cómo se deben manejar esos riesgos para que impacten el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Los resultados es importante consignarlos, anotando también las conclusiones y recomendaciones.

Evaluar con enfoque sistémico. La evaluación realizada utilizando la dinámica del pensamiento sistémico comienza con la comprensión de un concepto simple llamado feedback o “realimentación”, que muestra cómo los actos pueden reforzarse o contrarrestarse entre sí²⁷.

Los hallazgos de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud deben permitir realimentar o retroalimentar a la institución, para que se siga

27 LEEBOV W. y ERSOZ CJ. Manual de los administradores de salud para el mejoramiento continuo, Op. cit.

fortaleciendo la cultura del autocontrol, para estructurar el Plan de Mejoramiento de los procesos y establecer si se requieren recursos para la ejecución de este.

Los resultados de la auditoría deben retroalimentar los procesos y a la vez la capacidad de aprendizaje distribuida en el conjunto de la organización.

La auditoría debe considerarse más bien como una función de un sistema que hace posibles la auto interpretación, la auto intervención y el auto diseño del sistema como sistema viable. Esto permite nuevos acuerdos, nuevas posibilidades de entendimiento entre las partes. Tales acuerdos se construyen en las conversaciones sobre el modelo observado, y llevan a generar compromisos de mejoramiento continuo.

Hacer seguimiento con enfoque sistémico: A la implementación de las mejoras hay que verificarle su cumplimiento y se puede estimar los efectos favorables tales como disminución franca de la ocurrencia del evento adverso, para medir el efecto en el mejoramiento continuo de la calidad.

Desde el enfoque sistémico, debe darse con las mejoras efectivas, un aprendizaje organizacional e individual, elemento principal del mejoramiento continuo.

El aprendizaje en equipo es el proceso de alinearse y desarrollar la capacidad de un equipo para crear los resultados que sus miembros realmente desean. Este aprendizaje se construye sobre la disciplina de desarrollar una visión compartida.

En coherencia con Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y el enfoque del mismo, se consideran tres categorías de procesos prioritarios alrededor de los cuales se desarrollan los diferentes niveles y acciones del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en una entidad:

En primer lugar, se reconocen como procesos prioritarios aquellos definidos por la norma.

En segundo lugar, aquellos que tengan que ver con los problemas en calidad que impacten de manera importante la salud de la población, la adecuación de la utilización de los recursos o la satisfacción del usuario.

En tercer lugar, aquellos que las organizaciones establezcan como fundamentales para el logro de la calidad deseada en la prestación de los servicios para sus usuarios.

Ruta crítica. Independientemente el tamaño y de los servicios que presten las organizaciones de salud, estas deben decidir sobre la importancia de la acreditación dentro de su plan estratégico, su misión y metas en general. El punto de partida de esta decisión es la evaluación interna, que como actividad independiente y objetiva de garantía y consulta, está concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. Dicha evaluación permite que la alta gerencia se forme un juicio objetivo de su desempeño y compromiso con el proceso de mejoramiento continuo de la calidad, en el contexto del sistema obligatorio de garantía de calidad.

La evaluación interna ayuda a la organización a cumplir sus objetivos, con un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno. Con un uso y una ejecución adecuados, la evaluación interna se convierte en un instrumento esencial para conocer las fortalezas, debilidades, desviaciones, aciertos, eficacia, eficiencia, economía, legalidad y mejoras de los sistemas de la institución. También puede estimular la decisión de obtener la acreditación como mecanismo para evidenciar dicho mejoramiento ante los clientes externos. Una vez que se tome esta decisión, las IPS y EAPB podrán presentar su solicitud (aplicación) para la acreditación en salud ante ICONTEC.

La acreditación en salud será otorgada por ICONTEC, como Entidad Acreditadora, bajo concesión del Ministerio de la Protección Social a través del contrato 000187 de 2003, a las organizaciones que presten y administren servicios de salud, específicamente los incluidos en la solicitud de acreditación, de conformidad con los procedimientos establecidos en el proceso de acreditación en salud.

Es importante anotar que para que una entidad pueda acceder al proceso de acreditación, debe haberse habilitado previamente, incluyendo el certificado de verificación del cumplimiento de los estándares establecidos, expedido por la Dirección Territorial de Salud correspondiente (Secretaría Distrital o Departamental de Salud), para las IPS. En el caso de las EPS, ARS, EMP y demás EAPB, deberán presentar el Certificado de cumplimiento de las condiciones de Habilitación expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

ICONTEC se reservará el derecho de no adelantar el proceso de acreditación en salud cuando:

- Se tenga conocimiento del incumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación;
- Existan sanciones impuestas a la institución por fallas en la calidad de la atención en salud impartidas por los organismos de control y no resueltas;
- La institución se encuentre en paro;
- Exista alguna condición que pueda implicar riesgo o afectar la seguridad de los evaluadores²⁸.

6.3 AUTOEVALUACIÓN

El primer paso para que la organización pueda desarrollar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud consiste en establecer qué es lo que puede mejorarse, para ello debe realizar una autoevaluación interna, es decir, un diagnóstico básico general de la institución, que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan vigorosamente al usuario.

Los participantes en el proceso de autoevaluación para la elaboración del diagnóstico básico que identificará los problemas o fallas de calidad en la organización deben ser el equipo directivo, la gerencia, el equipo de trabajo de la unidad de calidad y apoyo a la gestión y auditoría de calidad y un grupo conformado por el personas de la parte operativa que conoce los procesos.

En ese orden de ideas, los aspectos objeto de mejoramiento de la calidad son, especialmente, todos aquellos procesos, momentos de verdad y resultados que, por razón de su relación con la calidad de la atención alcanzan gran importancia, como quiera que no responden a las necesidades o expectativas de los usuarios.

²⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1445 de 2006. Op. cit.

Es relevante precisar que un diagnóstico básico general de fallas de calidad nos arroja principalmente un inventario de problemas de calidad, para que en una etapa posterior se identifiquen los procesos que están interviniendo en su generación.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención debe estar encaminado a solucionar los problemas de calidad que están afectando directamente a los usuarios, en la medida en que no se obtiene la satisfacción de sus necesidades o expectativas y no se obtiene el resultado esperado en dicha atención.

Para implementar la cultura de autocontrol es importante que el equipo responsable de éste, ejercite permanentemente el proceso de autoevaluación interna en sus áreas de trabajo. Además, la autoevaluación afianza el camino para que la adopción de acciones preventivas en- caminadas a prevenir la ocurrencia de los problemas de calidad identificados, igualmente acciones de seguimiento para evidenciar brechas de desempeño y para constatar la aplicación de guías, normas y procedimientos de acuerdo con referentes legales y de calidad adoptados por la organización, y además las acciones coyunturales retrospectivas, para detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención.

Para la realización del proceso de autoevaluación se sugiere aprovechar los beneficios de implementar la totalidad de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, que para efectos de la identificación de problemas de calidad prevé:

- Sistema Único de Acreditación: Resolución 1445 de 2006. Los estándares de acreditación definen niveles óptimos en materia de calidad²⁹. Evaluarse con base en lo que está allí descrito arroja oportunidades de mejoramiento que pueden traducir los principales problemas de calidad de la institución. Al abordarse los procesos allí involucrados se promueve de forma integral el mejoramiento continuo de la institución.
- Sistema de Información para la Calidad: Resolución 1446 de 2006. Los indicadores del sistema reflejan algunos resultados globales sobre la calidad que se vive institucionalmente³⁰. Al desplegar el componente de auditoría

²⁹ Ibíd.

³⁰ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1446 de 2006. Op. cit..

partiendo de ellos se promueve la solución de problemas de calidad que están impactando de manera directa a los usuarios.

- Indicadores de seguimiento a riesgos: del estándar 9 del Sistema único de Habilitación, Resolución 1043 de 2006, como quiera que promueve el énfasis hacia la seguridad del usuario³¹.

Es importante aclarar que, según el avance organizacional que se tenga en materia de auditoría para el mejoramiento de la calidad, las instituciones podrán optar por cualquier mecanismo que les permita conocer el estado de sus procesos, sin olvidar que sin importar cuál se utilice, siempre debe evaluar los aspectos relacionados con la calidad de la atención para recibir por los usuarios y el mejoramiento continuo de la calidad, identificando permanentemente las brechas que estén teniendo implicaciones en:

- Incrementar la efectividad clínica de los servicios que se presten en las instituciones.
- Disminuir el riesgo al paciente.
- Incrementar la eficiencia clínica en lo referente a la adecuación en la utilización de los recursos.
- Incrementar la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas.

Para llevar a cabo las etapas de planeación y ejecución de la autoevaluación, debe seguirse los siguientes pasos:

a. Identificar el grupo organizacional que va a realizar la autoevaluación

El proceso de auto diagnóstico será más productivo para las instituciones en la medida que sea realizado por un porcentaje importante de los colaboradores incluyendo a los miembros de la junta directiva o ente rector y de ser posible

³¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 de 2006. Op. cit. Indicadores de seguimiento a riesgos: del estándar 9 del Sistema Único de Habilitación.

usuarios de las instituciones. Además, es deseable que los equipos que se conformen tengan una mezcla de niveles organizacionales, disciplinas y momentos diferentes de la atención, especialmente en las instituciones que funcionan con base en turnos para la prestación de los servicios y tengan sedes y/o regionales. Se sugiere que el número de participantes para cada uno de los equipos no sea superior a siete.

La cantidad de equipos por establecer se relaciona directamente con la herramienta por utilizar para la realización del auto diagnóstico, así por ejemplo en el caso de utilizar el Sistema Único de Acreditación el número de equipos puede variar entre tres y diez. Lo importante en todo caso es que haya representatividad de los diferentes miembros de la organización³².

b. Capacitar al grupo responsable de realizar el proceso de autoevaluación

La efectividad de los resultados de la autoevaluación depende del conocimiento teórico y entrenamiento que tenga el equipo responsable sobre la aplicación de la metodología. Para ello, es necesario contemplar una fase preliminar de conceptualización teórica antes de realizar el proceso de autoevaluación, en donde se profundice sobre los elementos estructurales de gestión en un esquema de mejoramiento de la calidad de la atención en salud, sobre el Modelo de Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud, sobre la ruta crítica para el desarrollo de la auditoría de calidad y específicamente sobre la metodología por implementar para la realización del diagnóstico básico general de los problemas de calidad de la organización. Se busca de esta manera equiparar el nivel de conocimiento de los participantes y homologar conceptos, así como el enfoque metodológico y conceptual por emplear.

C. Ejecución del proceso de autoevaluación

El proceso de autoevaluación como se definió anteriormente debe ser planeado y programado, dado que el tiempo que se requiere para realizar un proceso de auto diagnóstico participativo y a profundidad demanda un tiempo importante de los participantes, de recursos de logística de la institución, de análisis de información y de capacidad de llegar a acuerdos frente el tema a evaluar y en caso de utilizar el sistema único de acreditación de homologar el significado de cada uno de los estándares por analizar.

³² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1445 de 2006. Op. cit. Sistema Único de Acreditación. Los estándares de acreditación definen niveles óptimos en materia de calidad.

A continuación se presenta una serie de hitos útiles para realizar el proceso de autoevaluación:

➤ **Planeación de la ejecución de trabajo**

Organización de los equipos: Se sugiere nombrar un líder de cada equipo, un secretario (a) que tendrá a cargo la documentación del proceso de autoevaluación y un responsable de la consolidación de la información: los análisis a los que se llegó por consenso de los participantes.

Organización de los recursos logísticos: sitios de reuniones, cronograma de reuniones, refrigerios, material, equipos, manejo de la documentación.

➤ **Reuniones de trabajo para auto diagnóstico**

Lectura rápida y general de los estándares o de los referentes por utilizar para la realización del auto diagnóstico de cada uno de los equipos.

Lectura del proceso por analizar o estándar por evaluar: El grupo en pleno estudiará y homologará el enfoque del criterio asignado como responsabilidad del grupo para trabajar el proceso de autoevaluación.

Identificación de las oportunidades de mejoramiento (debilidades), respecto al lineamiento del criterio o de los estándares de este: Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados por la organización.

Definición del coordinador con los miembros de cada uno de los equipos sobre la forma como presentará el informe (a nombre del grupo).

➤ **Presentación final de cada equipo**

Plenaria: El líder del proceso de autoevaluación, el líder del proceso de auditoría y si existe el asesor externo, presidirán la jornada de la plenaria e invitarán a la mesa principal a la Gerencia de la institución o las personas que tengan a bien.

Deben organizar el orden de las presentaciones, el tiempo asignado a cada uno de los equipos para las presentaciones, controlar el tiempo empleado, recoger los documentos de trabajo de cada subgrupo y las exposiciones.

Presentaciones por parte de los coordinadores de cada subgrupo.

Cierre de la Plenaria por parte de la Gerencia de la Institución.

➤ **Consolidación informe final**

Redacción del Informe consolidado del auto diagnóstico institucional, se sugiere conformar una Comisión Redactora para este Informe final, que debería ser integrada por los líderes o coordinadores de los equipos de trabajo. Dependiendo de la disponibilidad de tiempo con que se cuente, este Informe se consolida a continuación de la finalización de la Plenaria o igualmente se puede elaborar en una jornada adicional y complementaria del Taller (es lo más recomendado), en donde los seis coordinadores, los líderes del proceso de autoevaluación y auditoría producirán el informe final.

Presentación del Informe Consolidado del Diagnóstico por parte de la Comisión Redactora, a la Gerencia y equipo ejecutivo de la organización, que será el insumo para la ejecución de la siguiente etapa de la Ruta Crítica, en donde se hará la priorización de los problemas por intervenir.

➤ **Definición de procesos prioritarios**

A partir de la identificación de las oportunidades de mejoramiento (autoevaluación) se debe establecer a qué procesos pertenece cada una de ellas. Las oportunidades de mejoramiento que pueden afectar los resultados de la atención pueden ser funciones organizacionales como son la comunicación, la información, partes del proceso en el ciclo PHVA o un proceso como tal; es importante concentrarse en el mejoramiento de los procesos organizacionales para garantizar el abordaje de raíz, de las causas de los problemas.

La selección de los procesos objeto de mejoramiento se deben realizar con los equipos que participaron en el ejercicio de auto diagnóstico, con el propósito de

continuar la participación activa de los miembros de la institución en la implementación del componente de auditoría.

Con este fin se realizara un taller en que se desarrollen los siguientes pasos:

- Presentación general del informe de auto diagnóstico a los participantes.
- Entrega a los equipos del consolidado de la autoevaluación de cada uno de ellos.
- Presentación de los procesos de la institución, con el propósito de homologar y recordarlos a quienes participan en el ejercicio.
- Diferenciación de los procesos con las áreas de trabajo institucionales (Mapa de procesos vs. Estructura organizacional).
- Dinámica para que cada equipo clasifique las oportunidades de mejoramiento en funciones, partes de procesos y procesos.
- Realizar un ejercicio de consolidación que permita hacer un listado de la totalidad de los procesos objeto de mejora.

Al finalizar, es importante tener en cuenta que los procesos objeto de mejora en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad estén relacionados con el proceso de atención y centrados en el usuario. Procesos como contabilidad, cartera, facturación, entre otros, aun cuando son relevantes para la organización no son objeto de este programa y no se deben dejar como parte de los procesos seleccionados.

➤ **Priorización de los procesos objeto de mejora**

El inventario de los procesos objeto de mejoramiento puede resultar extenso y probablemente la institución no podrá mejorarlos todos simultáneamente. Para seleccionar adecuadamente aquellos procesos que impactan con más fuerza al usuario se puede utilizar la matriz de priorización.

La matriz de priorización, es una herramienta para evaluar opciones basándose en una determinada serie de criterios explícitos que el grupo ha decidido como importantes para tomar una decisión adecuada y aceptable. Se propone que estos criterios sean los factores críticos de éxito de la institución.

Los factores críticos de éxito son entendidos como aquellos aspectos que si todos los miembros de la institución contribuyen a cumplir, permitirán el logro de los objetivos y metas institucionales. Son aquellos aspectos o variables que, estando bajo el control de la institución y siendo medibles en el tiempo, se requiere controlar para el logro de los resultados esperados. Ejemplos de ellos son:

- Calidad de la atención
- Sostenibilidad financiera (resaltando los costos de la no calidad)
- Rentabilidad social.
- Satisfacción del cliente externo.
- Satisfacción del cliente interno.

En el mismo taller planteado para cumplir con el propósito de identificar los procesos que harán parte del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede también realizarse la matriz de jerarquización y los gráficos de Pareto, entre otros, de los cuales se hará referencia en un capítulo más adelante.

Cómo realizar la priorización de los procesos objeto de mejoramiento.

El inventario de los procesos objeto de mejoramiento puede resultar extenso y probablemente la institución no podrá mejorarlos todos simultáneamente, como quiera que implementar los siguientes pasos de la ruta crítica con cada proceso requiere esfuerzos importantes, aunado a que los recursos organizacionales son limitados. Para seleccionar adecuadamente aquellos procesos que impactan con más fuerza al usuario se puede utilizar *la matriz de priorización, la jerarquización y*

los gráficos de Pareto, entre otros, siempre y cuando la metodología seleccionada sea clara y explícita³³.

En esta guía se aborda la matriz de priorización, que es una herramienta para evaluar opciones basándose en una determinada serie de criterios explícitos que el grupo ha decidido como importantes para tomar una decisión adecuada y aceptable. Se propone que estos criterios sean los **factores críticos de éxito** de la institución.

Los **factores críticos de éxito** son entendidos como aquellos aspectos que si todos los miembros de la institución contribuyen a cumplir, permitirán el logro de los objetivos y metas institucionales. Son aquellos aspectos o variables que, estando bajo el control de la institución y siendo medibles en el tiempo, se requiere controlar para el logro de los resultados esperados. Ejemplos de ellos son:

- Sostenibilidad financiera (resaltando los costos de la no calidad).

- Rentabilidad social.

- Satisfacción del cliente externo.

- Satisfacción del cliente interno.

- Calidad de la atención.

Finalmente, es importante que los miembros de la organización entiendan el factor de la misma manera, por lo que se sugiere que se realice un documento donde se defina cada uno de los factores antes de la realización del ejercicio de priorización.

En el mismo taller planteado para cumplir con el propósito de identificar los procesos que harán parte del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede realizarse el ejercicio de priorización: una vez seleccionados los procesos objeto de mejoramiento se diligencia la matriz de priorización.

³³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, Op. Cit.

La matriz de priorización puede ser utilizada para planear y para evaluar. En este caso se pretende su uso para planear, lo que significa que no se va a buscar evaluar el desempeño de los procesos, dado que este es el resultado del ejercicio de autoevaluación, sino identificar los procesos que mejorando a corto plazo tienen mayor impacto en el mejoramiento institucional. El concepto anterior puede verse en la gráfica.

Gráfica 1. Matriz de priorización para planeación

	Factor Crítico de Éxito 1	Factor Crítico de Éxito 2	Factor Crítico de Éxito 3	Factor Crítico de Éxito 4...	Total
Proceso 1					
Proceso 2					
Proceso 3					
Proceso 4					
Proceso 5					
Proceso 6...					

FUENTE: MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2007.

Durante la realización del ejercicio de priorización se propone tener en cuenta:

1. Seleccionar en cada uno de los equipos un moderador, quien tendrá la responsabilidad de que todos participen y de realizar la pregunta de evaluación para cada proceso frente al factor crítico de éxito.
2. La forma como debe ser realizada la pregunta está relacionada con entender que tanto el proceso permite el logro del factor crítico de éxito; en otras palabras, cuál es la incidencia o impacto que el proceso tiene en el factor crítico de éxito.
3. Hacer énfasis a los equipos que se busca priorizar y que esto significa un esfuerzo importante para categorizar que tiene mayor relevancia para iniciar su mejoramiento inmediatamente, como quiera que de una u otra forma todos los procesos son importantes para la organización.

4. Utilizar una escala de calificación que evite el riesgo de que la calificación sea media, es decir, no usar por ejemplo una escala de 1 a 5 incluyendo el 3 dado que se tiende a que los equipos propongan el 3. Además se recomienda que la calificación sea de menor a mayor, lo cual quiere decir que 1 significa ningún impacto y 5 alto impacto. Otra forma sugerida es utilizar valores impares en una escala de 1 a 5, donde 1 significa bajo impacto, 3 impacto medio y 5 alto impacto.

Teniendo en cuenta los puntos anteriores, se puede iniciar el ejercicio de priorización siguiendo los pasos que se presentan a continuación:

1. Cada uno de los miembros del equipo realiza su calificación siguiendo la pregunta realizada por el moderador.

2. Realizar una matriz consolidada para cada grupo, lo cual se realiza identificando la moda que es el valor que más se repite en el grupo. En caso de que existan dos valores se exponen las razones de la calificación y se vuelve a realizar el ejercicio.

3. Realizar la matriz consolidada para la institución repitiendo la dinámica anterior con los resultados de cada grupo.

4. Consolidar los resultados totales, para esto se multiplican los valores en forma horizontal, logrando realizar una ponderación, como se observa en la gráfica 2.

Gráfica 2. Consolidación resultados finales.

	Factor Crítico de Éxito 1	Factor Crítico de Éxito 2	Factor Crítico de Éxito 3	Factor Crítico de Éxito 4...	Total
Proceso 1	5	2	1	4	40
Proceso 2	3	2	2	2	24
Proceso 3					
Proceso 4					
Proceso 5					
Proceso 6....					

FUENTE: MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2007.

5. Finalmente, se ordenan los resultados de mayor a menor, seleccionando los procesos con un mayor valor. La cantidad de los procesos por seleccionar depende de la capacidad institucional de recursos y esfuerzos destinados al mejoramiento. Lo que no se puede olvidar es que como mínimo debe incluir aquellos que se consideran obligatorios en el Decreto 1011 de 2006.

➤ **Definición de la calidad esperada en los procesos seleccionados como prioritarios**

Una vez definidos los procesos prioritarios objeto de mejora y que se convierten en su conjunto en el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el paso siguiente es determinar el nivel de calidad esperado en la ejecución y en los resultados de ellos.

Para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel Directivo, los responsables del mismo y quienes tienen a su cargo la función de auditoría interna se convierten en los responsables de definir el nivel de calidad esperada.

➤ **Planear el nivel de calidad esperada.**

Planificar la calidad deseada implica pensar inicialmente en términos de la obtención de los mejores resultados clínicos y/o los resultados de calidad esperados (calidad técnica-científica, seguridad, costo racional, servicio, disposición del talento humano) que impacten en la mejora de las condiciones de salud para la población, con el menor riesgo posible. Implica también definir los criterios y estándares de calidad conducentes a obtener la mejor utilización de los recursos (eficiencia), así como también un esfuerzo por conocer quiénes son nuestros clientes, cuáles son sus necesidades y por traducir esas necesidades en especificaciones de productos, servicios y procesos para monitorear a través de indicadores, la satisfacción de las expectativas legítimas acerca de la atención esperada por estos; en otras palabras, el establecimiento de los estándares a través de los cuales se definirá el desempeño de los procesos críticos organizacionales prioritarios para garantizar al usuario la prestación de los servicios con las condiciones óptimas de calidad.

Para ello es necesario establecer las metas de los procesos seleccionados sobre la base de las necesidades de los pacientes identificadas en cada una de las dimensiones de la calidad. Es preciso definir la salida del proceso, identificar el cliente del proceso, sus necesidades frente a los productos que recibe y a partir de

ahí establecer los niveles de calidad que deben cumplir los procesos para lograr los resultados esperados.

En conclusión, definir el nivel de calidad esperada significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, Sistema Único de Acreditación), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

Para facilitar la planeación de la calidad esperada de los procesos identificados como prioritarios se puede tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Definir en forma explícita y clara el producto (salida) que resulta del proceso por analizar.
- Identificar los clientes externos e internos que se benefician del producto definido.
- Identificar las necesidades y expectativas de los clientes frente al resultado o producto.
- Definir los indicadores que permitirán evaluar los procesos y las metas esperadas de los procesos.
- Definir los instrumentos y metas con los cuales se hará el seguimiento y monitoreo posterior.

Para identificar las necesidades y expectativas de los clientes frente al resultado o producto se debe utilizar la técnica denominada desdoblamiento de la calidad (gráfica) que es el proceso mediante el cual se traducen los deseos de los clientes y usuarios en especificaciones, instrucciones y requerimientos frente a los resultados del proceso analizado.

➤ **Técnica de desdoblamiento de la calidad**

Cuando se conocen y se clarifican las necesidades, se puede desdoblar la calidad, pasando por la validación en conjunto de las características de calidad del producto.

➤ Definir los indicadores de los procesos objeto de mejora

Definir los indicadores de los procesos significa planear la calidad en forma cuantitativa. Los indicadores se convierten en una herramienta esencial para la ejecución de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, para poder monitorear y hacer seguimiento a los resultados en la ejecución y mejora de los procesos.

Para la construcción de los indicadores se debe:

- Garantizar que la información solicitada en el indicador se recoja, es decir, que se garantice que en principio cada indicador cuente con una estructura mínima que permita homologar en la organización la forma de medir los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios
- Entrenar a las personas en el manejo de las herramientas de medición, para comprender que el objeto de la medición es encontrar problemas en los procesos que permitan su mejoramiento.
- Antes de ahondar en cómo construir un indicador es importante abordar algunos elementos conceptuales sobre los indicadores:

¿Qué es un indicador?

Se entiende por indicador la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización o proceso, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia (calidad esperada podrá estar señalando una desviación (falla de calidad, resultado no deseado) sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso.

Niveles de referencia de un indicador

El acto de evaluar se realiza a través de la comparación, y esta es posible cuando se cuenta con una referencia o un valor esperado contra el cual contrastar el valor observado. Para efectos de clarificar los diferentes componentes de la definición de la calidad esperada, se presentan diversos niveles de referencia

- Nivel técnico: Señala el potencial de un sistema determinado, es decir, el nivel máximo de producción posible con una tecnología, insumos, mano de obra y métodos de trabajo predeterminados; representa el máximo resultado loggable si se hace bien la tarea. El nivel técnico se produce una vez se estandaricen los resultados de un proceso, hay que mantenerlo y lógicamente actualizarlo cuando se generen cambios de orden tecnológico, avances en las curvas de aprendizaje de los operarios, o por mejoras de métodos y sistemas, entre otros aspectos.
- Nivel teórico: También llamado de diseño, se utiliza fundamentalmente como referencia de indicadores vinculados a capacidades de producción, consumo de insumos o costos de producción de los servicios. Este da la máxima capacidad de un sistema con unas características determinadas. Por ejemplo, dadas unas características de número de camas, tipos de servicios prestados, situación geográfica, perfil epidemiológico de la zona de influencia, tipo de demanda y presupuestos es posible requerimientos de expansión y crecimiento de los servicios de salud partiendo de la demanda potencial (requerimientos del usuario) y a la vez calcular por ejemplo, el volumen de egresos, el costo y la interacción con otros servicios tales como Consulta, Cirugías, servicios de apoyo, etc.
- Nivel de la competencia: Para su abordaje, habrá que referirse a este en dos sentidos: aquellos referidos al producto final (calidad e impacto) y aquellos que se refieren al proceso (rendimiento, productividad y eficiencia). El uso de este tipo de nivel de referencia es un imperativo del mercado, es compararse con el mejor de la competencia, si se quiere asegurar su permanencia. Esta perspectiva exige afinar estrategias sistemáticamente, con el fin de asegurar las ventajas competitivas que exige el entorno.
- Nivel de requerimientos de los usuarios: ¿Qué pasaría si los usuarios de los servicios especializados se quejan de la demora en la asignación de citas para medicina especializada por encima de tres días? Frente a esta situación se deben plantear alternativas de solución, si se quiere mantener y fidelizar a estos usuarios. Para ello deberá indagarse con estudios detallados, de los requerimientos y expectativas de los usuarios de manera sistemática, con respecto de los servicios ofertados. La utilización de este nivel de referencia señala las pautas inmediatas de mejora en caso de que estas sean deficientes
- Nivel de la Planeación: Con frecuencia se establecen metas por razones de prestigio, compromisos para asegurar la supervivencia o el crecimiento y así

garantizar el logro de los resultados en los factores críticos de éxito fijados por la organización, frente al usuario y la competencia.

➤ **Atributos de una buena medición**

Pertinencia

En cualquier organización, área o proceso se hacen mediciones sobre un sinnúmero de características, comportamientos o situaciones; la pregunta por realizar es: ¿Qué se hace con esta información? ¿Cuál es realmente su utilidad? El grado de pertinencia de una medición debe revisarse periódicamente ya que puede perder importancia el hecho que se está midiendo a través del tiempo.

Precisión

Se refiere al grado en que la medida obtenida refleja fielmente la magnitud del hecho que se quiere analizar y corroborar. Para lograr la precisión de una medición, deben darse los siguientes pasos:

Realizar una buena definición operativa, es decir, definir la característica o atributo por ser medido, las unidades de escala de medición, el entrenamiento de quien recoge la información,

Elegir un instrumento de medición con el nivel de apreciación adecuado, que contenga todas las variables para ser medidas.

Asegurar que el dato generado por el instrumento de medición, sea bien recolectado por el responsable de esta tarea (entrenamiento).

Oportunidad

La medición es información que permite el conocimiento de los procesos y a su vez la toma de decisiones más adecuada, bien sea para corregir restableciendo la estabilidad deseada del sistema, bien sea para prevenir y tomar decisiones antes de que se produzca la anomalía, más aun para diseñar incorporando elementos que impidan que

las características de calidad deseadas se salgan de los límites fijados por el estándar. Por ello la necesidad de contar oportunamente con la información, lo que se constituye en un requisito importante para quienes diseñan un sistema de medición.

Continuidad

Si bien es cierto esta característica no está desvinculada de las anteriores, especialmente de la precisión, se refiere fundamentalmente al hecho de que la medición no es un acto que se haga una sola vez; por el contrario, es un acto repetitivo y generalmente periódico. Si se quiere estar seguro de que lo que se mide sea la base adecuada para las decisiones que se toman, se debe revisar periódicamente todo el sistema (calibración de instrumentos, control de flujo de datos y puntos de consolidación).

Economía

Aquí la justificación económica es sencilla y compleja a la vez; sencilla porque se refiere a la proporcionalidad que debe existir entre los costos incurridos y los beneficios de las decisiones soportadas en los datos obtenidos. En todo caso, es claro que la actividad de la medición debe ajustarse a criterios de calidad y eficiencia, de tal manera que el enfoque debe propugnar a que el mismo operario del sistema sea quien lo valide, lo ajuste y lo mejore.

La construcción de los indicadores es uno de los pilares del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención; a partir de su análisis se toman decisiones para gerenciar los procesos institucionales (mantener y mejorar), en otras palabras, para evaluar el cumplimiento de los resultados esperados por los usuarios, los esperados en la atención en salud, el seguimiento a eventos adversos, a efectos no esperados, el logro de las características de calidad en la atención en salud como oportunidad, seguridad, pertinencia, accesibilidad, entre otros.

A continuación se presentan algunas pautas que deben ser tenidas en cuenta para su buena identificación y construcción:

- Defina qué característica del proceso se desea medir, por ejemplo, la oportunidad, el acceso, la seguridad, la calidad técnico-científica, el costo.

- Defina el tipo de indicador por utilizar, el cumplimiento de los requerimientos establecidos (estructura o eficacia), la utilización de los recursos (proceso o eficiencia) y/o el logro del propósito (resultado o efectividad). Así por ejemplo el cumplimiento de la programación de cirugías es un indicador de estructura, la Proporción de Inadecuada Utilización de la Estancia Hospitalaria es un indicador de eficiencia, la satisfacción del usuario es un indicador de efectividad.
- El establecer el tipo de indicador por utilizar tiene relación directa con la decisión que puede ser tomada cuando se analice su resultado, es decir, con un indicador de estructura no se podría hacer inferencia sobre si se logra el resultado o no del proceso analizado o si existen problemas en la realización del mismo.
- Estandarizar la forma de construirlo y analizarlo, para esto se sugiere utilizar la ficha definida por el Ministerio de la Protección Social en el anexo técnico de la resolución 1446 de 2006: Sistema de Información para la Calidad.
- Defina en forma explícita un plan para hacer el seguimiento y monitoreo de los indicadores, que puede ser un cuadro general, que permita rápidamente hacer seguimiento al cumplimiento en su medición, a las tendencias de los mismos, para lo cual se puede utilizar la técnica de semaforización: clasificación por colores (verde, amarillo y rojo) según el grado de avance deseado

6.4 PLAN DE MEJORAMIENTO

➤ Definición.

El plan de mejoramiento permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores) siguiendo la ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados. En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

➤ **Preparación para la formulación del plan**

La etapa de planeación tiene como objetivo conseguir los insumos indispensables para la elaboración de los planes de mejoramiento para el cierre de las brechas o diferencia que existe entre la calidad esperada y la calidad observada, como son:

Programa de capacitación para los equipos de mejoramiento, que se entiende son los responsables de los procesos objeto de mejora y aquellos que se encuentran relacionados con ellos.

Programa de comunicación con el propósito de que la institución conozca cómo se van adelantando el mejoramiento, las dificultades, los logros alcanzados, el mejoramiento en los resultados de los indicadores.

Definición de los aspectos logísticos que se requieren para el mejoramiento, como son sitios de las reuniones, registro de las reuniones realizadas y necesidades para la implementación de los mejoramientos.

➤ **Capacitación del equipo de mejoramiento**

Una vez se tenga el grupo, este debe realizar un seminario-taller o jornada de trabajo práctica para homologar conceptos y aprender herramientas mínimas que les permitan funcionar bien como grupo. El propósito de este taller es comprender los aspectos por tener en cuenta para la formulación del plan de mejora:

Definición concreta de la dimensión del problema. Observación y documentación del problema, teniendo en cuenta las causas identificadas (calidad observada) y las perspectivas de los diferentes grupos de interés involucrados (usuarios, accionistas, comunidad, etc.).

Capacitación en herramientas básicas estadísticas, como por ejemplo lluvia de ideas, diagrama de causa-efecto, estratificación, hojas de verificación, diagramas de Pareto³⁴.

³⁴ Ibíd.

Análisis de las causas fundamentales a través de la aplicación de herramientas estadísticas básicas y técnicas de análisis causal, que permita centrarse en soluciones que bloqueen las causas raíz de los resultados no deseados.

Una vez surtida la etapa de análisis causal de los problemas, el equipo de calidad debe estar listo para sugerir vías para superar los problemas. El planteamiento de las soluciones debe ser un esfuerzo grupal. Algunas soluciones pueden ser de fácil planteamiento, un ejemplo sería recordar al personal mediante capacitación en los servicios sobre guías para el manejo clínico de los pacientes. Otras soluciones pueden ser formuladas en términos de ayuda para el trabajo que se realiza, como son los cronogramas en la pared y las listas de chequeo, entre otros.

Otros problemas pueden ser más difíciles de solucionar puesto que involucran cambios en todos los procedimientos. Es muy importante que los equipos de calidad traten de pensar en forma creativa para generar una amplia gama de soluciones (algunas pueden ser medidas de corto plazo).

En esta etapa lo que se requiere es que como equipo presente soluciones a cada causa del problema analizado, tomando en consideración que sean prácticas y posibles de implementar. Quizás no es posible encontrar soluciones para cada causa listada.

Un plan de mejoramiento de la calidad trata de responder a problemas previamente definidos y priorizados con metodología participativa, la cual se presenta en el anexo 1 de la presente guía, utilizando diferentes criterios como la vulnerabilidad, la percepción social, el impacto en la salud, entre otros³⁵.

Los planes detallados sirven al responsable del proceso como tablero de control de actividades, como instrumento de capacitación a las personas que participan del proyecto y para revisar el cumplimiento del plan con su equipo y presentar su avance a los niveles superiores de la organización.

➤ **Formulación del plan de mejoramiento**

Para la formulación concreta y sencilla del plan de mejoramiento se sugiere la utilización de la matriz 5W1H que toma su nombre por sus siglas en inglés: what,

³⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 de 2006. Anexo Técnico No. 1. Por la cual se establece el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, PAMEC. Bogotá, 2006.

who, when, where, why y how (qué, quién, cuándo, dónde, por qué o para qué y como), que debe complementarse con indicadores para poder realizar un seguimiento regular, lo que hace necesario concertar metas a todo nivel de la organización.

Parte del estudio de las razones que pueden explicar la diferencia entre los resultados de las mediciones y la calidad esperada para los procesos involucrados. Implica postular causas probables, si ciertamente hay diferencia y ella es negativa. La adecuada gestión en cuanto al desarrollo de esta fase requiere que, haciendo uso de técnicas comunes para el trabajo en equipo, se formulen todas las alternativas de solución posibles; se evalúen y se seleccionen, frente a criterios como factibilidad, aceptabilidad, etc., las distintas alternativas y se presenten a consideración de los responsables de la implantación de los correctivos las propuestas de mejoramiento.

Una vez esté identificada la causalidad y planteadas las posibles acciones de mejoramiento se debe:

Elaborar un plan detallado, con acciones concretas y alternativas de soluciones factibles y medibles para la evaluación de resultados.

Realizar el seguimiento de la evolución de las acciones de mejora implementadas, mediante el mantenimiento de los procesos periódicos de medición, comparación, análisis y evaluación; es necesario que estos planes incluyan la medición de los indicadores definidos para las metas. Debe quedar claro quién es responsable de esta medición, cuándo se realiza, dónde y cómo. Se sugiere la aplicación del informe de tres generaciones para el seguimiento al plan de mejoramiento.

➤ **Seguimiento al plan de mejoramiento**

El ciclo PHVA es un método gerencial básico que se aplica a una organización, a su plan estratégico, a un área o a un proceso.

Los planes de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA. El paso siguiente, HACER, consiste en capacitar y entrenar a los implicados, tanto en el método por aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el

plan. Pero para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o hacer seguimiento permanente y ACTUAR correctivamente en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.

Para ello son necesarias dos condiciones:

Que se realice la medición de los indicadores definidos para cada meta, de forma sistemática y con una periodicidad definida, para saber oportunamente si se está logrando o no la meta deseada.

Que se establezca una forma de comunicación y seguimiento de las actividades, entre cada responsable y su equipo, para lo cual proponemos un formato o informe de tres generaciones que se encuentra en el anexo No. 5, figuras 16 y 17³⁶. Este lo debe presentar cada responsable de un proyecto a su superior inmediato, con la periodicidad que la institución determine, para identificar y solucionar oportunamente problemas que puedan impedir el logro de la meta final.

6.5 ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS

Implica el desarrollo de los ciclos que retroalimentan el aprendizaje organizacional, en esa función de la institución de autorregulación y de auto organización y una vez se han logrado los resultados esperados y es requerido estandarizar los procesos prioritarios. Se busca facilitar y generalizar herramientas de capacitación, entrenamiento y despliegue de la calidad en equipo, para obtener un entendimiento compartido.

➤ Definir el plan de estandarización.

El grupo debe referirse al plan de mejoramiento de calidad, donde están condensadas las prioridades de acción definidas y los proyectos que está llevando a cabo la institución. Esto le permitirá definir el alcance que debe dar a la documentación. De acuerdo con ello, el grupo concretará un plan de estandarización, definiendo tiempos, áreas que debe involucrar, responsables en esas áreas y la secuencia que debe dar a este trabajo.

³⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en atención en salud, Op. cit.

El plan que el grupo define es para capacitación y apoyo a las áreas, que debe complementarse y ajustarse con cada jefe de área involucrada. El jefe del área y su gente, una vez definidos los procesos críticos que hay que estandarizar, debe programar y acordar con el grupo el tiempo que requerirán, a fin de que se comprometa con personas responsables claras y tiempos definidos.

➤ **¿Qué es la estandarización de los procesos?**

Es la actividad **sistemática** para establecer y utilizar estándares. Con frecuencia genera inquietudes y controversia; muchas veces se pregunta cómo estandarizar un proceso con pacientes únicos y cuadros particulares. En realidad lo que se estandariza son los procesos que serán utilizados en función de la particularidad del paciente.

Constituye un mecanismo de formalización y documentación de los procesos que han sido mejorados, es decir, de aquellos que constituyen el núcleo vital de conocimiento de las organizaciones o unidades administrativas.

De igual forma, procesos clínico-asistenciales como la administración de medicamentos, la administración de las historias clínicas, la solicitud de suministros, etc., tienen que ser realizados conforme a estándares elaborados por consenso que garanticen la previsibilidad sobre los resultados a favor de los usuarios de la organización.

➤ **Definición de Estándar:**

Conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un proceso, de tal manera que este cumpla o alcance las metas señaladas. Estos documentos son obtenidos por **consenso** para un: objetivo, desempeño, capacidad, estado, movimiento, secuencia, método, procedimiento, responsabilidad, deber, autoridad, manera de pensar, concepto, etc. Con el objetivo de **unificar y simplificar** de tal manera que, de forma honesta, sea **conveniente y benéfico** para las personas involucradas. Es un proceso selectivo que se aplica sólo a **procesos repetitivos**

Utilizando un símil, los procesos estandarizados de las prácticas clínicas son como grandes autopistas, en las cuales existe un sentido único, pero dependiendo de las particularidades de cada paciente los conductores tomarán desviaciones, que están directamente ligadas a la experticia y conocimiento de quién está al volante del proceso de atención.

Otra consideración en los procesos de estandarización es entenderlos como una forma de masificar o de nivelar a todas las personas que ejecutan la tarea. Sin embargo, el fin último es mantener la previsibilidad sobre los resultados, no con el ánimo de que la variabilidad sea cero, pero sí con el propósito de mantener un rango deseado.

➤ **Objetivos de la estandarización**

A. Mantener la calidad y mejorarla para:

- Asegurar el desempeño y función y su mejoramiento.
- Asegurar la confiabilidad y mantenimiento y su mejoramiento.
- Garantizar la seguridad y su mejoramiento.
- Eliminar las dificultades o problemas durante el proceso.
- Prevenir problemas recurrentes.
- Establecer procedimientos estándar de operación.

B. Tener reducción de costos para:

- Utilización de los componentes mínimos.
- Simplificación.

C. Mantener la productividad y mejorarla para:

- Mejorar el proceso.
- Mejorar la operación automatizada.

D. Tener información/divulgar

- Transferir tecnología y habilidades.
- Notificar al cliente (relaciones públicas, publicidad, catálogos, etc.).
- Notificar internamente (reglamentos de la compañía, especificación de reglas, diagramas, etc.).
- Educar y entrenar.
- Mejorar la moral.

E. Tener contribuciones sociales para:

- Garantizar la seguridad del cliente.
- Control y prevención de la contaminación.
- Seguridad de los empleados.

➤ **Procedimientos previos a la Estandarización**

Debe constituirse un comité directivo de estandarización para toda la organización.

➤ **Beneficios de la Estandarización**

La estandarización vista dentro del ciclo PHVA, busca las mejores formas de conseguir los resultados. En la medida que se ejecuta un proceso de una misma manera y se hace consciente, se puede mejorar más fácilmente. Se considera a la estandarización como motor de la innovación y como incentivo para la creatividad de las personas que están al frente del proceso. Un buen estándar es aquel que es modificado por lo menos una vez cada 6 meses. Esta premisa obliga a estar buscando mejores maneras de hacer las cosas y con el desarrollo de las personas.

Un ejemplo es lo que sucede en algunos servicios de urgencias cuando no hay la estandarización de procesos. De acuerdo con los tiempos de trabajo en los servicios de urgencias, se contratan médicos que asisten tiempos parciales, la mayoría de las veces estos médicos son egresados de diferentes escuelas y con ellas han aprendido diferentes formas de elaborar un diagnóstico frente a un evento de salud y también diferentes formas terapéuticas para afrontarlo.

Se puede presentar un caso como el siguiente: un paciente llega en la mañana con un cuadro clínico que hace pensar en el médico A un diagnóstico determinado y lo hace sugerir un tratamiento específico, el paciente es atendido y remitido a su casa, por alguna razón el paciente regresa en la tarde de ese día al servicio de urgencias, sin embargo, ya no encuentra el mismo médico, este médico B lo interroga, asiente el diagnóstico, pero formula un tratamiento diferente, de acuerdo con su concepción de escuela.

El resultado nada tiene que ver con cuál de los dos médicos tenía razón, en nuestro ejemplo seguramente el paciente será la víctima ya que el progreso en la mejoría de su enfermedad no estará asegurado.

➤ **Características de los Estándares**

- Construidos por las personas que trabajan en los procesos. Deben ser diseñados por las personas que los van a utilizar para la ejecución de las tareas diarias, los estándares impuestos tienen poca posibilidad de implementación.
- Fruto del consenso del grupo. No se busca la unanimidad sino el ejercicio de la argumentación centrada en la experiencia y formación para la ejecución de la tarea.
- Simples, generalmente los procesos estandarizados con términos complicados o excesivamente largos no serán utilizados. En los casos más complicados o donde se requiere explicar mucho detalle puede ser útil hacer dibujos o gráficos que muestren la forma de ejecutar la acción.
- Basados y con el objetivo de ser para la práctica. Deben retratar la manera como las cosas se hacen y se pueden mejorar, no el ideal.

➤ Pasos para la Estandarización

- Definir como estrategia la estandarización, por la alta dirección de la organización, solamente de esa manera se pueden asegurar resultados.
- **Establecer el clima** necesario para comenzar este proceso. Implica reconocer obstáculos y facilitadores en la cultura organizacional y trabajar en ellos. Frecuentemente existen médicos tradicionales en una institución que son líderes de opinión, es necesario reconocerlos e involucrarlos dentro de la estrategia de implementación y desarrollo.
- **Debe ser claro el propósito** de la estandarización, debe orientarse su implementación hacia la identificación de oportunidades de mejoramiento en los procesos y no a la búsqueda de culpables.
- **Identificar los procesos prioritarios** por estandarizar, aquellos que reflejan resultados de alta variabilidad, o aquellos que tengan un impacto económico mayor para la organización o aquellos en los cuales los clientes se declaren más insatisfechos.
- **Entrenar a las personas** en los métodos y formatos estándares. La educación paciente en la utilización de los formatos es lo único que garantiza su verdadera aplicación.
- **Trabajar de acuerdo con los estándares**, para lo cual son útiles las verificaciones realizadas por parte de las áreas de auditoría.

- Elaboración De Procesos Estandarizados

- **Describir paso a paso el proceso**, escriba uno a uno los pasos del proceso, liste las tareas que realiza.
- **Identificar las tareas que agregan valor** y las que no. (Una tarea agrega valor cuando es indispensable para el cliente).

- **Diagramar el proceso** mediante la utilización de formas convencionales y universales de graficación. Si ya ha definido para su institución algunos símbolos, utilícelos, asegúrese de que todos entiendan su significado.

- **Formalizar mecanismos** para la documentación y para el almacenamiento de los estándares, una mala planeación puede traer como consecuencia la pérdida de confianza en el proceso.

6.6 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Generar aprendizaje organizacional significa entrenar y capacitar las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada. En este sentido, la ruta establecida por la auditoría para el mejoramiento de la atención en salud ha surtido claramente las etapas previas a la estandarización. Lo que se pretende, entonces, es mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo.

Los ejecutores de los procesos, junto con el equipo de auditoría facilitador en la apropiación de estas metodologías, serán los responsables de proponer los procedimientos estándar de operación que aseguren el mantenimiento y mejora de la calidad esperada, si esto no ocurre es necesario entrenar y capacitar a los ejecutores en la metodología escogida por la organización para estandarización de los procesos prioritarios, una vez han logrado los resultados esperados.

➤ Capacitar al grupo de trabajo

Se debe realizar un seminario-taller o jornada de trabajo práctica para homologar conceptos y aprender herramientas mínimas que les permitan a los integrantes de la organización funcionar bien como grupo. El propósito de este taller consiste en capacitarse en gerencia de procesos, es decir, análisis y seguimiento de procesos, método de análisis y solución de problemas y estandarización.

6.7 SEGUIMIENTO A TRAVÉS DE COMITÉS

Se debe constituir un complemento, técnico y práctico que facilite la implementación de los diferentes comités que se realizan en las instituciones, como mecanismos de

seguimiento y retroalimentación a la calidad de los procesos que se convierten en objeto de la auditoría, según las orientaciones del “Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud”.

➤ **Definición**

Los comités son equipos interfuncionales que tienen una responsabilidad directa de contribuir a que las instituciones de salud presten servicios con calidad y establezcan acciones para garantizarla; su funcionamiento afecta a la institución en general y a los usuarios. Es necesario tener total claridad de la responsabilidad de cada comité y de cómo encaja en el funcionamiento, planes, metas y logros de la organización.

Estos comités son equipos productivos que requieren instrumentos y planes de trabajo adecuados; métodos para documentación de reuniones y avances; interacción entre los miembros; abordaje técnico y análisis y solución de problemas, entre otros.

El primer trabajo que el responsable de auditoría interna en una institución deberá emprender es trabajar con los comités existentes e iniciar los comités faltantes, analizar, fortalecer o definir sus mecanismos de operación, clarificar en forma explícita el propósito, alcance y responsabilidades de cada comité y el área dentro de la estructura organizacional a la que pertenece, definir las estrategias de reunión y métodos rigurosos de trabajo para que las reuniones sean efectivas y productivas y contribuyan al sistema de autocontrol de la institución.

➤ **Comités con normatividad legal.**

Algunos comités para el mejoramiento de la calidad de la atención en las instituciones de salud son de obligatoria existencia, por estar normados por el Ministerio de la Protección de Social o por la Superintendencia de Salud.

Los comités establecidos por la normatividad legal vigente son:

- Comité de Ética Hospitalaria Resolución 1343/91
- Comité de Trasplantes Decreto 2493/06
- Comité de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica Decreto 1562/84

- Comité de Farmacia y Terapéutica Decreto 2200/05
- Comité de Vigilancia Epidemiológica Decreto 3518/06
- Comité Técnico-Científico Resolución 2933/06
- Comité de Transfusión Sanguínea Decreto 1571/93
- Comité Docencia-Servicio Decreto 0190/96
- Acuerdo 003/03
- Comité de Historia Clínica Resolución 1995/99
- Comité de Urgencias Decreto 412/92

Además de los comités obligatorios, los directivos de las instituciones pueden conformar otros para fortalecer el autocontrol en los procesos objeto de auditoría como pueden ser:

- Comité de Credenciales
- Comité de Mortalidad
- Comité de Tejidos y Área Quirúrgica
- Comité Ad Hoc

➤ **Selección de los miembros de un comité.**

Los comités deben conformarse como equipos interfuncionales donde deben estar representados los principales responsables del buen funcionamiento de los procesos y acciones objeto de análisis permanente del comité en cuestión. Otras

personas pueden ser invitadas para reuniones específicas, para analizar problemas que afectan ocasionalmente el funcionamiento correcto de esos procesos.

No hay un número ideal de personas que deban conformar un comité, deben estar presentes las personas necesarias para las decisiones que se toman, debe haber la cantidad necesaria para asumir la carga de trabajo que desarrollan y, entendiendo que el trabajo de un comité debe ser expedito, efectivo y eficiente, y que el tiempo de quienes lo conforman tiene un costo para la institución, el número de miembros de cada comité debe ser el mínimo posible.

El facilitador de calidad debe revisar la conformación correcta de los comités, y, de encontrar fallas en ello, debe trabajar con el director de la institución para

➤ **Definir el propósito y alcance del comité.**

Ningún equipo es productivo si cada uno de sus miembros no tiene claridad en cuanto al propósito del trabajo, el alcance de su responsabilidad y la importancia del mismo dentro de la organización. De esta manera, y una vez definidos los miembros, la auditoría interna (en su función de facilitador de calidad) debe promover una revisión de la misión del comité y clarificar su propósito y alcance en una reunión con sus miembros.

Deben analizar por qué y para qué existe el comité, cuál es el alcance de su acción, cuál el resultado esperado, dentro de lo establecido en la legislación vigente, si la hubiera, y cuál su necesidad dentro de la política y objetivos de calidad de la institución, que son a su vez un despliegue de su direccionamiento estratégico. En otras palabras un comité constituye un cómo para el cumplimiento de la política y objetivos de calidad, su responsabilidad en el cumplimiento de estos objetivos debe estar claramente establecida y su funcionamiento diseñado para responder a los planes de la organización, ser una herramienta para hacer el seguimiento a los resultados de los planes de mejoramiento y de la ejecución de los procesos estandarizados que se corrijan.

➤ **Trabajo para el comité.**

A partir del plan de mejoramiento de calidad se define un programa de auditoría, dentro del cual cada comité tiene una función. Para que el trabajo del comité sea productivo y, una vez clarificado su propósito y alcance, es necesario un plan de

trabajo para que los resultados esperados se den y el comité contribuya a los logros de la organización.

El plan de cada comité debe ser un despliegue del direccionamiento estratégico de la institución. Por consiguiente, los planes deberán negociarse con los niveles superiores y establecerse acorde con los siguientes criterios:

- El comité define objetivos específicos que son la declaración general de lo que se propone lograr durante un lapso de tiempo y de acuerdo con las prioridades definidas para la organización. Los objetivos específicos del comité deben expresar su labor como respuesta a los objetivos y estrategia definidos en el nivel inmediatamente superior.
- El comité define metas que hay que alcanzar, que constituyen la medida cuantitativa del objetivo y que deben ser realistas y estar acordes con la capacidad de la organización. Las metas deben ser acordadas con el nivel superior, como una contribución a los logros y metas de ese nivel.
- Debe definir indicadores de seguimiento, que son la manera para monitorear el cumplimiento de la meta.

De acuerdo con lo anterior, en el plan de mejoramiento de calidad están definidos los objetivos, estrategias y metas de calidad para la institución. Para lograrlas son necesarios proyectos o conjuntos de acciones en cumplimiento de alguna de las cuales está la responsabilidad del comité. Con sus objetivos y metas específicas el comité clarifica su contribución a los logros de calidad y procede a definir un plan de acción detallado que establezca responsabilidades y medios para hacerlos realidad.

El comité debe describir las actividades (QUÉ) por realizar para obtener las metas, indicar las responsabilidades en cuanto a personas (QUIÉN); el tiempo de ejecución (CUÁNDO); espacio (DÓNDE) y forma (CÓMO) de desarrollarlas y por qué debe realizarse la actividad. Un formato (matriz 5W-1H) puede ser útil para la elaboración del plan de trabajo de un comité.

Los planes de acción definidos sirven al comité como tablero de control de las actividades, como instrumento de capacitación a las personas que participan del

proyecto y como medio para revisar el cumplimiento del plan con su equipo y presentar su avance a los niveles superiores de la organización.

Los planes detallados deben guiar el hacer o ejecutar, que inicia con la capacitación a los implicados y que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan.

De manera complementaria, para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas es necesario realizar seguimiento permanente con los indicadores definidos para cada meta, de forma sistemática y con una periodicidad definida, y así conocer de manera oportuna si se está logrando o no la meta deseada. Un formato (matriz de informe de tres generaciones) puede ser útil para tal fin³⁷.

³⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1043 de 2006. Anexo Técnico No. 2. Por la cual se establece el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, PAMEC. Bogotá, 2006.

7. HERRAMIENTAS DE TRABAJO PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO

7.1 TORMENTA DE IDEAS

La tormenta de ideas es una técnica rápida, poderosa y vigorizante para sacar de un grupo (un equipo de mejoramiento, un grupo de trabajo, un grupo de clientes o un grupo de enfoque) un torrente o listado de ideas, percepciones, problemas, oportunidades, preguntas, causas posibles, dimensiones de un problema, soluciones alternas, etc. Es una herramienta sumamente versátil. De hecho, con frecuencia es utilizada como parte de muchos otros métodos de mejoramiento de proceso.

Específicamente, la tormenta de ideas ayuda a un grupo a generar muchos pensamientos o ideas en muy poco tiempo, sin juicios ni discusiones. La clave de su poder es la frase *sin juicios ni discusiones*. En una discusión típica de grupo, alguien expresa un pensamiento y los demás opinan sobre el mismo, lo cuestionan o juzgan, positiva o negativamente. El resultado es que la gente se centra en esa idea antes de que todas las demás ideas posibles tengan oportunidad de surgir.

Los miembros del grupo pueden emplear su valioso tiempo hablando sobre un solo pensamiento, generando toda una lista de pensamiento y luego concentrándose en aquellos que merecen más tiempo y atención.

Así mismo, en una discusión típica de grupo, cuando las personas responden a las ideas de uno y otro con juicios, los demás no se animan a hablar por miedo a que sus pensamientos sean cuestionados o atacados o, en el caso de respuestas positivas, por miedo a decir algo y no recibir el tipo de cumplido o reconocimiento recibido por los demás. Esto también retarda el flujo de ideas.

Así mismo, la tormenta de ideas estimula el flujo y la influencia de los pensamientos de la gente. Como los juicios son suspendidos, la creatividad se ve estimulada y la gente se relaja, ya que no tiene nada que temer de las reacciones de los demás.

➤ **Cómo dirigir una tormenta de ideas**

La tormenta de ideas tiene tres fases: generación, aclaración y evaluación.

➤ Fase de generación

El líder revisa las reglas de la tormenta de ideas con los miembros del grupo, expresa claramente la pregunta o propósito, la escribe como título en un papelógrafo y luego provoca y registra las respuestas. Esta fase puede ser estructurada o no estructurada.

Cuando usted utiliza la propuesta estructurada, cada persona debe emitir un pensamiento o idea cuando le llegue el turno, o “pasar” hasta el próximo turno. Esto anima a hablar a las personas calladas o tímidas, pero también puede hacer que las personas sientan una presión incómoda. Cuando usted utiliza la propuesta no estructurada o libre para todos, los miembros del grupo hablan siempre que tengan un pensamiento, sin atender a ningún orden en particular. Este método tiende a crear un ambiente más relajado, aunque se corre el riesgo de que las personas extrovertidas o especialmente entusiastas puedan dominar la sesión. En cualquiera de las dos propuestas, las reglas son las mismas: Cantidad, no calidad. Cuanto más, mejor. Las discusiones, los juicios y las críticas, todos se suspenden durante el proceso de generación.

Está bien apoyarse o construir sobre la base de las ideas de los demás. Lo práctico no tiene importancia; las ideas estrambóticas son bienvenidas. Cada idea debe tener un mínimo de tres palabras; de lo contrario, es difícil que la gente sepa lo que en realidad se sugiere.

Cada idea debe tener un máximo de seis o siete palabras; de lo contrario, se escucharán discursos.

Los siguientes son algunos consejos que pueden facilitar los procesos:

- Registre cada idea con las propias palabras del orador para que todos las vean.
- Utilice un papelógrafo para registrar las ideas.
- No permita que las personas quebranten las reglas.
- Para señalar la violación, utilice una señal graciosa tal como una bocina de bicicleta o una bandera roja. Esto le evita tener que dar una reprimenda verbal

cuando alguien haya juzgado, criticado o quebrantado las reglas de otra manera. La señal es especialmente útil si el grupo está comenzando a aprender a trabajar la tormenta de ideas.

- La tormenta de ideas deberá moverse rápidamente.
- Dé a la gente una advertencia 15 segundos antes de terminarla para que pueda emitir cualquier idea que haya quedado sin formular.
- Una típica sesión de tormenta de ideas dura entre 5 y 10 minutos.

➤ **Fase de aclaración**

Después de que se haya generado la lista, el grupo la revisa para asegurarse de que todo el mundo tiene claridad sobre lo que significa cada punto. Como la fase de generación pone énfasis en “cantidad, no calidad”, algunos puntos se expresan con términos vagos. En este punto, la gente se anima a preguntar “¿Qué significado tiene esto?”. Esta aclaración es importante antes de que las ideas sean juzgadas, para que en discusiones posteriores no se descarten las ideas confusas con las que no pueden funcionar.

➤ **Fase de evaluación**

El grupo considera la lista y excluye repeticiones, ideas irrelevantes o ideas consideradas superiores a su alcance o poder. Los diagramas de afinidades constituyen una técnica magnífica para ubicar los patrones dentro de una tormenta de ideas. Entonces, una matriz de decisión sería útil para evaluar las ideas de acuerdo con criterios como impacto potencial sobre el problema, costos, facilidad o rapidez de implantación, etc. En otras palabras: filtre y clasifique para reducir la lista de ideas y así poder seleccionar unas cuantas.

➤ **Usos de la tormenta de ideas**

Obviamente, las posibilidades de utilizar la tormenta de ideas son infinitas. He aquí una lista parcial:

- Para discutir problemas que su grupo pueda querer abordar.
- Para encontrar soluciones alternas de un problema.
- Para encontrar los factores que contribuyen a definir un problema en su búsqueda de la raíz de las causas.
- Para generar planteamientos alternativos de problemas antes de dirigirse a uno solo.
- Para establecer las “fuerzas conductoras” y las “fuerzas represoras” en un análisis de campo de fuerza.
- Para establecer los elementos que han de ser agrupados en un diagrama de afinidades.
- Para establecer las ramas en diagramas de árbol.
- Para establecer los obstáculos que puedan interferir en la implantación exitosa de un plan que usted haya desarrollado.
- Para anunciar los elementos individuales de un proceso antes de organizarlos y colocarlos en secuencia en diagramas de flujo.
- Para establecer los beneficios de una innovación como preparación para “vendérsela” a su jefe.
- Para encontrar preguntas que usted pueda utilizar para hacer encuestas sobre la satisfacción de los clientes.
- Para reunir información que pueda iluminar la esencia o las causas de un problema.
- Para establecer los componentes de un plan de acción antes de ordenar la secuencia de los pasos y asignar responsabilidades.

- Los siguientes son dos ejemplos del empleo de la tormenta de ideas. En el primer ejemplo, el administrador del departamento de alimentación trabajó con el personal para establecer una lista de formas en que el departamento podría satisfacer mejor a los empleados del hospital con respecto al servicio de alimentos.

7.2 DIAGRAMA DE AFINIDADES

La elaboración de diagramas de afinidades es un proceso destinado a generar una abundancia de ideas, opiniones, percepciones, asuntos o actividades para luego sencillamente agruparlas en temas comunes. Las agrupaciones resultantes son más fáciles de discutir, manejar y manipular que la gran cantidad de elementos individuales generados originalmente. Además, comienzan a surgir modelos que ayudan a dar sentido a muchas ideas diferentes.

➤ **Cómo elaborar un diagrama de afinidades**

Los siguientes son los ocho pasos que deben seguirse para elaborar un diagrama de afinidades:

Pregunte. En un grupo, formule una pregunta abierta, aun imprecisa, que permita una amplia variedad de posibles respuestas o puntos de vista. Impida largas explicaciones para evitar influir en la gama de respuestas dadas.

Responda. Luego se le pide al grupo que debata las respuestas de las preguntas, sin discusión o evaluación a la vez. Joe Colletti, de GOAL/QPC, sugiere establecer una “regla de tres palabras”, regla básica según la cual cada idea tiene que ser expuesta en un mínimo de tres palabras (preferiblemente con un sustantivo y un verbo incluidos); menos palabras posiblemente no transmitan claramente el significado. Por ejemplo: sin la regla de un mínimo de tres palabras, la gente podría ofrecer ideas como “comunicación”, lo cual es muy ambiguo. Llevados a utilizar por lo menos tres palabras, tendrían que clarificar su idea un poco y decir “comunicación de los resultados al personal” o “comunicación entre jefes de departamentos”.

Registre. Solicite a tres personas que actúen como registradores. Una persona se coloca al lado del papelógrafo y escribe todas las respuestas dadas a la pregunta, tan pronto se genere. Las otras dos personas escriben cada idea en negrilla en papelitos adhesivos removibles (por ejemplo, Post-it de tres por cinco pulgadas).

Para evitar que el proceso de registro retrase el flujo de ideas, estas dos personas se alternan en registrarlas. Escribir todas las ideas en un papelógrafo hace que el grupo vea el flujo de ideas y evite la duplicación. Registrar las ideas en notas removibles es esencial para el próximo paso. Una alternativa es entregar a los miembros del grupo libretas de Post-it en blanco y pedirles que escriban sus ideas a medida que las formulan. Los registradores deben anotar las ideas exactamente en la forma como se expresan.

Exhiba. Utilizando una pared cubierta con papel del papelógrafo, pida a los dos registradores, o al grupo, si los miembros del grupo registraron sus propias ideas, que ayuden de vez en cuando exponiendo las ideas en la pared.

Organice. El próximo paso se debe llevar a cabo *sin hablar y sin ninguna discusión*, a fin de que las personas se puedan concentrar y sostener sus propias opiniones sin argumentos innecesarios sobre semántica o sustancia. Solicite al grupo que busque relaciones entre las ideas, levantando y moviendo ideas a las personas que peguen la idea que mueven sobre la idea con la cual se relaciona (y no en la pared), de forma que la próxima persona que la mueva lleve todo el grupo. Durante este paso es importante anotar lo siguiente:

Dígale al grupo que evite encajar a la fuerza ideas que no pertenecen claramente al grupo.

Advierta a la gente que pueden existir “huérfanos” o “extraños” sin un hogar apropiado. Estos pueden formar su propia agrupación.

Si las personas no están de acuerdo sobre el lugar al cual pertenece una idea, se puede duplicar y colocar en dos grupos distintos.

Si el grupo es tan grande que no todos pueden acercarse simultáneamente a la pared para mover las notas, cada cierto tiempo pida a las personas del frente que se hagan hacia atrás para dar oportunidad a otros.

Ponga un nombre a las agrupaciones. Cuando las personas se sientan satisfechas con las agrupaciones (lo cual con frecuencia toma entre cinco y veinte minutos), solicite su ayuda para idear encabezamientos que describan los elementos de esa agrupación. En primer lugar, haga que el grupo mire dentro de la agrupación para ver si cualquiera de las ideas registradas, preferiblemente de

otro color, anexe el encabezamiento que prefieran en la parte superior de la columna de notas que forman la agrupación. No se alarme en este punto si el grupo quiere dividir algunas agrupaciones porque ve componentes que no encajan. Permítales que hagan esto hasta que todos estén de acuerdo en que las agrupaciones tienen sentido.

Relacione las agrupaciones. En ocasiones usted puede dar un paso adelante y mover agrupaciones enteras, para que aquellas que se relacionen queden contiguas.

Traslade a papel. En este momento o posteriormente, traslade el diagrama a papel. Trace líneas gruesas alrededor de las agrupaciones y dibuje líneas para conectar las agrupaciones que se relacionan entre sí.

Lo que suceda posteriormente depende de sus interrogantes y propósitos. Simples discusiones, matrices de decisión, diagramas de relación y diagramas de causa y efecto son alternativas particularmente útiles como pasos alternativos para proseguir:

Discusión. A menudo una simple discusión permite a los grupos llegar rápidamente a un acuerdo sobre el encabezamiento que define el problema u objetivo que quieren abordar.

Matriz de decisión. Se puede utilizar una matriz de decisión con el ánimo de seleccionar un enfoque para solucionar el problema clasificando las agrupaciones de acuerdo con criterios racionales (por ejemplo, “dentro de nuestro radio de influencia”, “dada la posibilidad de que podamos arreglar esto”, etc.).

Diagrama de relación. Puede utilizarse un diagrama de relación para identificar los encabezamientos que, buscados como objetivos, provocarían el mayor impacto sobre los demás encabezamientos.

Diagrama de causa y efecto. Se puede utilizar un diagrama de causa y efecto para avanzar un poco más, indagando las causas originales por las cuales los encabezamientos de su diagrama de afinidades se emplean como nombres de ramas.

➤ Usos de diagrama de afinidades

Cuando su grupo se siente abrumado por las ideas o usted tiene dificultad para manejar un asunto muy ambiguo, los diagramas de afinidades son útiles.

Un diagrama de afinidades puede conducirlo a agrupaciones que ayuden a identificar las funciones de los departamentos que contribuyen al problema.

El próximo paso puede ser el de elaborar un diagrama de relación. Para ver cuáles causas son “conductoras” y cuáles son “resultado”, siendo las conductoras las causas originales que, de ser cambiadas, tendrían el mayor impacto sobre el problema. *Si usted está intentando plantear la máxima prioridad sobre un problema que parece ser extenso y ambiguo.* Un diagrama de afinidades ayudará al grupo a determinar más fácilmente cómo hacer el planteamiento del problema más manejable.

Un diagrama de relación también sería efectivo aquí. Adicionalmente, una rotación o una matriz de decisión podrían ayudar a su equipo a seleccionar un planteamiento del problema que sea más receptivo al cambio.

Si usted quiere fijar objetivos de entre una variedad de posibles alternativas. *Si usted quiere examinar completamente muchas soluciones posibles a un problema.* La observación de las diferentes agrupaciones podría ayudarle a explorar más fácilmente las posibilidades relacionadas dentro de cada una y las ventajas y desventajas de que una agrupación reemplace a otra. Una matriz de decisión es particularmente útil como herramienta para escudriñar a fondo. Su grupo puede fijar criterios para seleccionar la mejor agrupación de soluciones con la cual proseguir.

Si usted ha realizado una tormenta de ideas sobre las tareas envueltas en la implantación de un plan de mejoramiento debe organizarlas en una estructura más manejable.

He aquí cómo un equipo de mejoramiento utilizó un diagrama de afinidades para desarrollar el planteamiento del objetivo y los valores que habrían de guiar su trabajo. Los miembros del equipo involucraron a todos, les ayudaron a decantar sus ideas mediante una tormenta de ideas y luego elaboraron dos diagramas de afinidades, cada uno alrededor de las siguientes preguntas:

¿Qué queremos ver como resultados de nuestras reuniones de equipo? Una vez que tuvo grupos de ideas relacionadas, el equipo pudo establecer su prioridad, idear encabezamientos y hacer que ellos se convirtieran en elementos clave para el planteamiento de su objetivo ¿que valores y conductas queremos que impulsen nuestro equipo? Una vez que tuvieron a disposición las agrupaciones, los miembros del equipo pudieron discutir, filtrar y tomar decisiones con más facilidad, en un esfuerzo por desarrollar el planteamiento de su objetivo.

El planteamiento del objetivo que resultó de este esfuerzo fue el siguiente: “Nuestra misión es establecer mejoramientos concretos que conduzcan a una mayor satisfacción del cliente. Realizaremos esto de tal forma que sirva de ejemplo y refleje los valores que colocamos en el perfeccionamiento profesional y el desarrollo de los miembros de nuestro equipo como profesionales hábiles y personas optimistas ante problemas”.

➤ **Beneficios de los diagramas de afinidades**

Los siguientes son algunos beneficios obvios que los administradores obtendrán al familiarizar al personal con los diagramas de afinidades:

Los diagramas de afinidades son divertidos. Estimulan la creatividad del grupo, porque instan la gente para que busque relaciones o haga conexiones entre ideas dispares.

Los diagramas de afinidades eliminan la confusión en torno de interrogantes y asuntos que tienen respuestas complejas de múltiples facetas.

Los diagramas de afinidades permiten que un grupo maneje docenas de ideas en muy poco tiempo. El proceso de escoger entre el mismo número de ideas en una discusión podría demorar horas y dejar confusas a las personas sobre los resultados.

Los diagramas de afinidades permiten alcanzar rápidamente el consenso de grupo.

Los grupos tienden a sentirse muy orgullosos de sí mismos, porque a menudo llegan rápidamente a un consenso sobre las agrupaciones, sin tener que escuchar tortuosas discusiones.

La naturaleza no verbal de la técnica incita la participación de todo el mundo, incluidas las personas que usualmente no intervienen. Así mismo, reduce la participación de las personas típicamente dominantes.

7.3 DIAGRAMA DE RELACIÓN

Los diagramas de relación ayudan a individuos y equipos a detectar conexiones lógicas entre una serie de ideas e identificar cuáles son conductoras y cuáles, por lo menos en parte, son consecuencias, resultados o eventos subsecuentes afectados por las conductoras.

Por ejemplo. Consideremos el caso de un equipo que tiene evidencia de un problema de moral y quiere enfrentarlo. Ya que la **moral** es un problema mayúsculo y muy ambiguo, el equipo debe desarrollar una formulación del problema que lo haga manejable. Los miembros realizan una tormenta de ideas sobre las razones del problema y luego crean un diagrama de afinidades para organizar aquellas en agrupaciones, a fin de poder identificar una causa raíz importante. El diagrama de afinidades destaca los motivos principales del problema moral, lo cual ayuda al equipo a centrarse en una causa para sus esfuerzos de mejoramiento.

Aquí es donde entra en juego el diagrama de relación. Los miembros del equipo ordenan todos los encabezamientos en un tablero borrable o en un papelógrafo, sin guardar un orden especial, tal como se muestra en la sección A de la figura 8. Entonces, el administrador o un ayudante pide al equipo que considere cada par de encabezamientos y determine si, para ese par, A conduce a B, B conduce a A, o si ninguno de los dos lo hace. Si A conduce a B, se dibuja una flecha desde A hasta B para mostrar esta relación. Sin embargo, no necesariamente se requieren relaciones entre ítems. En muchos casos no se dibujan flechas porque el equipo no percibe que haya una fuerte relación lógica o direccional.

Después de buscar metodológicamente una relación entre A y cualquier otro ítem, luego entre B y cualquier otro, el equipo dispone de un diagrama de relación.

Luego los miembros del equipo cuentan el número de flechas que salen desde cada ítem y anotan este número a su lado. Los ítems con los números más altos son los poderosos, conductores o causas raíz que, de ser tratados, tendrían efecto de onda sobre los demás elementos del problema global de moral. En el ejemplo, A (“supervisores ineficaces, injustos”) era el ítem que mostraba más flechas señalando hacia fuera (cuatro); B, C y E tenían dos cada uno: D mostraba una y F no tenía ninguna.

Como resultado, el equipo decidió enfocar su esfuerzo de mejoramiento en la calidad de la supervisión. Los miembros encontraron que los supervisores de su organización, o no habían sido entrenados apropiadamente, o no habían sido proyectados como líderes que fijaran normas altas, comprometieran al personal, compartieran información abiertamente e identificaran problemas del sistema que interferían con la capacidad de los trabajadores para llevar a cabo sus labores.

El equipo pensaba que si la calidad de la supervisión fuese abordada y mejorada dramáticamente, ello tendría un impacto poderoso y positivo sobre todos los demás contribuyentes a la totalidad del problema moral.

➤ **Cómo elaborar un diagrama de relación**

Antes de elaborar un diagrama de relación, usted debe seleccionar varios elementos, objetivos o acciones que quiere relacionar entre sí de manera causal o cronológica. Usted debe producir tal lista de elementos mediante la dirección de discusiones, tormentas de ideas o desarrollando un diagrama de afinidades.

Al elaborar un diagrama de relación, deben seguirse los siguientes cuatro pasos: Acomode los encabezamientos en círculo. Marque los encabezamientos A, B, C, etc.

Dibuje flechas de relaciones. Comenzando con A y siguiendo el círculo, dibuje flechas direccionales que muestren relaciones perceptibles entre todos los encabezamientos.

No fuerce relaciones que no estén claras. Si los miembros del grupo no están de acuerdo en cuanto a una relación o sobre la dirección de la relación, tome eso como señal de que la relación no está clara y no conecte las dos ideas.

Cuente el número de flechas que salen de cada ítem. Luego escriba ese número al lado del ítem.

Saque conclusiones. Si existe un ítem que conduce a otros y si ese encabezamiento es receptivo al cambio, sería lógico enfocarlo para más exploración. Este ítem tiene el poder de una causa raíz porque un cambio positivo dentro de él, a su vez, remediaría otros síntomas.

➤ Empleo de diagramas de relaciones

Los diagramas de relaciones ayudan, como su nombre lo indica, a relacionar causas o cronológicamente varios conceptos o acciones discretas. Encontrar estas relaciones es especialmente útil para identificar las causas raíz u objetivos para el mejoramiento y establecer secuencias de las acciones que son clave para implementar soluciones. Más específicamente se utilizan para:

Ordenar las relaciones entre numerosas ideas complejas.

Identificar problemas, fuerzas o causas que, de ser remediados, producirían efectos importantes.

Separar los síntomas de las causas, identificando las causas raíz que conducen a los síntomas.

Elaborar un diagrama de árbol que coloque en secuencias las labores o elementos en su plan de implantación, comenzando por las labores que sean prerequisites (o conducentes).

Trabajar en combinación con el análisis del campo de fuerza. En el análisis del campo de fuerza usted identifica fuerzas conducentes y represoras que afectan su habilidad para lograr su objetivo. Se emplea un diagrama de relación para ordenar estas fuerzas conductoras, comparándolas e identificando las pocas seleccionadas que ejercen la mayor influencia sobre los demás. El objetivo es identificar la fuerza causal o más influyente, a fin de que usted pueda concentrar sus recursos en unas pocas fuerzas que, de ser alteradas, tendrían los efectos de mayor alcance.

7.4 DIAGRAMAS DE ÁRBOL

Es una forma sumamente versátil de mostrar gráficamente el desglose de grandes cuestiones, metas o problemas en sus cada vez más detallados elementos. Estos diagramas le ayudan a usted a moverse de lo general a lo específico en forma organizada y le muestran conexiones lógicas que lo han conducido allí.

➤ **Cómo elaborar un diagrama de árbol**

Los siguientes son los pasos básicos involucrados en el desarrollo de un diagrama de árbol:

1. Aclare su propósito:

Si usted quiere buscar las causas raíz, pregunte por qué.

Si usted quiere generar alternativas, pregunte cómo.

Si usted quiere aclarar una idea o descomponerla en elementos, pregunte qué queremos decir con esto, cuáles son sus componentes.

2. Genere alternativas de causas, tácticas o tareas relacionadas con su formulación, meta o idea central. Algunos equipos realizan tormentas de ideas para generar estas alternativas y las registran en un papelógrafo previamente a su organización, selección y colocación un diagrama de árbol. Otros registran cada ítem en tarjetas o notas autoadhesivas Post-it, de forma que puedan ser fácilmente manipulados y ordenado apropiadamente en el árbol.

3. Evalúe sus ideas y redúzcalas a un número manejable. Una forma fácil de evaluar sus ideas es hacer que cada miembro del equipo codifique cada elemento como “factible”, “no sabemos”, “hasta cuando tengamos más información”, o “imposible”. Después de registrar los resultados, usted debe llegar a un consenso sobre los elementos que quiera colocar en el segundo nivel del árbol.

Construya su árbol:

Nivel uno. Escriba su meta, concepto o idea general en el lado izquierdo de un tablero o papelógrafo, o trabaje en una mesa utilizando papeles de notas.

Si trabaja con un papelógrafo o tablero, utilice notas autoadhesivas Post-it para registrar los elementos. Estas pueden ser manipuladas fácilmente, sin tener que dibujar de nuevo toda la gráfica. Recuerde a las personas que las preguntas de por qué, cómo y qué necesitan ser realizadas para pasar a la siguiente etapa.

Nivel dos. Trabajando un paso a la vez, escriba las respuestas a sus preguntas de por qué, cómo o qué, en líneas paralelas o ramas que se conecten al tronco.

Nivel tres. Concentrándose en un solo elemento del nivel dos a la vez, desglóselo en subniveles. Si es necesario, siga el mismo procedimiento para niveles adicionales, revisando la lógica de su diagrama de árbol moviéndose de derecha a izquierda. En el nivel más detallado pregunte: “¿Esto nos conduce hacia el inicio del árbol?” Llene vacíos y elimine ítems ilógicos o que no tengan relación.

➤ Empleo de diagramas de árbol

Los diagramas de árbol son herramientas altamente versátiles para organizar elementos o acciones relacionadas o cronológicas. Los siguientes son algunos usos típicos de diagramas de árbol en el mejoramiento de la calidad:

Para identificar causas raíz. Ya que los diagramas de árbol se utilizan con frecuencia como alternativas de los diagramas de causa y efecto, algunas personas los llaman diagramas “por qué - por qué” o “cinco por qué”. Los cinco por qué se refieren a los cinco niveles de respuestas recomendadas a la pregunta de por qué.

Para generar alternativas. Los diagramas de árbol se utilizan con frecuencia para generar alternativas soluciones contramedidas. Esta variación se llama a veces el diagrama cómo-cómo. La figura 6 es un ejemplo de un diagrama cómo-cómo.

Para evaluar contramedidas. El diagrama de árbol contramedidas (combinado con una matriz de decisión) le permite ver las relaciones entre su problema y las posibles soluciones, y luego evaluar las soluciones posibles frente a varios criterios para tomar una decisión. Las contramedidas son tácticas dirigidas a aliviar causas raíz: los qué. Métodos prácticos son las tareas específicas necesarias para instituir las contramedidas: los cómo.

Para contar la historia de un mejoramiento. Los diagramas de árbol pueden utilizarse también para contar la historia de un mejoramiento, mostrando el desarrollo del entendimiento de un problema, el método o verificación, las contramedidas que usted ha decidido tomar y las acciones necesarias para instituir esas contramedidas.

Para aclarar ideas. Los diagramas de árbol se utilizan también para aclarar ideas o metas confusas, desglosando sus múltiples elementos para que dejen de ser turbios. Por ejemplo, considere la meta de mejorar los sistemas que afectan la satisfacción del médico. ¿Qué sistemas? ¿Qué significa esto? Un diagrama en el árbol puede ser utilizado para ayudar a un grupo a desglosar lo general en lo específico o lo abstracto en lo operacional, a fin de que el grupo tenga claridad sobre lo que está investigando.

Para generar un plan. Probablemente el empleo más común de diagramas de árbol es trazar un plan de implementación.

Establecer lo que actualmente se está haciendo con relación a una meta. Este uso del diagrama de árbol permite identificar vacíos.

Para crear un plan de contingencia, de posibles obstáculos. Un diagrama de árbol del tipo a veces llamado diagrama de programa-proceso-decisión le ayuda a organizar sus respuestas a obstáculos que usted piensa puedan ocurrir a medida que implemente un plan. Para cada paso de su plan pregunte: “¿Qué puede fallar aquí?” El nivel dos de su diagrama de árbol muestra las posibilidades. Luego, en el nivel tres, especifique las acciones que usted puede tomar para evitar o corregir cada obstáculo o minimizar su efecto.

Los siguientes consejos pueden ser útiles para seleccionar sus herramientas:

Muchas personas prefieren los diagramas de árbol a los diagramas de causa y efecto, porque su naturaleza lineal los hace más fáciles de trazar y leer.

Usted puede utilizar diagrama de afinidades y de relación para generar sus metas o tácticas principales y luego desglosar los detalles con un diagrama de árbol.

7.5 DIAGRAMA DE ISHIKAWA

Es un diagrama que muestra la relación sistemática entre un resultado fijo y sus causas. Fue desarrollado por el Profesor Kaoru Ishikawa para representar la relación entre “el efecto” y todas las posibilidades de “causa” que puedan contribuir para este efecto.

➤ **Uso**

Se utiliza cuando se necesite encontrar las causas raíz de un problema. Simplifica enormemente el análisis y mejora la solución de cada problema, ayuda a visualizarlos mejor y a hacerlos más entendibles, toda vez que agrupa el problema o situación por analizar y las causas y subcausas que contribuyen a este problema o situación.

➤ **¿Para qué sirve?**

La práctica de construir el diagrama de causa y efecto es un proceso educacional. Este se vuelve una guía para discusión.

Las causas son buscadas activamente (y de manera sinérgica) y debidamente registradas y jerarquizadas.

El diagrama muestra el grado de conocimiento (desarrollo tecnológico) del grupo.

Al terminar el montaje del diagrama el grupo conocerá todos los aspectos del problema, sabrá lo que se hará y habrá consenso. Los proyectos resultantes pasarán a pertenecer a todos.

➤ **Otros Nombres**

Diagrama de espina de pescado
Diagrama causa-efecto

➤ **Procedimiento**

Este formato se utiliza para analizar y representar gráficamente la relación que tienen entre sí diversas causas y el efecto que estas producen.

Para elaborar el diagrama se debe seguir los siguientes pasos:

Defina el problema o resultado no deseado encontrado.

Escriba el enunciado del efecto en el recuadro ubicado en la parte central derecha al final de la flecha central.

Identifique las causas mayores: Conocidas como categorías.

Regístrelas en el diagrama en las flechas diagonales que llegan a la flecha central en forma de ramas espina. Se podrían considerar las siguientes cuatro categorías básicas, las cuales pueden variar dependiendo del problema que se esté analizando:

Talento Humano (entrenamiento, capacitación, inducción, etc.) Procedimiento o Método de trabajo (existencia de procedimientos, seguimiento, etc.)

Recursos (Infraestructura, dotación, equipos, insumos, medio ambiente).

Información (expectativa del cliente, datos adicionales).

Identifique las causas y subcausas que contribuyen al problema: Las subcausas constituyen las causas de las categorías mayores, regístrelas en las flechas que llegan a las diagonales, las cuales se escribirán de acuerdo con la categoría a que correspondan.

Señale las causas más probables: Señale con base en la experiencia de las personas que están realizando el análisis, hechos y datos las causas más probables, de manera que se determine si la causa señalada tiene realmente un impacto significativo sobre el problema o efecto que se está estudiando.

Priorice las mismas de acuerdo con la importancia para eliminar el problema.

Es importante señalar que en el diagrama causa-efecto solo se registran las causas y no las soluciones del problema/área de análisis.

Para cada causa identificada se pueden realizar las preguntas que se consideren que aporten valor tales como: ¿qué?, ¿quién?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿por qué?, ¿cómo?

El equipo de análisis estará conformado por el personal que participa en el procedimiento que está siendo producto de análisis, el responsable del procedimiento y el jefe inmediato de este.

7.6 RECOLECCIÓN DE DATOS

➤ ¿Qué es?

Es una recolección de datos para reunir y clasificar las informaciones según determinadas categorías de un evento o problema que se desee estudiar. Es importante recalcar que este instrumento se utiliza tanto para la identificación y análisis de problemas como de causas. La planilla diseñada para la recolección de datos le permite contar la frecuencia de un evento o una acción dentro de períodos específicos. Permite registrar estos hechos en forma lógica, simple y concisa, según vayan ocurriendo, para luego totalizarlos, extraer patrones o sacar conclusiones.

➤ Uso

Hace fácil la recopilación de datos y su realización de forma que puedan ser usadas fácilmente y ser analizadas automáticamente.

➤ ¿Para qué sirve?

Proporciona un medio para registrar de manera eficiente los datos que servirán de base para subsecuentes análisis.

Proporciona registros históricos, que ayudan a percibir los cambios en el tiempo.

Facilita el inicio de pensamiento estadístico.

Ayuda a traducir las opiniones en hechos y datos.

Se puede usar para confirmar las normas y los estándares establecidos.

Una vez establecido el fenómeno que se requiere estudiar e identificadas las categorías que lo caracterizan, se registran los datos en una hoja indicando sus principales características observables.

Una vez que se ha fijado las razones para recopilar los datos, es importante que se analice las siguientes cuestiones:

- La información es cuantitativa o cualitativa.
- Cómo se recogerán los datos y en qué tipo de documentos se hará.
- Cómo se utilizará la información recopilada.
- Cómo se analizará.
- Quién se encargará de recoger los datos.
- Con qué frecuencia se va a analizar.
- Dónde se va a efectuar.

Otros Nombres

- Hoja de recogida de datos.
- Hoja de registro.
- Verificación.
- Chequeo o Cotejo.

Procedimiento

1. Identificar el elemento de seguimiento.
2. Definir el alcance de los datos por recoger.
3. Fijar la periodicidad de los datos por recolectar.
4. Diseñar el formato de la hoja de recogida de datos, de acuerdo con la cantidad de información para escoger, dejando espacio para totalizar los datos que permita conocer las fechas de inicio y término, las probables interrupciones, las personas que recoge la información, la fuente, etc.

7.7 GRÁFICO DE PARETO

Este es un gráfico de barras que permite observar de forma ordenada el grado de importancia que tienen los diferentes factores en un determinado problema y la frecuencia con que sucede cada uno de ellos.

El objetivo del gráfico de Pareto es el identificar los “pocos vitales” o ese 20% de tal manera que la acción correctiva que se tome se aplique donde nos produzca un mayor beneficio. Al catalogar los estratos por orden de importancia, facilita una correcta toma de decisiones.

Canaliza los esfuerzos hacia los “pocos vitales”.

Ayuda a priorizar y a señalar la importancia de cada una de las áreas de oportunidad.

Es el primer paso para la realización de mejoras.

➤ Para qué sirve?

Sirve para identificar el porcentaje de las causas que ocasionan la mayor parte de los problemas (los pocos vitales) de manera que las acciones que se tomen se enfoquen hacia donde se produzcan los mayores beneficios. Se aplica en todas

las situaciones en donde se pretende realizar una mejora, en cualquiera de los componentes de la Calidad:

Calidad Intrínseca, Moral, Atención, Costo, Seguridad.

Permite la comparación antes/después, ayudando a cuantificar el impacto de las acciones tomadas para lograr las mejoras.

Promueve el trabajo en equipo ya que se requiere la participación de todos los individuos relacionados con el área para analizar los problemas, obtener información y llevar a cabo acciones para su solución.

➤ **Procedimiento**

Básicamente se han definido nueve pasos en su elaboración, que son:

Definir el problema que se va a investigar, qué datos se necesitarán, la manera como se recolectarán y la metodología que será utilizada.

2. Diseñar una tabla para el conteo de datos.

3. Diligenciar la tabla de conteo y calcular totales.

4. Elaborar una tabla de datos para el diagrama que incluya la lista de ítem, los totales individuales, los totales acumulados, la composición porcentual y los porcentajes acumulados.

5. Organizar los ítem por orden descendente de cantidad y llenar la tabla de datos, el ítem otros siempre ocupará el último renglón independientemente de su magnitud, debido a que está compuesto de un grupo de ítem, cada uno más pequeño que el anterior.

6. Dibujar dos ejes verticales y uno horizontal, el izquierdo corresponde a la magnitud de eventos ocasionados por cada ítem, se divide de 0 hasta el total general. El derecho mide el porcentaje y va de 0 hasta 100%. El horizontal representa cada uno de los ítems y será dividido de acuerdo con la cantidad de estos.

7. Construir el diagrama de barras.

8. Dibujar la curva acumulada (curva de Pareto).

9. Escribir en el diagrama cualquier información que sea relevante, como título, unidades, periodo, lugar de la investigación, número total de datos, etc.

7.8 ESTRATIFICACIÓN

➤ ¿Qué es?

Es la agrupación o clasificación de los datos en subgrupos basándose en características o categorías.

➤ ¿Para qué sirve?

Sirve para identificar diferentes características que contribuyeron con la mayor parte de la variabilidad.

Permite obtener una comprensión detallada de la estructura de una población de datos.

Permite examinar la diferencia en los valores promedios y la variación entre los diferentes estratos y tomar medidas contra la diferencia, si existe alguna.

➤ ¿Cómo se hace?

Defina el efecto o característica que quiere observar.

Liste los aspectos que cree tienen relación con el fenómeno.

Recolecte la información de acuerdo con la elección que hizo.

7.9 MATRIZ PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO (5W-1H)

Este tipo de herramienta se utilizará una vez hayan sido detectadas las causas que generen un resultado no deseado de un indicador, para lo cual es necesario definir e implementar un plan de acción tanto de acciones correctivas como preventivas. Se utilizará para tal fin el formato **5W/1H** que define:

¿**QUÉ** SE HARÁ? (Objetivos y/o acciones de mejora)

¿**QUIÉN** LO HARÁ? (Responsable de ejecutar las acciones)

¿**CUÁNDO** SE HARÁ? (Tiempo en que se ejecutará la tarea)

¿**DÓNDE** SE HARÁ? (En qué procesos, áreas o ubicación)

¿**CÓMO** SE HARÁ? (Los medios y/o recursos necesarios para ejecutar la tarea)

¿**POR QUÉ** SE HARÁ? (El propósito que se persigue en la mejora)

➤ **Actividades por secuencia e importancia**

Se especifica por secuencia cronológica cuáles son las actividades (o tareas) que deben desarrollarse para mejorar la situación, haciendo especial énfasis en acciones específicas (ejemplo: Motivar al personal para cumplir el horario incluye las siguientes acciones: diseñar un sistema de incentivos, fijar espacios para solución de problemas, realizar capacitaciones, etc.).

Si las tareas no requieren ser ordenadas por secuencia cronológica, se procederá a ordenarlas según importancia de ejecución. Es importante enumerar cada una de las tareas y subtareas.

➤ **Verificación del cumplimiento de la actividad (metas)**

Para cada una de las tareas, se especifica qué se desea lograr y en qué tiempo se alcanzará dicho logro, especificando la ejecución de las acciones.

➤ **Recursos necesarios**

Se detallan cuáles son los recursos que se necesitan para la ejecución de las tareas, especificando los recursos existentes y lo que es necesario conseguir (ejemplo: papelería, afiches, etc.). En caso de ser necesario, hay que elaborar un presupuesto para cada tarea.

➤ **Tiempo requerido**

Se especifica qué tiempo es necesario para realizar cada una de las tareas. (Ejemplo: para elaborar los bocetos de los afiches se requieren 8 días). Además, es muy importante realizar en una matriz aparte el cronograma de actividades que permitirá visualizar en forma sinóptica el tiempo de ejecución de cada una de las tareas. A manera de ejemplo:

➤ **Responsables**

Se define qué persona o personas serán las responsables de la realización de cada una de las tareas. De ser posible, escribir sus nombres y/o de la oficina o sección que se encargará de la ejecución de la tarea.

En la siguiente página se encuentra un ejemplo simplificado sobre un plan de actividades para superar un problema identificado previamente.

➤ **Trabajo de grupo**

Los grupos de trabajo se reúnen para formular el programa por desarrollar para los próximos 6 meses. Posterior a su elaboración, presentan los resultados en plenaria utilizando la técnica de la visualización.

7.10 INFORME DE TRES GENERACIONES

➤ **¿Qué es?**

Es un método que nos permite hacer seguimiento a la gestión de los objetivos planteados en el plan de mejoramiento, siguiendo el ciclo P.H.V.A., en tres

momentos específicos y respondiendo a las preguntas: ¿Qué se planeó? ¿Qué se ejecutó? ¿Cuáles fueron los resultados alcanzados?, mostrando la brecha entre lo programado y lo no ejecutado, identificando los problemas y volviendo a girar el ciclo con propuestas de mejoramiento para alcanzar los objetivos.

Anexe una gráfica de seguimiento en el año de cada uno de los Indicadores definidos para cada objetivo y que corresponden a su área.

8. GUÍA PRÁCTICA PARA REALIZAR EL PAMEC

En esta guía usted encontrara una forma facil de trabajar su PAMEC institucional

Considerando que es frecuente que los equipos de las IPS no cuentan con la formación adecuada sobre los componentes y características de un plan de mejoramiento continuo, ni conocen con frecuencia la normatividad del PAMEC, se consideró de importancia para el grupo auditor como para los lideres de procesos el cual puede ser replicable dentro de su institución y un modelo ajustado a la normatividad vigente será un importante aporte para la gestión de la calidad en dichas entidades.

Todas las IPS requieren de los elementos necesarios que permitan que sus actores principales, no solamente estén capacitados, sino que realmente se motiven y alcancen un alto sentido de pertenencia institucional, comprometiéndose a ser gestores del Programa de Mejoramiento de la Calidad de las instituciones de salud.

RECOMENDACIONES GENERALES

COMO INICIAR EL PAMEC

Para iniciar se recomienda la lectura de las siguientes normas y documentos técnicos:

Decreto 1011 de 2006, Titulo IV

Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007

Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007

Los anteriores documentos constituyen el principal marco normativo y técnico, a tener en cuenta por parte de la o las personas encargadas de la IPS para la formulación del PAMEC.

TENGA EN CUENTA

- La Autoevaluación incluida en los Pasos de la Ruta Crítica del PAMEC, corresponde a un proceso diferente al de Autoevaluación para Habilitación.
- El PAMEC comprende varias etapas: Planee, Ejecute, Recomiende Soluciones y Haga Seguimiento (Pautas MPS Versión 2007). El documento del PAMEC que debe adjuntar al Inscribir su Institución en el Registro Único de Prestadores de Servicios de Salud, corresponde a la etapa de **Planear**.
- Durante la visita de verificación de cumplimiento de los estándares de Habilitación, los verificadores evaluarán la implementación del PAMEC, esto es, las fases de: **Ejecución, Recomendación, Soluciones y Seguimiento**.
- Si su IPS pertenece a una Red de Prestadores bajo una misma personería jurídica, pueden presentar al momento de inscripción de las diferentes sedes, un mismo PAMEC por cuanto los objetivos, metas y metodología son comunes. Sin embargo, los resultados de la implementación serán evaluados de manera independiente en cada sede.

GUÍA
PRÁCTICA
PARA LA
REALIZACION
DE PAMEC
EN LAS IPS

En las instituciones prestadoras de salud IPS deben implementar y desarrollar acciones que conduzca a un mejoramiento continuo de la calidad –PAMEC-, es la forma mediante la cual las IPS ponen en practica la estrategia básica de mejoramiento continuo.

Aquí tienen una herramienta en forma didáctica con el propósito es que a través de la comprensión de sus fundamentos se desmitifique la aridez, densidad y complejidad que se atribuye, y que sea considerado como una herramienta generadora de resultados valiosos para el crecimiento organizacional y de mejoramiento continuo de la calidad

INFORMACION INSTITUCIONAL

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

INFORMACION INSTITUCIONAL	
NOMBRE DE LA INSTITUCION	
FECHA	Fecha de elaboracion del documento
RESPONSABLE	Cargo y/o Nombre de la persona responsable

I. INTRODUCCION

Describa acá las característica de su institución , tales como el acto y el tiempo de constitución , servicios prestados, su complejidad, área geográfica de influencia, la población de referencia ,el perfil epidemiológico etc., que permita al lector conocer en sus fundamentos. Destaque la importancia del pamec como proceso de mejoramiento de la calidad de la institución . Señale la naturaleza y el propicito de este documento de manera que la persona que lo lea se oriente adecuadamente. Puede incluir la Misión y Visión de la entidad sus valores y principios, pero trate de ser conciso en estos contenidos.

II. MARCO OPERATIVO

Describa aquí cuales son las normas que se aplican al PAMEC. ya tiene experiencia y ha desarrollado políticas institucionales de calidad que van a estar relacionadas con la implementación del Pamec describalas. es posible, señale aquellos documentos o procesos que va a utilizar en el Pamec.

III. OBJETIVOS

Describa los objetivos del Pamec (general y/o especificos). Los generales son inherentes a la misma filosofia del programa.mientras con los especificos corresponden a los logros esperados en terminos de calidad y mejoramiento continuo que podrian no ser tan especificos en la medida que la institucion en el momento del diseño podria no conocer cuales son los procesos que van a mejorar

IV. METODOLOGIA

Describa aquí la metodología que utilizara en el diseño e implementación del Pamec, para estandarizar sus conocimientos promover la participación en equipo y lograr adherencia al programa. Indique así mismo que el diseño de Pamec va a utilizar la matriz o modelo 5W1H como herramienta administrativa metodología para responder a los detalles y necesidades de los pasos de la Ruta crítica del Pamec y finalmente que va a incluir, de acuerdo con los desarrollos en la implementación del Pamec, los documentos resultantes de los comités, de la medición de los indicadores, actas Pamec y los demás componentes que resulten de la naturaleza dinámica del programa.

V. MATRIZ 5 W1H

Para desarrollar los pasos de la Ruta crítica del Pamec de la IPS ha encontrado que la herramienta administrativa denominada 5W1H o metodología de Kipling, es completamente adecuada por que ofrece la posibilidad de responder a los requerimientos de cada uno de los pasos y proporciona una estructura programática claramente definida, mediante la cual se establece y se muestra el desarrollo de la programación en sus componentes fundamentales.

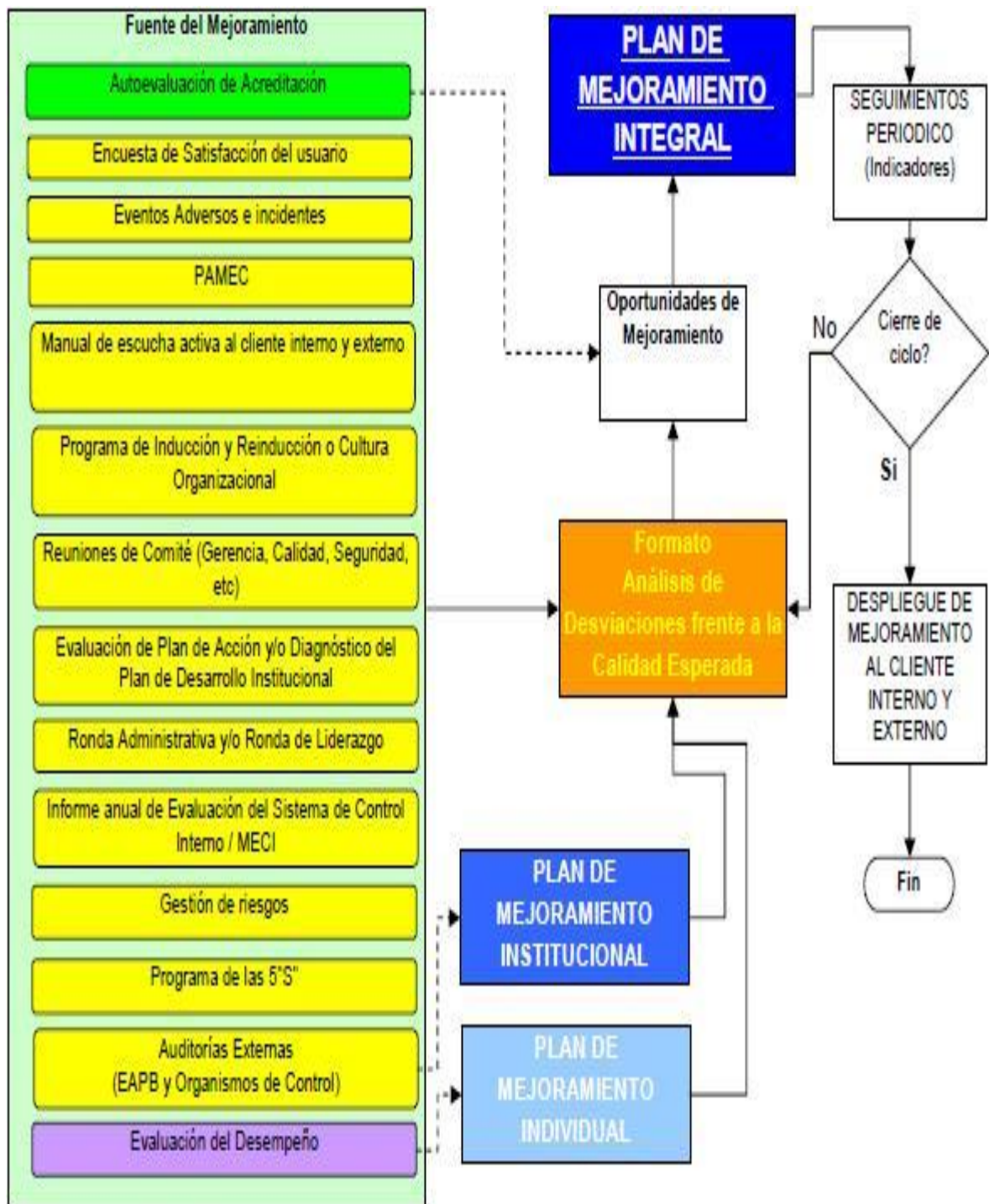
VI. FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO

Para los Factores Críticos de Éxito, se determinaron a partir del consenso por grupos de trabajo acorde a nuestra Misión- Política de Calidad y Objetivos trazados

VII. SELECCIÓN DE PROCESOS A TRABAJAR

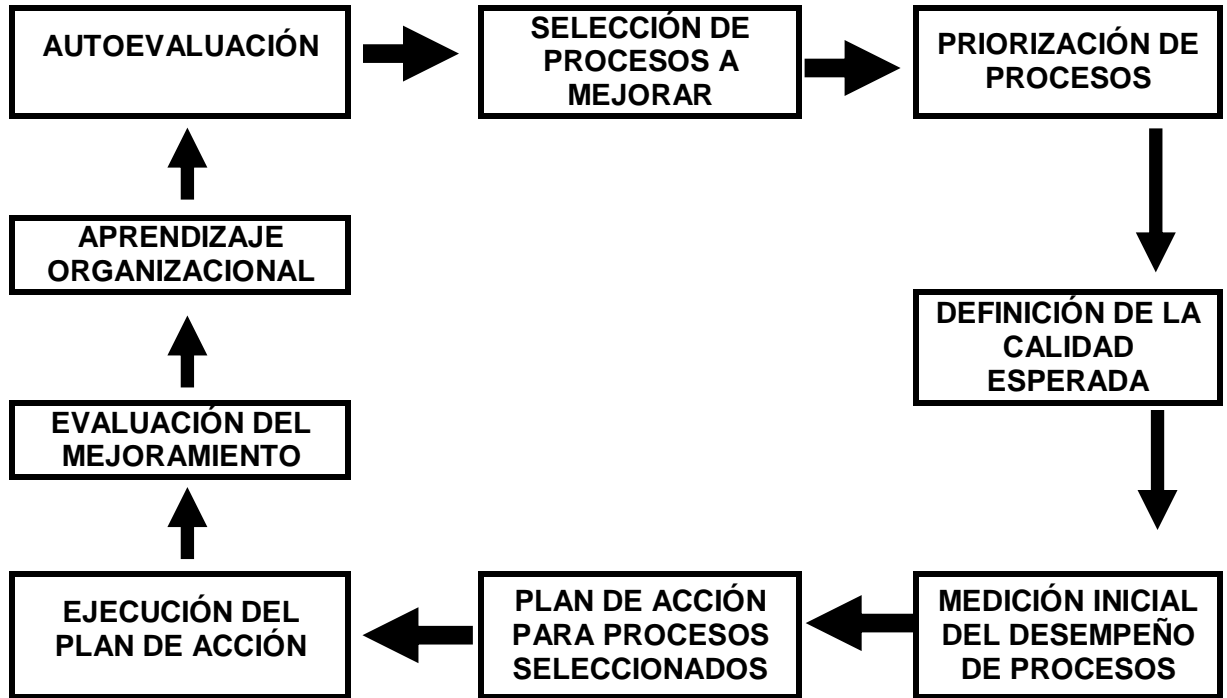
Con base en las Necesidades de los usuarios - Normas de Habilitación – Estándares de Satisfacción del Usuario y Acreditación:

Gráfica 3. Plan de mejoramiento integral.



Fuente: [http:// www.imagenes de plan de mejoramiento.com](http://www.imagenes de plan de mejoramiento.com)
 Gráfica 4. Ruta crítica PAMEC

ANEXO A. RUTA CRÍTICA PAMEC



FUENTE: MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2007.

5W1H

QUE	COMO	QUIEN	CUANDO		POR QUE	DONDE
			INICIO	FIN		
ETAPA DEL CONOCIMIENTO Y SOCIALIZACION INSTITUCIONAL	Realizando capacitacion a los lideres de proceso en los aspectos basicos del PAMEC.	AUDITOR DE CALIDAD	DD/MM/AA	DD/MM/AA	Porque es necesario que el personal de la Institucion este capacitado para realizar el proceso de autocontrol de sus propias tareas y de los procesos en que participa.	IPS
1. AUTOEVALUACION	Con base en el Sistema Unico de Acreditacion , el Sistema de Informacion para la Calidad y el Estandar de seguimiento a riesgo que comprende los dos procesos minimos obligatorios de Atencion de Salud y Atencion al usuario.	LOS DUEÑOS DE LOS PROCESOS	DD/MM/AA	DD/MM/AA	Para identificar los principales problemas o procesos que tienen fallas de Calidad en la Institucion.	IPS
2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR.	Mediante decision gerencial.	GERENCIA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	Para establecer los procesos a mejorar mas relevantes de la IPS.	IPS
3. PRIORIZACION DE PROCESOS	Mediante decision gerencial y del listado de procesos seleccionados se priorizan los procesos a mejorar.	GERENCIA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	Para trabajar en orden los procesos priorizados de acuerdo a las posibilidades de la IPS.	IPS
4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA	Las metas se estableceran teniendo en cuenta el comportamiento historico de los indicadores en cada proceso priorizado.	CALIDAD	DD/MM/AA	DD/MM/AA	Para establecer la meta a la cual desea llegar la IPS que permita disminuir la brecha entre calidad observada y calidad esperada.	IPS
5. MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Mediante la medicion de Indicadores definidos para los procesos priorizados se utilizaran los Indicadores del Sistema de Informacion para la Calidad en los aspectos de Atencion de Salud , atencion al Usuario y Seguimiento a riesgos.	LOS DUEÑOS DE LOS PROCESOS	DD/MM/AA	DD/MM/AA	Para obtener informacion que sirva de referencia para conocer el estado de la gestion actual y estructurar acciones de mejoramiento.	IPS
6. PLAN DE ACCION Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO PARA PROCESOS SELECCIONADOS.	Mediante la elaboracion de un plan de Mejoramiento que incluya: informacion sobre el proceso a mejorar, causas de las fallas, condiciones necesarias, medidas e intervenciones, indicadores requeridos para su medicion.	LOS DUEÑOS DE LOS PROCESOS	DD/MM/AA	DD/MM/AA	Para determinar la forma como se llevaran a cabo las actividades y tareas dirigidas a intervenir en el mejoramiento de los procesos priorizados.	IPS
7. EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	Poniendo en practica el ciclo PHVA.	LOS DUEÑOS DE LOS PROCESOS	DD/MM/AA	DD/MM/AA	Para garantizar el cumplimiento de las actividades y tareas establecidas para el mejoramiento de los procesos.	IPS
8. EVALUACION DEL MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO CON COMITES.	Realizando evaluacion del cumplimiento de las acciones de mejoramiento definidas en el plan mediante el uso de herramientas como Indicadores de Gestion, observacion de resultados obtenidos, tabulacion y revision de resultados obtenidos en las encuestas.	AUDITOR DE CALIDAD	DD/MM/AA	DD/MM/AA	Para verificar la eficiencia de las acciones de mejoramiento y establecer las medidas que conduzcan a su implementacion.	IPS

ANEXO B. CRONOGRAMA

MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO PARA LA CALIDAD EN ATENCION																								
TIPO DE AUDITORIA																								
PERIODO AUDITADO																								
CARACTERISTICAS DE CALIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ACCION (QUE)	TIPO DE ACCION	NIVEL			REGISTRO	AÑO												INDICADOR	OPERACIONALIZACION	META	RESULTADO	SEGUIMIENTO
				ENCARGADO DIRECTO	AREA INVOLUCRADO	NIVEL OPERATIVO		CRONOGRAMA DE SEGUIMIENTO																
								E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D					

Fuente:

VIII DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE MEDICION, EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Esta sería la calidad observada, que hay que medirla, sin ella no podemos hacer el PAMEC Con el fin de garantizar el impacto de las acciones de mejoramiento, así como favorecer la toma oportuna de decisiones basadas en hechos, cada responsable de el proceso con el seguimiento de auditoría médica medirá de acuerdo a la periodicidad definida cada uno de los indicadores para cada proceso priorizado. Con base en esta información y la meta propuesta para cada indicador se ejecutará un plan de mejora, el cual se hará de acuerdo a la metodología 5W1H

Adicionalmente con base en la identificación de no conformidades también se identificarán aspectos susceptibles de mejoramiento que estén afectando el resultado de los diferentes procesos para gestionar el plan de acción correspondiente.

Los planes de mejoramiento propuestos por cada coordinador del servicio serán remitidos a auditoría médica, quien será la encargada de monitorizar su ejecución y de retroalimentar al servicio correspondiente de su impacto.

IX. RETROALIMENTACION Y APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL.

Auditoría médica será la encargada de retroalimentar a cada uno de los servicios de la IPS respecto a los resultados de su desempeño y su gestión.

Periódicamente cada jefe del servicio presentará un informe consolidado del resultado de su gestión y del impacto de sus planes de mejoramiento a la gerencia de la IPS. Este informe se socializará a todos los jefes de Departamento con el fin de favorecer la discusión de las estrategias de mejoramiento implementadas y el aprendizaje organizacional.

X. ANEXOS

Forman parte integral del PAMEC los siguientes documentos:

- Anexo A: Ruta crítica del programa de auditoría
- Anexo B: Cronograma PAMEC

9. CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la normatividad vigente se generó un modelo replicable de fácil entendimiento y diligenciamiento sobre el mejoramiento continuo, esto debido a que en muchas IPS cuentan con los conocimientos y con la disposición para aplicar un PAMEC pero no cuentan con el personal capacitado y con los recursos para la contratación de los mismos.

Este modelo permite identificar los procesos administrativos y asistenciales claves, estableciendo la ruta crítica, la aplicación de la autoevaluación definiendo los procesos prioritarios estableciendo el tipo de medición para el diseño de un plan de mejoramiento continuo en una forma clara, practica, y dinámica que cualquier miembro de la institución lo puede interpretar.

10. BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA GENERAL

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 de 1993. Bogotá: Diario Oficial 41.148, Diciembre 23 de 1993.

_____. Ley 715 de 2001. Bogotá: Diario Oficial 44654, Diciembre 21 de 2001.

LEEBOV W., ERSOZ C. J. Manual de Administradores de Salud para el Mejoramiento Continuo. American Hospital Publishing, traducción del Centro de Gestión Hospitalaria; 1991

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Título IV Modelo de auditoria. Bogotá: Diario Oficial 46230, Abril 03 de 2006.

_____. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2007.

_____. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 2007.

_____. Resolución 1043 de 2006 la cual establece el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, PAMEC. Bogotá: Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006.

_____. Resolución 1043 de 2006. Anexo Técnico No. 1. Por la cual se establece el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, PAMEC. Bogotá, 2006.

_____. Resolución 1043 de 2006. Anexo Técnico No. 2. Por la cual se establece el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, PAMEC. Bogotá, 2006.

_____. Resolución 1445 de mayo 8 de 2006. Por la cual se definen funciones de la entidad acreditadora. Bogotá: Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006.

_____. Resolución 1446 de mayo 8 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261 de agosto 5 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA PARA APOYAR EL TRABAJO DE LOS COMITÉS

Bibliografía en Métodos de Trabajo para Cualquier Comité

LEEBOV W., ERSOZ C. J. Manual de Administradores de Salud para el Mejoramiento Continuo. American Hospital Publishing, traducción del Centro de Gestión Hospitalaria; 1991.

SCHOLTES P. et ál. El Manual del Equipo. Joiner Associates Incorporated; 1991.

CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION. A guide to the development and use of performance indicators, CCHSA, 1996.

CARROL, Jane Gayton. Monitoring with Indicators-Evaluating the Quality of Patient Care, Aspen Publication, 1992.

THE JOINT COMMISSION. Accreditation Manual for Hospitals-Volume II, Scoring Guidelines, 1994.

Bibliografía para un comité de Historias Clínicas

SKURKA, Margareth Flettre. Organización del Departamento de Registro Médico en los Hospitales. 2ª edición. AHA. 1993.

SEGARRA, María Mercedes; Castillo de Solano, Alcira. Registros Médicos y de Salud, Módulos de Aprendizaje, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Módulo 1, Registros de Salud e Historia Clínica. 1991.

_____. Registros Médicos y de Salud, Módulos de Aprendizaje, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Módulo 2, Identificación de Historias Clínicas. 1991.

_____. Registros Médicos y de Salud, Módulos de Aprendizaje, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Módulo 3, Evaluación Técnica de las Historias Clínicas. 1991.

_____. Registros Médicos y de Salud, Módulos de Aprendizaje, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Módulo 4, El archivo de Historias Clínicas. 1991.

_____. Registros Médicos y de Salud, Módulos de Aprendizaje, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Módulo 5, Organización del Registro de Cáncer de Hospital. 1991.

Bibliografía para Comité de Infecciones

LÓPEZ FERNÁNDEZ, Fernando José. Guía de Higiene y Prevención de la Infección Hospitalaria, Díaz de Santos, 1998.

RAMÍREZ, Martha Cecilia et Al. Infecciones Intrahospitalarias. Seguro Social – Acofaen. 1998.

MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo y HERNÁNDEZ ESQUIVEL, Libardo. Infecciones Hospitalarias, 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. 1999.

PONCE DE LEÓN R., Samuel. Prevención y control de infecciones hospitalarias. Manual XIII. Volumen IV, Serie HSP-UNI/Manuales Operativos Paltex. Organización Panamericana de la Salud – Fundación W. K. Kellogg. 1996.

Bibliografía para Comités de Ética Hospitalaria

WILSON ROSS, Judith. Manual para Comités de Ética de Hospitales, American Hospital Publishing, Inc., 1986.

Bibliografía para Comités de Farmacia

MORENO ROJAS, Carlos y DE QUADROS, Ciro. Administración de sistemas de suministro de medicamentos y vacunas. Manual V. Volumen II, Serie HSP-UNI/Manuales Operativos Paltex. Organización Panamericana de la Salud – Fundación W. K. Kellogg. 1996.

Bibliografía para Comités de Credenciales

OZOVSKY, Fay A.; ROZOVSKY, Lorne and HARPSTER, Linda. Medical Staff Credentialing. AHA. 1994.

LICENCIA DE USO-AUTORIZACION DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado(s) de la siguiente forma:

Nombre Completo: Diana Marcela Carreño Beltrán

Tipo de documento de identidad: C.C.: X Número: 52.902.645 de Bogotá

Nombre Completo: Ruz Dary Castro Quilaguy

Tipo de documento de identidad: C.C.: X Numero : 52.499.930 de Bogotá

Nombre Completo: Sandra Patricia Ochoa Sánchez

Tipo de documento de identidad: C.C.: X Numero: 52.846.411 de Bogotá

El (los) suscrito(s) en calidad de autor(es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación denominado: **PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PARA UNA IPS.**

Dejo (dejamos) que la obra contiene información confidencial, secreta o similar SI__ NO X

Por medio del presente escrito autorizamos a la universidad EAN , a los usuarios de la biblioteca de la universidad EAN y a los usuarios de las bases de datos y sitios Webs son los cuales la institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionadas:

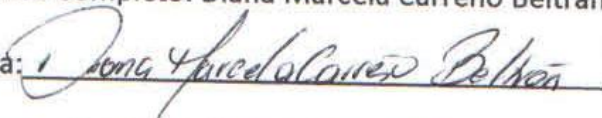
- a) Conservación de los ejemplares en la universidad EAN
- b) Comunicación de la obra en cualquier medio, incluyendo internet
- c) Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en un futuro
- d) Que los ejemplares sean consultado en medio electrónico
- e) Incluso en base de datos o redes o sitios web con los cuales la universidad tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- f) Distribución y consulta de la obra de las entidades con las cuales la universidad EAN tengan convenio

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifestamos que la obra objetivo de la presente autorizo es original, los suscritos son los autores exclusivos, fue producto de nuestro ingenio y esfuerzo personal y la realizo sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tenemos la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumimos la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D, C,

Nombre Completo: Diana Marcela Carreño Beltrán

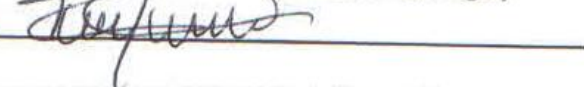
Firma: 

Documento: C.C. 52.902.645 de Bogotá

Facultad: Post grados

Programa Académico: Auditoria y garantía de calidad en salud

Nombre Completo: ~~Ruz Dary~~ Castro Quilaguy

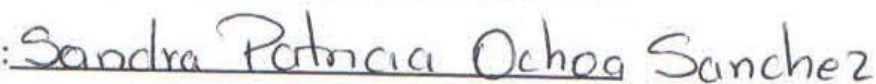
Firma: 

Documento: C.C. 52.499.930 de Bogotá

Facultad: Post grados

Programa Académico: Auditoria y garantía de calidad en salud

Nombre Completo: Sandra Patricia Ochoa Sánchez

Firma: 

Documento: C.C. 52.846.411 de Bogotá

Facultad: Post grados

Programa Académico: Auditoria y garantía de calidad en salud