

ISSN: 2981-7455

2023

GUÍA DE MEJORAMIENTO BASADO EN EL CAMBIO - MECA -

Edición: 1 Versión: 1 Diciembre 2023 Bogotá-Colombia



SECRETARÍA DE
SALUD



GUÍA DE MEJORAMIENTO BASADO EN EL CAMBIO – MECA

Equipo directivo

Alejandro Gómez López

Secretario Distrital de Salud

Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda

Subsecretaria de servicios de salud y aseguramiento

Rosa María Rossi Riveros

Directora de calidad de servicios de salud

Doris Marcela Díaz Ramírez

Subdirectora de calidad y seguridad en servicios de salud

Equipo técnico autor de la guía

Iván Javier Angarita Gálvez

Doris Marcela Díaz Ramírez

Zulma Yolanda Orjuela Martínez

Sandra Bibiana Higuera Rodríguez

Marta Sonia Villamizar Romero

Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud

Figuras esquemáticas

Iván Javier Angarita Gálvez

Diseño Gráfico

Alice Magdeya Rios H

Edición

1

Versión:

1

Diciembre 2023

Bogotá-Colombia



Como citar esta guía

Angarita-Gálvez, I.J.; Díaz-Ramírez, D. M.; Orjuela-Martínez, Z.Y.; Villamizar-Romero, M.S.; Higuera-Rodríguez, S.B; (2023). *Guía de mejoramiento basado en el cambio – MECA*. Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud - Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C.

La impresión de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA y no se garantiza que esta corresponda a la versión vigente, salvo en los procesos que usan sello. Esta información es de propiedad de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), en caso de ser reproducida se debe citar siguiendo lo indicado en el párrafo anterior.

TABLA DE CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN DE LA GUÍA	1
2	CONCEPTOS BÁSICOS.....	2
3	CONTENIDO DE LA GUÍA	7
3.1	Objetivo.....	7
3.2	Alcance	7
3.3	Marco legal.....	7
3.4	Metodología	8
3.4.1	Aspectos generales.....	8
3.4.2	Antes de empezar hay que tener un problema	10
3.4.3	Etapa 1. Convocar el equipo de mejora provisional	11
3.4.4	Etapa 2. Caracterizar el problema.....	13
3.4.5	Etapa 3. Ajustar el equipo de mejora.....	17
3.4.6	Etapa 4. Definir la meta de mejoramiento y cómo se va a medir.....	17
3.4.7	Etapa 5. Proponer y priorizar las ideas de cambio.....	19
3.4.8	Etapa 6. Realizar el acto simbólico.....	22
3.4.9	Etapa 7. Probar y estudiar las ideas de cambio.....	23
3.4.10	Etapa 8. Efectuar referenciaciones	26
3.4.11	Etapa 9. Monitorear el indicador de la meta de mejoramiento	27
3.4.12	Etapa 10. Ampliar el alcance de las ideas de cambio útiles	30
3.4.13	Etapa 11. Aprendizaje organizacional	30
4	PREGUNTAS FRECUENTES	32
5	BIBLIOGRAFIA.....	34
6	CONTROL DE CAMBIOS	37
7	ANEXOS	38
7.1	Anexo 1. Herramientas para potenciar la motivación intrínseca.....	38
7.1.1	Desarrollar actividades participativas y significativas.....	38
7.1.2	Narrativa pública.....	39
7.1.3	Jugar y celebrar	39

7.2	Anexo 2. Herramientas para favorecer el codiseño del cambio	41
7.2.1	Tomar conciencia de los prejuicios	41
7.2.2	Mapeo de actores	41
7.2.3	Desarrollar declaraciones de metas impulsadas por las personas	43
7.3	Anexo 3. Herramientas para coproducir en una relación auténtica	44
7.3.1	Practicar los cinco pasos de una reunión personal	44
7.3.2	Cultivar los 5 hábitos del corazón	44
7.3.3	Hacer preguntas abiertas y honestas.....	45
7.3.4	Practicar la indagación apreciativa.....	45
7.3.5	Practicar la escucha profunda	45
7.4	Anexo 4. Herramientas para distribuir el poder.....	46
7.4.1	Crear un propósito compartido.....	46
7.4.2	Celebrar cuando las personas ceden el poder	46
7.5	Anexo 5. Herramientas para la adaptación en acción.....	47

TABLAS

Tabla 1. Conformación y responsabilidades del equipo de mejora	12
Tabla 2. Esquema terminado de un Diagrama Causa-efecto en formato de tabla.....	16
Tabla 3. Base para la construcción del diagrama orientador, a partir del análisis de causas.....	19
Tabla 4. Planeación las ideas de cambio con el 5W-H	24
Tabla 5. Estudio de las ideas de cambio implementadas con el 5W-H.....	25

FIGURAS

Figura 1. Etapas de la metodología MECA	8
Figura 2. Matriz de priorización de problemas	11
Figura 3. Matriz 5W-H para describir un problema	14
Figura 4. Categorización de las causas acorde con su importancia	15
Figura 5. Esquema terminado de un Diagrama Causa-efecto en formato de espina de pescado.....	16
Figura 6. Preguntas básicas para definir la mejora	17
Figura 7. Preguntas útiles para construir la meta de mejoramiento	18
Figura 8. Elementos clave de la meta de mejoramiento.....	18
Figura 9. Diagrama orientador	20
Figura 10. Núcleo básico del MECA.....	22
Figura 11. Esquema global de la manera de lograr la meta de mejoramiento.....	26
Figura 12. Ejemplo de gráfico de control de Shewhart con sus componentes.....	28
Figura 13. Gráfico de control con comportamiento atípico.....	29
Figura 14. Gráfico de control con variación típica	29
Figura 15. Ejemplo de un mapa de actores.....	42
Figura 16. Esquema para la declaración de una meta impulsada por las personas	43

1 PRESENTACIÓN DE LA GUÍA

La presente guía nace en el marco del Programa Ruta de Mejoramiento de la Calidad “Hacer las cosas Bien trae cosas Buenas”, para establecer el procedimiento a través del cual las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que participan en la misma, desarrollan acciones para mejorar la calidad de sus servicios. Este programa fue concebido en la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud (SCSSS) de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) con el objetivo de *“apoyar a grupos seleccionados de IPS para mejorar la calidad de la atención en salud, y consolidar buenas prácticas orientadas a niveles superiores de calidad”* (Secretaría Distrital de Salud, 2023).

En esta guía se recogen los fundamentos de la metodología denominada “Ciencia de la Mejora” —un desarrollo del *Institute for Healthcare Improvement (IHI)*—, que el mismo IHI define como *“(…) una ciencia aplicada que enfatiza la innovación, las pruebas de ciclo rápido en el campo y la difusión para generar aprendizaje sobre qué cambios, en qué contextos, producen mejoras. Se caracteriza por la combinación de conocimientos expertos en la materia con métodos y herramientas de mejora. Es multidisciplinario, basándose en la ciencia clínica, la teoría de sistemas, la psicología, la estadística y otros campos”* (Institute for Healthcare Improvement, 2023a). La ciencia de la mejora retoma además los elementos de la “Psicología para el Cambio”, la cual ayuda a entender los factores que subyacen al cambio —en las personas y en los procesos organizacionales— y en cómo aprovecharlos para facilitar los esfuerzos de mejoramiento de la calidad, para que sean más sostenibles y se extiendan progresivamente al interior de la organización (Hilton & Anderson, 2018).

El modelo de mejora fue descrito por primera vez por Moen y Nolan (1987) y ampliado posteriormente por Langley, Nolan y Nolan (1994). Se basa en el ciclo de mejoramiento de Shewhart, también conocido como ciclo PHVA o ciclo Deming, y está fundamentado en la teoría del aprendizaje y el método científico (Associates in Process Improvement, 1998). El IHI lo ha utilizado desde hace más de 30 años y ha probado su eficacia en instituciones del sector salud en cerca de 42 países ubicados en las diferentes regiones del mundo (Institute for Healthcare Improvement, 2023b). Dentro de sus pruebas el IHI concibió que el verificar no solo debería ser la recolección de datos para un análisis, sino requería hacer un estudio más profundo donde se identifiquen las causas más profundas de los problemas.

Toda esta experiencia se ha tenido en cuenta para construir la presente guía, y la SDS ha adaptado el modelo a las condiciones del sector salud colombiano y a las necesidades de la propia entidad, de manera que se mantenga la filosofía y fundamentos del IHI, pero se incorporen aquellas características necesarias para responder a las cambiantes condiciones de la prestación de los servicios a nivel nacional y del Distrito Capital. Por esto, la metodología se denomina **“Mejoramiento basado en el Cambio” (MECA)**, pues reconoce que la mejora solo es posible si hay un proceso de transformación, primero en las personas —en sus hábitos, percepciones y costumbres—, y luego en las instituciones de salud —en sus liderazgos, procesos, y formas de lograr resultados—.

El presente documento describe los objetivos y alcance de la metodología, las etapas para su aplicación, y las directrices y recomendaciones para su implementación, incluyendo aquellas que motivan o facilitan el cambio, como un elemento clave para lograr mejoras efectivas y sostenibles.

2 CONCEPTOS BÁSICOS

5W2H	Herramienta que a través de 7 palabras (de las cuales 5 la letra inicial en inglés comienza por la letra W, y de 2 por la letra H) formuladas como preguntas, apoyan la identificación de los factores y condiciones que provocan problemas en los procesos de trabajo o la vida cotidiana. También permiten elaborar un plan (Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos: Programa Especial de Mejora de la Gestión en la Administración Pública Federal 2008-2012, 2008).
Acto Simbólico	Se puede definir como un rito o ritual formal, que involucra elementos, comportamientos, lenguaje y tiempos específicos, y pretende crear un significado compartido a quienes van a participar en las acciones a realizar; esto con el fin de marcar una ruptura con la forma en que se ha afrontado una problemática, y dar orden y sentido a las nuevas maneras que se explorarán y adoptarán (Segalen, 2005).
Agencia	Habilidad de una persona o de un grupo, de elegir actuar con un propósito (Hilton & Anderson, 2018, pág. 7)
Alta Dirección	<i>“Persona o grupo de personas, del máximo nivel jerárquico que dirigen y controlan una entidad” (DAFP, s.f.). “Es el cuerpo de gobierno más alto de la entidad, quienes tienen la responsabilidad de dirigir y/o supervisar las actividades de la organización” (Secretaría Distrital de Salud, 2022a).</i>
Anécdota	Según la RAE el término significa: 1. f. Relato breve de un hecho curioso que se hace como ilustración, ejemplo o entretenimiento, y 2. f. Suceso curioso y poco conocido que se relata en una anécdota (Real Academia Española, 2014). También se puede definir como un <i>“Relato breve de un acontecimiento extraño, curioso o divertido, generalmente ocurrido a la persona que lo cuenta.”</i> (Dictionary.com & Oxford University Press , 2022)
Aprendizaje organizacional	<i>“Capacidad de aprendizaje en las organizaciones sobre la propia experiencia colectiva y su transformación como fuente de ventaja competitiva a partir del reconocimiento de que todas las prácticas organizacionales son susceptibles de mejora y que se puede aprender tanto de los fracasos como de los éxitos. El aprendizaje organizacional incluye el análisis interno y externo, la elaboración o adopción de estándares, la comparación entre la calidad observada y la esperada, el cierre continuo de brechas en la calidad y la gestión del conocimiento que contribuya a innovar permanentemente, agregar valor a las partes interesadas, rendir cuentas de las actuaciones y realizar ciclos de mejoramiento continuo.”</i> (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018)

Asistencia técnica “(...) conjunto de actividades, orientado al desarrollo de capacidades y/o fortalecimiento de competencias y relaciones entre las personas, las organizaciones y la comunidad que responda a sus necesidades y expectativas en el marco del SGSSS y el modelo territorial de salud, con el fin de contribuir en la implementación de normatividad, políticas, planes y programas a través del empoderamiento, multiplicidad y resonancia del conocimiento que aporten a la garantía del derecho a la salud, la gestión del cuidado y el logro de los resultados en el contexto del modelo territorial de salud.” (Secretaría Distrital de Salud, 2022b)

Las modalidades de asistencia técnica contempladas en el lineamiento de la SDS son las siguientes (Secretaría Distrital de Salud, 2022b, págs. 18-19):

- **Orientación técnica:** Formulación de indicaciones precisas e instruccionales frente a las estrategias, mecanismos o herramientas que facilite operativizar la normatividad vigente y la implementación de políticas, lineamientos y procedimientos reglamentarios.
- **Asesoría técnica:** Emite recomendaciones, opiniones y advertencias de índole técnico; frente a lo establecido normativamente para gestionar los procesos de la entidad de acuerdo con las necesidades identificadas y expresadas por los diferentes actores del sistema.
- **Capacitación:** Proceso educativo a corto plazo, bajo la modalidad virtual o presencial, que implica un procedimiento planeado, sistemático y organizado que tiene como objetivo “brindar oportunidades para complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas o prácticas” (Decreto 1075 de 2015-Art. 2.6.6.8). Forman parte de esta oferta educativa aquellos procesos que tengan una duración inferior a 160 horas y puede ser impartida por cualquier persona natural o jurídica que maneje el tema, solo dará lugar a la expedición de una constancia de asistencia, en el marco de la educación informal (Ley 115 de 1994, art.43).
- **Acompañamiento técnico:** Intercambio de experiencias y conocimientos, para generar acciones conjuntas e interrelacionadas de soporte y apoyo a la gestión que permitan fortalecer el trabajo territorial y el logro de los objetivos definidos mediante el diálogo y la concertación con los actores de sistema.

Las asistencias técnicas dentro de la ruta serán programadas y podrán desarrollarse de forma presencial o virtual.

Ciclo PHEA	Es un modelo que se basa en el Ciclo Shewhart y en la teoría del aprendizaje que procura que las actividades cumplan las siguientes fases: planearlas (P), hacerlas (H), estudiarlas (E), y con base en los resultados, actuar (A). Se utiliza para desarrollar un cambio, probarlo o implementarlo, y facilita el aprendizaje para saber si el cambio resultará en una mejora bajo las diferentes condiciones que enfrentará en el futuro (Associates in Process Improvement, 1998) .
Coraje	Es el componente emocional de la agencia, en el que la persona o el grupo dejan atrás el miedo o el desgano de hacer algo frente a la situación que requiere mejorar y “se lanzan” a hacerlo con decisión. (Hilton & Anderson, 2018)
Diagrama de espina de pescado, de causa-efecto o de Ishikawa	Es un diagrama con forma de espina de pescado, que muestra la relación entre un resultado, situación o problema determinado (efecto) y sus causas. El esquema ayuda a visualizar las condiciones que explican la existencia del efecto (causas y subcausas), las cuales se registran, se agrupan en categorías y se jerarquizan para extraer las más relevantes (Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Unión Temporal Instituto de Ciencias de la Salud CES - Centro de Gestión Hospitalaria, 2007).
Diagrama orientador	Es un esquema gráfico que permite a un equipo de mejora “(...) <i>trabajar con un modelo mental compartido, en el que se conecta la meta deseada con las intervenciones, creando una estructura de aprendizaje que ayuda a focalizar la selección de las ideas de cambio</i> ” (Agencia de Calidad de la Educación, s.f).
Diario de un Sueño	Es el nombre que se le ha dado a las acciones que deberá desarrollar cada IPS beneficiaria para lograr la mejora en un área, servicio o proceso asistencial, y al registro de las anécdotas vividas por sus colaboradores y directivos en todo el recorrido para lograrlo, las cuales pueden incluir situaciones con personal externo a la IPS, pero que estén relacionadas con la ruta (Secretaría Distrital de Salud, 2023).
Gráfico de control	El gráfico de control se utiliza para estudiar conjuntos de datos y observar las tendencias o patrones a lo largo del tiempo. Las gráficas ofrecen información visual de los cambios en el proceso, con cada intervención que se realiza (Sociedad Latinoamericana para la Calidad, 2000).
Ideas de cambio	Se refiere a variaciones en la forma de hacer las cosas —en una tarea, procedimiento o técnica—, que se desean probar para saber si conducirán a la mejora. Estas ideas se deben formular a partir de la evidencia disponible y el conocimiento del equipo de mejora, utilizando el “diagrama orientador”, que se describió anteriormente.

Indicador	<i>“Un indicador es una variable mensurable definida, que se utiliza para vigilar la calidad o lo apropiado de las actividades administrativas o clínicas de importancia” (DiPrete-Brown, Miller-Franco, Rafeh, & Hatzell, 1999).</i>
Innovación	Una innovación es un producto o proceso nuevo o mejorado —o una combinación de ambos—, que difiere significativamente de los productos o procesos anteriores, y que ha sido puesto a disposición de los usuarios potenciales o puesto en uso en las unidades en las que se ejecuta el proceso (OECD, Eurostat, 2018)
Lecciones aprendidas	Es un cambio en el comportamiento personal u organizacional, como resultado del aprendizaje a partir de la experiencia. Idealmente, este será un cambio permanente e institucionalizado, por lo menos hasta que sea identificada la necesidad de producir otro cambio (Ministerio de Educación Nacional, s.f.).
Meta	<i>“Magnitud o nivel específico de los resultados que se prevé alcanzar en un tiempo determinado. Expresión cuantitativa de los logros que se pretenden obtener con la ejecución de una acción en el proyecto. Su medición debe hacerse en términos de tiempo, cantidad y si es posible calidad. Indica el valor deseado para el indicador en un determinado momento” (Secretaría Distrital de Salud, 2022a, pág. 209).</i>
Métodos	<i>“(…) estrategias, procedimientos y técnicas que encaminan la acción hacia un objetivo específico, es decir, conforman acciones determinadas y precisas que permiten la obtención de cierto resultado o finalidad” (Euroinnova International Online Education, 2023).</i>
Motivación extrínseca	“Hacer algo porque lleva a un resultado aparte, como una recompensa, un reconocimiento o la posibilidad de evitar un castigo” (Hilton & Anderson, 2018, pág. 10)
Motivación intrínseca	<i>“Hacer algo por la satisfacción inherente que brinda participar en la actividad” (Ryan & Decy, citados por Hilton & Anderson, 2018, pág. 10)</i>
Poder	Habilidad de actuar con un propósito definido. En palabras cotidianas se refiere a la capacidad que percibe una persona o un grupo para poder hacer algo frente a una situación que requiere un cambio (Hilton & Anderson, 2018, pág. 7).
Potenciar	Orquestar la pérdida del control de las personas para que se muevan en la dirección deseada” (Hilton & Anderson, 2018, pág. 10).

Problema

Según la RAE el término significa: 3. m. Conjunto de hechos o circunstancias que dificultan la consecución de algún fin 5. m. s (Real Academia Española, 2014).

También se puede definir como “(...) situaciones no satisfactorias o desvíos de las expectativas que se tornaron visibles. El síntoma es usualmente descrito como el problema, no como la causa del síntoma.” (Associates in Process Improvement, 1998).

Psicología del cambio

Enfoque en el que el interés está colocado en el comportamiento humano relacionado con la transformación, con el propósito de que las personas que son afectadas en los procesos de mejora participen directamente en su promoción y mantenimiento (Hilton & Anderson, 2018, pág. 6).

Referenciación o Benchmarking

“Consiste en la realización de un análisis estratégico de las mejores prácticas y los errores cometidos por otra organización perteneciente al mismo segmento y, en algunos casos, a otros sectores, para extraer ideas aplicables que permitan mejorar el funcionamiento de una compañía. No se trata de copiar, lo que se busca es diferenciarse efectivamente de los competidores. El benchmarking analiza y evalúa los productos, servicios, procesos y otros aspectos, para poder aprender de las experiencias de los demás y desarrollar estrategias que permitan a la corporación mantenerse actualizada, innovar y crecer” (UNIR - Universidad Internacional de La Rioja, 2022).

3 CONTENIDO DE LA GUÍA

3.1 Objetivo

Estandarizar la metodología de Mejoramiento basado en el Cambio (MECA), como herramienta para abordar problemas de calidad en instituciones de salud.

3.2 Alcance

Esta guía metodológica está diseñada para las IPS que participen en el Programa Ruta de Mejoramiento de la Calidad “Hacer las cosas Bien trae cosas Buenas”, pero también para otras instituciones interesadas en mejorar la calidad de sus servicios de salud, así como para otras iniciativas lideradas por la SDS, donde se requiera mejorar la calidad de un servicio, programa o proceso institucional, pues su flexibilidad permite adaptarla a las diferentes necesidades.

3.3 Marco legal

NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN	EMITIDA POR
Ley 100	1993	Por la cual se crea el Sistema de seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones. Artículos 153: Fundamentos del Servicio Público y 227: Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud.	Congreso de la República de Colombia
Ley 715	2001	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. Artículo 45: Competencias en salud por parte de los Distritos.	Congreso de la República de Colombia
Ley 1438	2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones Artículo 3: Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y Artículo 107: Garantía de calidad y resultados en la atención en el Sistema General de Seguridad Social de Salud	Congreso de la República de Colombia
Ley 1751	2015	Ley estatutaria en Salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones Artículo 2: Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y Artículo 6: Elementos y principios del derecho fundamental a la salud	Congreso de la República de Colombia
Decreto 780	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Libro 2, Parte 5, Título 1, Capítulo 6: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)

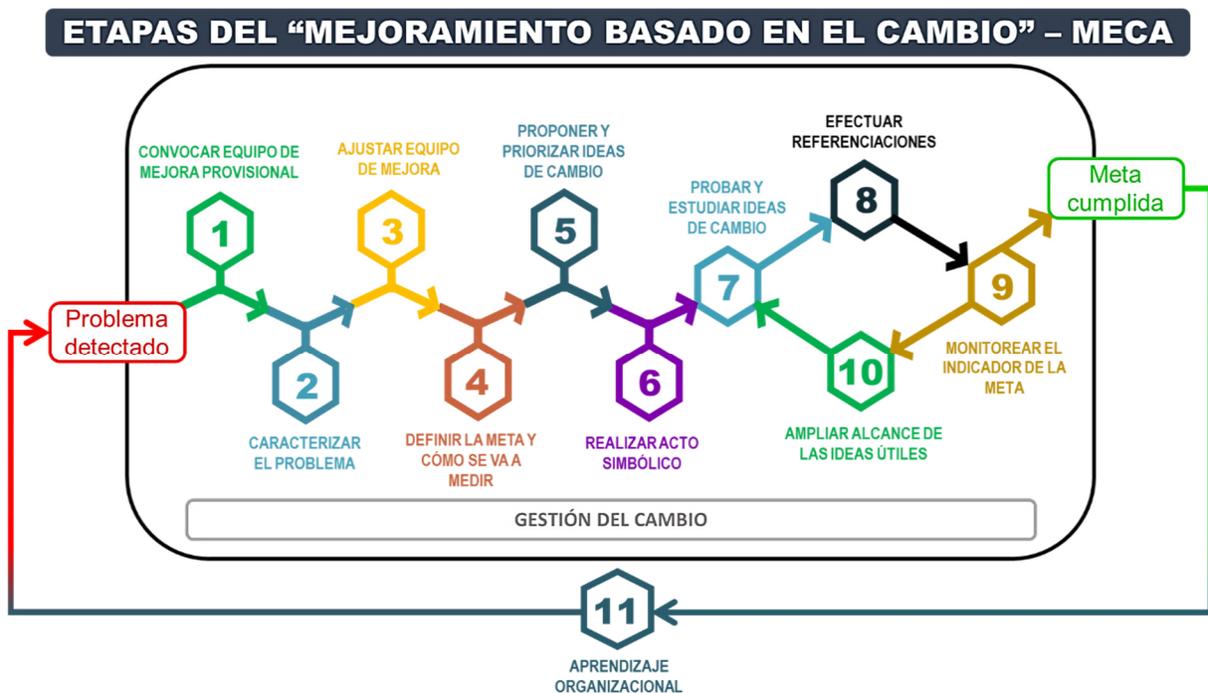
3.4 Metodología

3.4.1 Aspectos generales

“Mejoramiento Basado en el Cambio” (MECA) es una metodología para que las instituciones de salud generen valor, mediante la transformación sistemática de la atención en salud. Se basa en la convicción y no en la presión, y promueve pequeños y continuos cambios, que construyen resultados mayores, con el fin de llevar la atención a niveles más altos de calidad, en forma sostenida.

La metodología consta de 11 etapas, que tienen como previo haber establecido la existencia de un problema que será abordado a través de la metodología, y finaliza cuando se cumple la meta de mejoramiento fijada y se recogen todas las enseñanzas del proceso para sistematizarlas en el aprendizaje organizacional, en el cual las instituciones hacen el aprovechamiento de la experiencia y conocimientos adquiridos con la aplicación de la herramienta. En la siguiente figura se pueden apreciar todos los componentes de la metodología MECA:

Figura 1. Etapas de la metodología MECA



En cada etapa de la MECA se describen las tareas para ejecutar los aspectos técnicos de la misma. Pero como la esencia de esta es la promoción de pequeños pero continuos cambios —que en conjunto produzcan la mejora—, la metodología retoma la **Psicología del Cambio**, y por ello en algunas etapas se hacen **las recomendaciones** que orientan la gestión del cambio, pues como mencionan Hilton & Anderson (2018), existe un abismo considerable entre lo que sabemos —aún si lo entendemos y comprendemos sus beneficios—, y lo que hacemos en la práctica.

La **Psicología del Cambio** busca que las personas actúen con un propósito y no por obligación, es decir, que tomen la decisión de hacer cambios que mejoren el desempeño de la organización, y para ello, hagan uso de sus recursos emocionales para enfrentar los desafíos y la incertidumbre que implican esos cambios. Para esto, se utilizan de forma combinada una serie de estrategias que se basan en los siguientes dominios (Hilton & Anderson, 2018, pág. 9):

- **Potenciar la motivación intrínseca:** Aprovechar las fuentes de la motivación impulsa el compromiso de actuar, tanto individual como colectivo.
- **Codiseñar el cambio impulsado por las personas:** Las personas afectadas por el cambio tienen el mayor interés en diseñarlo de manera significativa y viable para ellas.
- **Coproducir en una relación auténtica:** El cambio se coproduce cuando las personas se consultan, se escuchan, se ven y se comprometen entre sí.
- **Distribuir el poder:** Cuando se comparte el poder, las personas pueden hacer sus aportes particulares para lograr un cambio.
- **Adaptación en acción:** Pasar a la acción puede ser una experiencia motivadora para que las personas aprendan y reafirmen su voluntad de ser eficaces.

Con esto se busca el **agenciamiento de las personas o los grupos**, es decir, que decidan actuar con el propósito de lograr la mejora y que esa decisión se refleje en hechos. El agenciamiento se puede lograr a nivel individual, interpersonal, o del sistema; para nuestro caso, el “sistema” estaría representado por la institución completa con sus procesos, recursos, tecnología, personas, etc.; sin embargo, esto solo es posible si se activa lo que está inactivo, o se da más fuerza lo que se está haciendo, explotando dos cualidades que todas las personas tienen: el **poder** y el **coraje**. La primera lleva a las personas a tomar la decisión de actuar con un propósito, y la segunda, a comenzar a actuar venciendo el miedo, la apatía o cualquier barrera que pueda existir y que constituye la llamada “resistencia al cambio”, que ocurre, entre otras cosas, por temor a perder control o protagonismo, la incertidumbre sobre lo que ocurrirá, no saber si se tienen las competencias que exige el cambio, o si este traerá más trabajo y pocos beneficios, resentimientos del pasado, temor a perder el trabajo, etc.

¿Qué le da el **poder** a una persona? La fe en sus habilidades, sus conocimientos, experiencia y en las de los demás, para alcanzar un fin. Y ¿qué le da a alguien el **coraje**? Dar el primer paso, saber que puede equivocarse y no será culpado o sancionado, conocer los resultados de sus acciones, poder participar y opinar libremente, sentirse parte de una solución, ser escuchado, asumir responsabilidades, y en general, todas las acciones que refuerzan la confianza.

Para el efecto, en varias etapas de la MECA se mencionan **las herramientas** sugeridas para reforzar la transformación de actitudes, hábitos o costumbres, y sostener los cambios efectivos. La descripción detallada de cada herramienta se puede encontrar en los anexos de esta guía.

De otra parte, en algunas etapas se hace alusión o se describen formatos útiles para registrar las tareas realizadas, muchos de los cuales hacen parte del “Diario de un Sueño” (ver el numeral 2, Conceptos básicos) y son utilizados en el Programa Ruta de Mejoramiento de la Calidad “Hacer las cosas Bien trae cosas Buenas”.

Es importante señalar que esta guía no es exclusiva del programa, el cual contempla para las instituciones el apoyo por parte de la SDS y actores externos, sino que puede ser usada en otros contextos y por otras instituciones que deseen abordar la mejora, a través de una metodología sencilla y útil. Así las cosas, quien la utilice puede adaptarla a sus necesidades, usar las herramientas y formatos descritos, o emplear los que respondan mejor a sus necesidades.

3.4.2 *Antes de empezar hay que tener un problema*

Como muchas cosas en la vida, **todo comienza con un problema**, es decir, con una situación identificada por la propia institución, que requiere ser atendida para encontrar una respuesta o una solución.

Para efectos de aplicar la MECA, siempre se recomienda que al inicio sólo se tome un problema, que sea específico y concreto, y que afecte a un área, servicio o proceso institucional. La identificación de las opciones de problemas a abordar son la primera oportunidad para **agenciar las personas**. Por ejemplo, se puede abrir un concurso o realizar una actividad participativa para identificar problemas, como se indica en el **Anexo 1: Herramientas para potenciar la motivación intrínseca**.

Cuando hay varias opciones, será el equipo de mejora quien tome la decisión de cuál problema se abordará. Una forma de abordar la decisión es lograr un consenso aplicando la herramienta **Crear un propósito compartido** que se describe en el **Anexo 4. Herramientas para distribuir el poder**. También se puede aplicar **una metodología participativa**, por ejemplo, listando las opciones de problemas a través de fichas que se dan a cada uno de los participantes para que registre su propuesta, luego de lo cual cada uno expone los argumentos para proponer ese problema, y finalmente el equipo prioriza el de mayor relevancia. Esto se puede hacer a través de una **matriz de priorización** (Angarita Gálvez, 2013), usando los criterios de riesgo, costo y volumen, con una escala de 1 a 5. Estos criterios se pueden definir de la siguiente manera:

- **Riesgo:** Es la posibilidad de que ocurra un daño o suceso indeseable para la organización o sus clientes, internos y externos, si no se soluciona el problema. *“Esto puede relacionarse con la salud y el bienestar del personal y de los bienes públicos, reputación, el medio ambiente, el funcionamiento organizacional, la estabilidad financiera, la cuota de mercado y otras cosas de valor”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012)
- **Costo:** Se refiere al valor en dinero que puede perder la organización por los perjuicios, sobrecostos, desperdicios, incapacidades, muertes, tratamientos adicionales, pérdida de usuarios y contratos, eventos adversos o cualquier costo de no calidad, si no se implementa solución al problema.
- **Volumen:** Es el número de personas, ya sean clientes internos y/o externos, que se verían afectadas negativamente si no se implementa la oportunidad de mejora.

Durante la reunión, se discute la calificación que se le dará a cada problema, frente a cada uno de los criterios de priorización, buscando el consenso del grupo. Si no hay consenso se hace votación y se coloca la calificación con más votos. El valor dado para cada criterio se coloca en la columna correspondiente de la matriz, y luego se multiplican los tres valores, lo que dará el puntaje obtenido

por cada problema, el cual se coloca en la columna “criticidad” (ver la Figura 2). Como la calificación de cada criterio va de 1 a 5, significa que el mayor puntaje posible es de 125 (5 x 5 x 5), y el mínimo 1 (1 x 1 x 1).

Figura 2. Matriz de priorización de problemas

CRITERIOS	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	CRITICIDAD
PROBLEMAS				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
CALIFICACIÓN:	Mayor o igual a 75 puntos	Entre 27 y 74 puntos	Menor a 27 puntos	

Si no soluciono estos problemas ¿cómo se afecta la institución en estos aspectos?

Si es mucho, registre 5; si es casi nada, 1. Para valores intermedios escriba 2, 3 ó 4, según lo estime

Los intervalos para clasificar los problemas en **alta prioridad** (intervención a corto plazo), **mediana prioridad** (intervención a mediano plazo) y **baja prioridad** (intervención a largo plazo) los fija la institución en una reunión. En el ejemplo de la figura 2 se establecieron los siguientes límites:

- Alta prioridad (color rojo) entre 75 y 125 puntos.
- Mediana prioridad (color amarillo) entre 27 y 74 puntos.
- Baja prioridad (color verde) menos de 27 puntos.

Para realizar la priorización, también se pueden utilizar las demás herramientas del **Anexo 1: Herramientas para potenciar la motivación intrínseca**.

A continuación, se describirán las 11 etapas de la MECA, explicando en cada una las actividades para desarrollarla, así como las recomendaciones más importantes para tener en cuenta:

3.4.3 Etapa 1. Convocar el equipo de mejora provisional

El equipo de mejora es seleccionado al interior de la institución, con la misión de implementar la metodología MECA. En principio, se espera que la participación sea voluntaria, aunque en instituciones pequeñas es posible que algunos integrantes deban ser obligatorios, pues no hay nadie más que tenga el perfil solicitado. Con esto se busca garantizar que cada integrante tenga el deseo claro de contribuir significativamente para los fines deseados.

En esta primera etapa, el equipo de mejora se llama “provisional”, porque puede ser complementado o ser objeto de algunos cambios una vez se haya caracterizado el problema.

Es importante señalar, que todos los miembros del equipo de mejora participan en las 11 etapas de la metodología MECA, y deben cumplir unas responsabilidades generales, que incluyen participar en las reuniones, aportar ideas en todas las etapas, ayudar a definir los cambios a implementar, y apoyar la estandarización de las mejoras efectivas en la última etapa de la metodología. Sin embargo, por sus funciones dentro de la IPS, también tienen unas responsabilidades particulares.

En la siguiente tabla se describe la conformación del equipo y cuáles son esas responsabilidades particulares que debe desarrollar cada integrante:

Tabla 1. Conformación y responsabilidades del equipo de mejora

INTEGRANTE	PERFIL	RESPONSABILIDADES PARTICULARES DE LOS INTEGRANTES
Directivo	Gerente o su representante con capacidad de decisión	<ul style="list-style-type: none"> • Viabilizar decisiones. • Gestionar recursos para facilitar la mejora. • Reconocer y celebrar los logros del equipo.
Responsable del sitio donde se desarrollará la mejora	Líder o coordinador del servicio, área o proceso donde tendrá lugar la mejora	<ul style="list-style-type: none"> • Facilita al interior del servicio, área o proceso la prueba de las ideas sobre cambios que pueden llevar a los resultados.
Funcionario con experticia en mejoramiento	Responsable del área de calidad de la institución o persona con conocimiento sobre metodologías de mejoramiento	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al equipo sobre el uso de herramientas para la mejora (análisis de causa, indicadores, elaboración de instrumentos de medición, etc.).
Funcionario con experticia en el área clínica	Líder clínico o profesional clínico con amplio conocimiento de la institución	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al equipo sobre el funcionamiento de los procesos clínico-asistenciales involucrados en el problema y los cambios implementados.
Responsable de atención al cliente o usuario	Líder o coordinador encargado de las relaciones con los usuarios y de mejorar su experiencia con la atención	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al equipo sobre la manera como el problema y los cambios afectan a los usuarios del servicio, área o proceso objeto de la mejora.
Responsable del área administrativa	Directivo o funcionario con capacidad de decisión sobre los procesos administrativos de apoyo relacionados con el problema	<ul style="list-style-type: none"> • Viabilizar decisiones. • Gestionar recursos para facilitar la mejora. • Orientar al equipo sobre la manera como el problema y los cambios afectan los procesos administrativos y viceversa.
Responsable de proceso involucrado 1 (opcional)	Líder o coordinador de algún proceso relacionado con el problema, que se considere pertinente involucrar en la mejora	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al equipo sobre el funcionamiento de su proceso, y cómo se relaciona con el problema y los cambios implementados.
Responsable de proceso involucrado 2 (opcional)	Líder o coordinador de algún proceso relacionado con el problema, que se considere pertinente involucrar en la mejora	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al equipo sobre el funcionamiento de su proceso, y cómo se relaciona con el problema y los cambios implementados.

INTEGRANTE	PERFIL	RESPONSABILIDADES PARTICULARES DE LOS INTEGRANTES
Miembro complementario (opcional) 1	Directivo u operativo que por sus funciones o experticia se considere pertinente involucrar en la mejora	<ul style="list-style-type: none"> Orientar al equipo sobre su campo de experticia, y cómo se relaciona con el problema y los cambios implementados.
Miembro complementario (opcional) 2	Directivo u operativo que por sus funciones o experticia se considere pertinente involucrar en la mejora	<ul style="list-style-type: none"> Orientar al equipo sobre su campo de experticia, y cómo se relaciona con el problema y los cambios implementados.

Además de las responsabilidades generales y particulares, se debe definir cuál de los miembros del equipo desempeñara los siguientes roles, que son esenciales para su buen desempeño:

- **Líder del equipo.** (Solo a uno de los miembros del equipo). Es quien convoca y vela por que el equipo de mejora funcione y las tareas se cumplan. No necesariamente es un directivo.
- **Facilitador de reuniones.** (Solo a uno de los miembros del equipo). Es quien garantiza reuniones ágiles y efectivas.
- **Notario.** (Solo a uno de los miembros del equipo). Es quien lleva la memoria del trabajo del equipo.
- **Guardián del tiempo.** (Solo a uno de los miembros del equipo). Es quien vela porque se cumplan la agenda de cada reunión.
- **Participante.** (Al resto de los miembros del equipo). Son quienes aportan ideas y trabajo al equipo.

Para la conformación del equipo se puede hacer un **mapeo de actores**, como se describe en el **Anexo 2: Herramientas para favorecer el codiseño del cambio**.

3.4.4 Etapa 2. Caracterizar el problema

La RAE define “caracterizar” como “1. tr. Determinar los atributos peculiares de alguien o de algo, de modo que claramente se distinga de los demás” (Real Academia Española, 2014). Para efectos de esta guía, se ha considerado que para “determinar los atributos peculiares” del problema se requiere describirlo en detalle y analizar sus causas.

Descripción del problema: La primera parte se logra utilizando una matriz 5W-2H. Este es un método deductivo, útil en infinidad de campos del conocimiento y la industria, que tiene su origen en la antigüedad, pero que es más conocido por las primeras letras de las palabras en inglés What (qué), Why (porqué), When (cuándo), Where (dónde), Who (quien), How (cómo) y How much (cuánto), utilizadas para guiar un proceso de preguntas y respuestas (Fundación Wikimedia, Inc., 2023).

Figura 3. Matriz 5W-H para describir un problema

WHAT (Que)	WHY (Por qué)	WHO (Para quién)	HOW (Cómo)	WHEN (Cuándo)	WHERE (Dónde)	HOW MUCH (Cuánto cuesta)
Describe la situación a solucionar	Las razones que justifican abordarla	Para quién es un problema la situación	Cómo se manifiesta la situación	¿Es permanente? ¿Tiene temporalidad?	Dónde se presenta la situación	Qué pérdidas de tiempo, dinero, tiempo u otros recursos genera

Para el efecto, se entrega a cada participante una hoja para que describa el problema dando respuesta a los interrogantes allí planteados, como se ve en la figura 3. Luego cada participante expone sus ideas y el facilitador del ejercicio va guiando la discusión para complementar las respuestas y lograr consensos.

Es importante entender que no hay verdad absoluta, es decir, que puede haber diferencias en la manera como cada uno describe y entiende el problema. Esto es así, porque la verdad es la mente ajustándose a la realidad tal y como existe, y no al revés. Por eso, la manera en que cada uno ve el problema puede ser correcta, pero incompleta, y solo se profundiza y complementa en la discusión con el otro, o con los avances científicos y del conocimiento.

Identificación de las causas: La segunda parte de la caracterización del problema se logra aplicando una metodología de análisis de causa; se recomienda usar la creada por Kauro Ishikawa, mejor conocida como Diagrama Ishikawa o Espina de pescado (Fundación Wikimedia, Inc., 2023).

Para esto, se entrega a cada participante una ficha y se le pide que, a partir del problema planteado, piense en factores que puedan explicar la existencia de este. Luego cada persona presentará sus propuestas y el facilitador de la reunión las listará en un tablero, juntando las que sean iguales o parecidas —con el aval de quienes las propusieron—, procurando que ninguna quede por fuera. Seguidamente, preguntará al grupo si considera que alguna no es una causa del problema y pedirá a quien la propuso que justifique las razones para proponerlas. Con la explicación el grupo decidirá si la deja o la elimina.

Posteriormente, el facilitador de la reunión pedirá al grupo que clasifique las causas en las siguientes categorías:

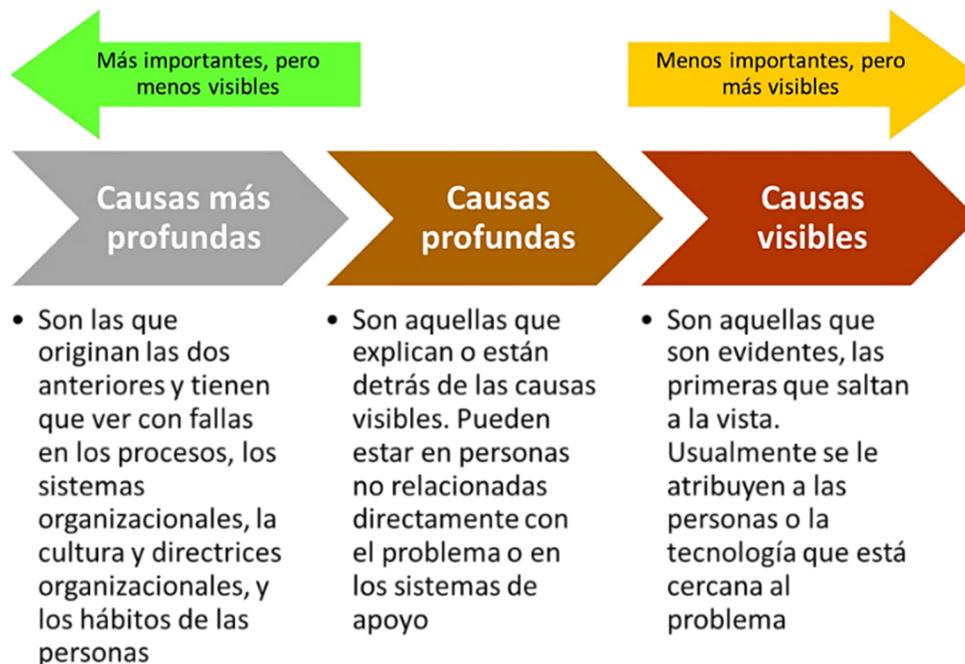
- **Maquina:** Son las causas relacionadas con la tecnología y el software para que esta funcione.
- **Mano de obra:** Son las causas relacionadas con las capacidades del talento humano y sus comportamientos.

- **Materiales:** Son las causas relacionadas con la infraestructura y los insumos usados para hacer los productos y servicios ofrecidos.
- **Método:** Son las causas relacionadas con las directrices, y el diseño y funcionamiento de los procesos y procedimientos.
- **Medio (entorno):** Son las causas relacionadas con factores externos a la organización, o aspectos internos de la cultura y el clima organizacional.
- **Monitoreo:** Son las causas relacionadas con la medición y control de las directrices, procesos o procedimientos.
- **Moneda:** Son las causas relacionadas con los recursos financieros, que no están relacionadas en las anteriores.

Una manera de facilitar estas discusiones es **practicar los cinco pasos de una reunión personal**, como se describe en el **Anexo 3: Herramientas para coproducir en una relación auténtica**, que ayuda a alinear los intereses de un grupo de personas hacia el mismo propósito.

Por último, el facilitador de la reunión solicitará al grupo que ayude a organizar las causas siguiendo el esquema que se muestra a continuación:

Figura 4. Categorización de las causas acorde con su importancia



Esto se puede colocar en el formato de espina de pescado o en una plantilla, como se muestra en la gráfica y tabla que se muestran a continuación:

Figura 5. Esquema terminado de un Diagrama Causa-efecto en formato de espina de pescado

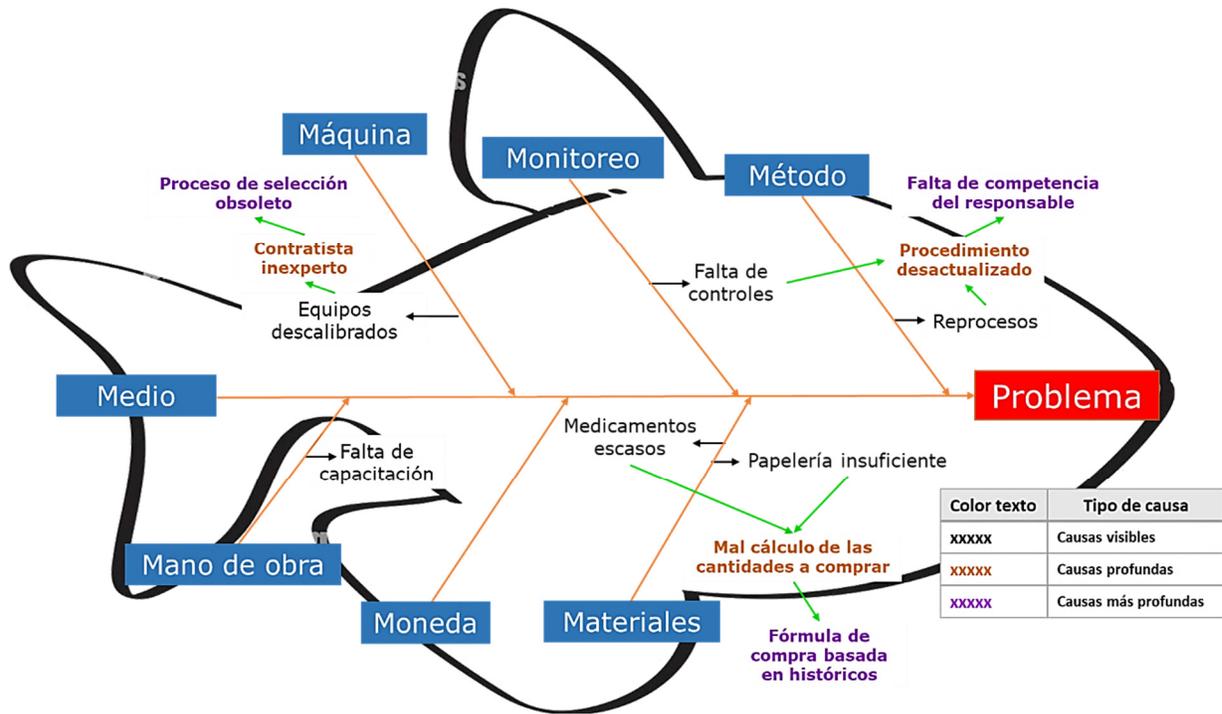


Tabla 2. Esquema terminado de un Diagrama Causa-efecto en formato de tabla

CATEGORÍA	CAUSAS VISIBLES	CAUSAS PROFUNDAS	CAUSAS MÁS PROFUNDAS
MAQUINA	Equipos descalibrados	Contratista inexperto	Proceso de selección obsoleto
MANO DE OBRA	Falta de capacitación	La capacitación en la institución no tiene tiempos ni recursos asignados	No existe un programa de capacitación
MATERIALES	Papelería insuficiente	Mal cálculo de las cantidades a comprar	Fórmula de compra basada en históricos
	Medicamentos escasos	Mal cálculo de las cantidades a comprar	Fórmula de compra basada en históricos
MÉTODO	Reprocesos	Procedimiento desactualizado	Falta de competencia del responsable
MEDIO (entorno)	No se identificaron causas		
MONITOREO	Falta de controles	Procedimiento desactualizado	Falta de competencia del responsable

Es importante aclarar que en un análisis de causa no necesariamente debe haber factores causales en todas las categorías, y que en algunos casos las causas profundas y las más profundas pueden ser comunes a varias causas visibles.

3.4.5 Etapa 3. Ajustar el equipo de mejora

Una vez caracterizado el problema, se revisa el equipo de mejora conformado inicialmente y acorde al tipo de problema priorizado y a los perfiles necesarios, se ajusta el equipo. Es importante señalar que los perfiles mínimos descritos en la tabla 1, es decir, los que no son opcionales, deben estar cubiertos; aunque en IPS pequeñas cabe la posibilidad de que algunas personas desempeñen más de un perfil.

El ajuste del equipo debe responder a dos preguntas fundamentales:

- ¿Son todos los que están?
- ¿Están todos los que son?

Así mismo, la institución debe ser consciente de que el equipo ideal no existe, y muchas veces se deberá trabajar con el talento humano disponible. Esto no es necesariamente algo negativo, pues parte de las premisas de la metodología MECA es que debe servir para transformar las personas y uno de esos cambios es el mejoramiento de las capacidades individuales, que luego se verán reflejadas en la motivación, el trabajo en equipo y en general, en el mejor desempeño para la prestación de los servicios.

Para la revisión y ajuste del equipo de mejoramiento, nuevamente se puede hacer un **mapeo de actores**, como se describe en el **Anexo 2: Herramientas para favorecer el codiseño del cambio**.

3.4.6 Etapa 4. Definir la meta de mejoramiento y cómo se va a medir

En esta etapa de la MECA, el equipo de mejora está listo para definir un meta de mejoramiento. La meta es la declaración oficial de lo que se desea mejorar en la IPS a partir del problema identificado.

La meta se convierte así en el objetivo del mejoramiento y se define al responder dos sencillas preguntas:

Figura 6. Preguntas básicas para definir la mejora

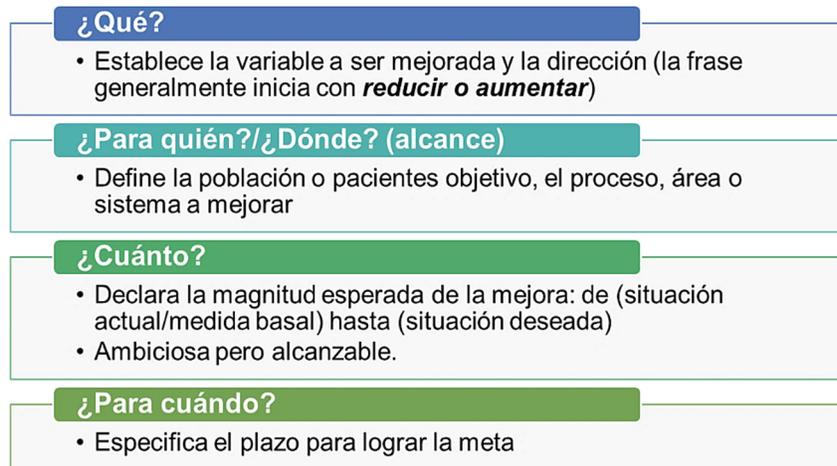


Con estas preguntas se puede definir en primer lugar la meta de mejoramiento, y posteriormente la manera en que se medirá esa meta. Antes de fijar los parámetros de la mejora se puede aplicar la herramienta de **Narrativa pública** descrita en el **Anexo 1: Herramientas para potenciar la motivación intrínseca**.

Sobre la meta, esta debe cumplir con una serie de atributos: ser específica, medible, accionable, realista y que se alcanza en el tiempo definido. Lo anterior es fácil recordarlo con el acrónimo SMART, que corresponde a las primeras letras de las características en inglés (*specific, measurable, attainable,*

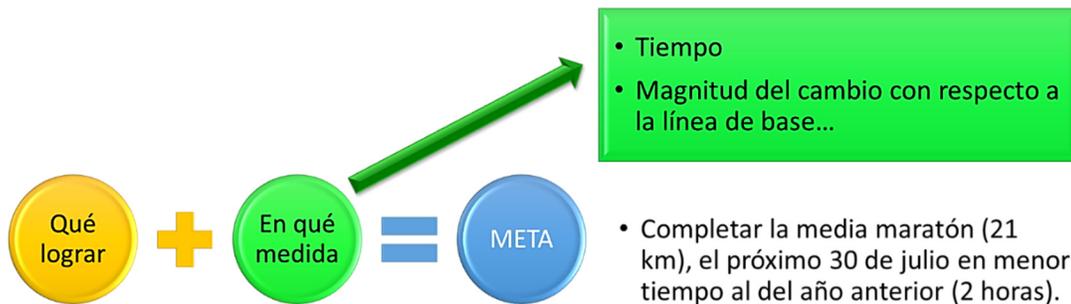
realistic, and timely). Para no olvidar estos atributos se pueden ir respondiendo las preguntas que se muestran en la siguiente figura:

Figura 7. Preguntas útiles para construir la meta de mejoramiento



En resumen, la meta debe ser capaz de describir dos aspectos claves: lo que se desea lograr y el tamaño de la mejora que se desea lograr, es decir, del cambio esperado entre la situación actual y la situación futura y se pueden apreciar en la siguiente figura:

Figura 8. Elementos clave de la meta de mejoramiento



Indicador:

La meta no estaría completa sino cuenta con un indicador. Este debe ser preferiblemente de resultado, es decir, que no solo permita saber si dicha meta se alcanzó o no, sino que también muestre el impacto logrado con el cumplimiento de la meta. El indicador puede ser alguno construido por la propia entidad y que ya se está utilizando, o alguno perteneciente al Sistema de Información para la Calidad – SIC, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b). Si ninguno de estos se ajusta a la necesidad, se deberá construir uno específico para el caso. Aunque se recomienda que sea sólo un indicador, algunas instituciones pueden considerar tener más de un indicador para medir la mejora alcanzada con la meta. En este caso es bueno verificar que haya coherencia entre los indicadores, y sobre todo, que si alguno no alcanza el nivel deseado, esto no genere un conflicto para decir si la meta se cumplió.

Si el indicador es nuevo se debe plasmar en una matriz o ficha técnica, con la información necesaria para describirlo: nombre del indicador, definición operacional (numerador y denominador, o criterios de medición), valor inicial o línea base (si existe), valor a alcanzar (meta), población donde se mide, frecuencia de medición, instrumento de medición (si aplica), fuente de información, y responsable del indicador. Si el indicador es de los existentes en la IPS o del SIC, se debe registrar la anterior información para que después se pueda monitorear la medición y el comportamiento de este. Puede complementarse con la herramienta **Desarrollar declaraciones de metas impulsadas por las personas**, descrita en el **Anexo 2: Herramientas para favorecer el codiseño del cambio**.

3.4.7 Etapa 5. Proponer y priorizar las ideas de cambio

Las “ideas de cambio”, como se señaló en los conceptos básicos de esta guía, son variaciones en la forma de hacer una tarea, procedimiento o técnica, las cuales se formulan con base en la evidencia disponible y en la experiencia y conocimiento del equipo de mejoramiento, teniendo en cuenta el objetivo a lograr que, en el caso de la MECA, no es otra cosa que la meta de mejoramiento formulada en el punto anterior, así como la medida o indicador de dicha meta.

Para determinar estas ideas se puede utilizar el “diagrama orientador” —cuya definición está en los conceptos básicos de esta guía—. Este es un instrumento que permite, a partir del enunciado de la meta y del análisis de causa, establecer qué cambios deberán probarse para saber si conducirán a la mejora. Lo primero que debe hacerse es tomar las causas establecidas en el diagrama causa efecto, que usualmente se redactan como la falta, deficiencia, falla o ausencia de algo, y redactarlas “en positivo”, es decir, en lo que se debería hacer para que esa causa dejara de existir o se solucionara.

Tomando como ejemplo el análisis de causa realizado en la etapa 2 (ver figura 6), la manera de redactar las causas en positivo podría ser la que se ve a continuación en las casillas verdes:

Tabla 3. Base para la construcción del diagrama orientador, a partir del análisis de causas

CATEGORÍA	CAUSAS VISIBLES	CAUSAS PROFUNDAS	CAUSAS MÁS PROFUNDAS
MAQUINA	Equipos descalibrados	Contratista inexperto	Proceso de selección obsoleto
	Mejorar la calibración de los equipos	Hacer inducción y capacitación a los contratistas	Ajustar el proceso de selección de contratistas
MANO DE OBRA	Falta de capacitación	La capacitación en la institución no tiene tiempos ni recursos asignados	No existe un programa de capacitación
		Capacitar al personal responsable del proceso	
MATERIALES	Papelería insuficiente	Mal cálculo de las cantidades a comprar	Fórmula de compra basada en históricos
	Elaborar lista de chequeo para verificar la existencia de papelería	Elaborar matriz de compras para papelería, insumos y medicamentos, que tengan en cuenta no solo el consumo histórico, sino las proyecciones futuras	
	Medicamentos escasos	Mal cálculo de las cantidades a comprar	Fórmula de compra basada en históricos
	Realizar auditoría semanal para verificar que medicamentos se están terminando	Elaborar matriz de compras para papelería, insumos y medicamentos, que tengan en cuenta no solo el consumo histórico, sino las proyecciones futuras	

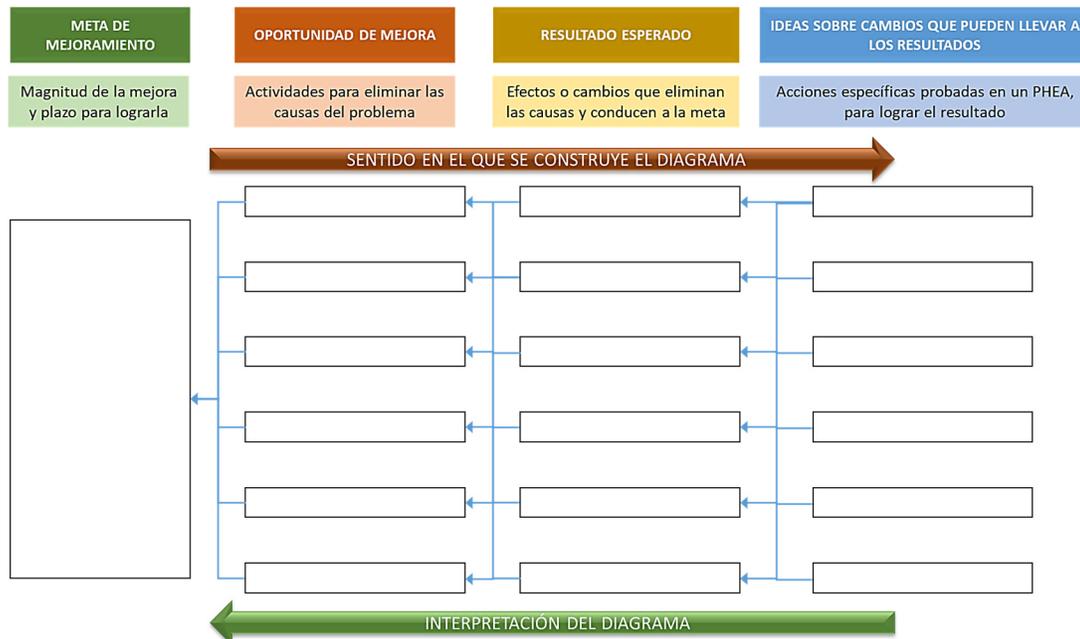
Como se puede ver en al redactar “en positivo” no se busca que la frase resultante sea la estrictamente contraria a cada causa. Lo que se busca que el equipo de mejoramiento utilice las causas como insumo para encontrar propuestas que pueden alimentar la construcción del diagrama orientador, las cuales se plasman en frases, que deben ser coherentes con el problema.

Una vez se ha terminado este trabajo, el equipo de mejora deberá organizar estas frases en el **diagrama orientador**. Esto se puede hacer en una reunión grupal sobre un tablero, donde las personas pueden ir rellenando el esquema colocando cada idea en la columna que considere adecuada. Es importante señalar que no todas las frases derivadas del ejercicio anterior se deben utilizar; solo las que el equipo de mejora considere las más relevantes y que mejor se alinean con el problema. El esquema se construye de izquierda a derecha a través de las 4 columnas de las que se compone el diagrama, pero se interpreta de derecha a izquierda (ver figura 9).

Las columnas son las siguientes:

- **Meta de mejoramiento.** En esta se ubica el objetivo de la mejora.
- **Oportunidad de mejora.** En esta se colocan las frases que representen actividades grandes o generales que, si bien pueden ayudar a eliminar las causas, necesitan disgregarse.
- **Resultado esperado.** Aquí se ubican frases que indiquen los cambios que debe darse con el desarrollo de cada oportunidad de mejora, y que al sumarse llevarían a lograr la meta.
- **Ideas sobre cambios que pueden llevar a los resultados.** Acá quedarán ubicadas las frases que representan acciones específicas, que se pueden realizar de manera inmediata o ejecutar en un plazo corto, y conducen a los resultados de la columna anterior. Estas ideas, si bien guardan coherencia con el análisis de causa, deben ser innovadoras, es decir, deben proponer cosas distintas a lo que se ha venido haciendo hasta ahora en la institución.

Figura 9. Diagrama orientador



La manera de construir el diagrama es colocar primero la meta de mejoramiento, y luego pedir a los asistentes que, en una primera ronda, ubiquen las frases en la columna donde consideran pertenece: oportunidad de mejora, resultado esperado, o ideas sobre cambios que pueden llevar a los resultados.

En las siguientes rondas, los asistentes pueden reubicar las frases, modificar su redacción para mejorar su coherencia con las demás, o suprimir algunas, si se consideran que no se alinean con la meta de mejoramiento. Esto es especialmente recomendable para los resultados, donde la redacción debería reflejar lo que la institución espera que mejore, pero descrito como si ya estuviera ocurriendo. Ejemplos de esto pueden ser: La verificación del procedimiento XXX se hace correctamente; los profesionales identifican los riesgos del paciente y toman acciones de control; la historia clínica se diligencia completamente y sin errores. Es importante que las frases registradas como resultados sean medibles.

Por último, se utilizan las flechas para indicar el orden en el que se deben ejecutar las ideas de cambio, a qué resultados contribuye cada idea, el orden en que se espera conseguir los resultados, a qué oportunidad de mejora contribuye cada resultado y como se conectan esas oportunidades con la meta de mejoramiento. Como en un ejercicio real se pueden llegar a tener muchas ideas de cambio, no se recomienda probar todas las ideas al mismo tiempo, sino escoger entre 3 y 5 para iniciar una primera ronda, y así sucesivamente para las siguientes rondas que se requieran. En este sentido, el diagrama sirve para priorizar las ideas que irán en cada ciclo o ronda, pues con las flechas se indica cuáles son insumos o prerequisite de otras.

Cuando se trabaja el diagrama orientador se pueden aplicar las herramientas descritas en el **Anexo 2: Herramientas para favorecer el codiseño del cambio**.

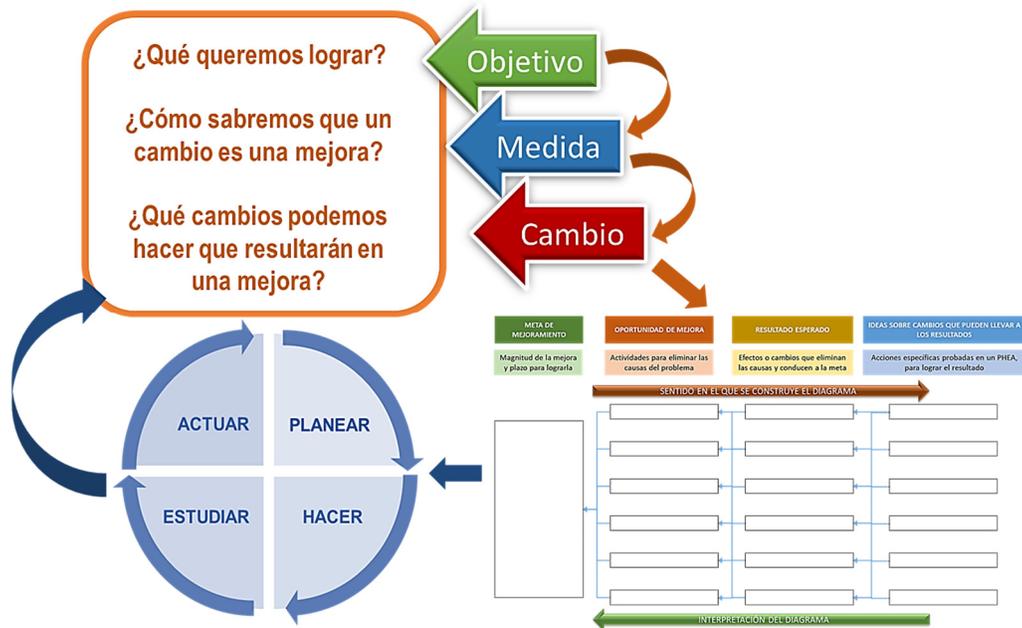
Es importante no perder de vista que el problema a solucionar afecta a un área, servicio o proceso institucional, y que a partir de ese problema se formuló la meta de mejoramiento, razón por la cual, cada idea de cambio debe ser planificada, ejecutada y estudiada, y con base en los resultados, se tomará la decisión de descartarla o mantenerla, y expandirla paulatinamente dentro de la misma área, o a otras áreas, servicios o procesos. Esto constituye el ciclo PHEA que se aplica a cada una de las ideas obtenidas en el diagrama orientador.

Ahora bien, como no todas las ideas serán eficaces. El equipo de mejora tendrá que determinar si es necesario volver al diagrama orientador para formular ideas adicionales, cuando la magnitud del cambio logrado no ha sido suficiente para alcanzar la meta de mejoramiento. Esto se explicará en las etapas 7 a 10 del modelo.

El diagrama conductor y la formulación de ideas de cambio (¿qué cambios podemos hacer que resultarán en una mejora?), contruidos a partir de la meta de mejoramiento (¿qué queremos lograr?), de la medida de esta meta (¿cómo sabremos que un cambio es una mejora?), constituyen la esencia del modelo de “Mejoramiento basado en el cambio (MECA)”.

Su representación gráfica se puede apreciar en el siguiente esquema:

Figura 10. Núcleo básico del MECA



*Adaptada de Moen & Norman (2010, pág. 27)

3.4.8 Etapa 6. Realizar el acto simbólico

Como se define en el numeral 2, Conceptos Básicos, el acto simbólico es un rito o ritual, formal, que involucra elementos, comportamientos, lenguaje y tiempos específicos, para **crear un significado compartido** a quienes van a participar en las acciones a realizar. Esto significa dar la capacidad a cada uno de ser protagonista del cambio, reconociendo en sí mismo el poder para lograr la mejora y el coraje para implementar los cambios que conduzcan a la mejora.

Para ello, se planea una reunión presencial en el área o servicio donde ocurrirán las acciones, en la que debe hacer presencia el equipo de mejora, otros directivos cuya presencia demuestre el compromiso de la institución, el personal responsable del servicio, área o proceso donde se realizará la mejora, y las demás personas que considere la institución. Si es una iniciativa de la SDS, deberán estar los facilitadores de esta, y los representantes de las instituciones que la estén respaldando.

Para iniciar el acto, las directivas saludan a los asistentes y les agradecen su presencia, y un miembro del equipo de mejora o de la SDS, si es su iniciativa, explica el significado del acto simbólico, y mediante un juego pide a los asistentes que se presenten. Seguidamente, el equipo de mejora hace un resumen de lo trabajado hasta el momento con énfasis en: el problema priorizado, la meta de mejoramiento y su indicador, y las primeras ideas de cambio priorizadas.

El aspecto central del acto simbólico es una dinámica donde cada uno de los integrantes del equipo de mejora y de los colaboradores del servicio, área o proceso escribe en una tarjeta suministrada previamente, una frase, que debe reflejar el **poder** que tiene para actuar sobre el propósito plasmado en la meta de mejoramiento (cuáles son las habilidades que tiene y puede poner a funcionar para

lograr la meta), y el **coraje** para lograr el propósito definido (que recursos emocionales puede usar para actuar ante las dificultades o la incertidumbre que se presenten). La tarjeta no tendrá el nombre de quien la escribe.

Las personas que van terminando adhieren sus tarjetas en una pared, tablero, cartelera, pendón o lugar visible, y luego, se pide a todas las personas que revisen lo escrito en las tarjetas, cojan la que más les guste —diferente a la suya—, y regresen a su lugar. Inmediatamente, se entrega a cada persona un botón, dulce, medalla o algo que represente un reconocimiento.

A continuación, quien dirige la ceremonia, pide que voluntariamente las personas pasen al frente, lean la tarjeta que escogieron, pregunten quién la escribió y le pidan que pase al frente. Quien leyó su tarjeta le explica a su compañero(a) por qué la escogió, resalta algo de lo que escribió, le agradece y le entrega el reconocimiento (botón, dulce, medalla, etc.). Así se procede sucesivamente hasta que se hayan leído todas las tarjetas.

Al final de la ceremonia, los directivos agradecen a los asistentes por la asistencia, por su participación y mencionan que con este acto queda sellado el pacto de su participación y compromiso, y que este es el inicio del cambio para la institución.

El acto simbólico se puede tomar como la aplicación de la herramienta de **Jugar y celebrar**, descrita en el **Anexo 1: Herramientas para potenciar la motivación intrínseca**.

3.4.9 Etapa 7. Probar y estudiar las ideas de cambio

Como se mencionó en la etapa 5, a cada idea se aplica el ciclo PHEA. Esto significa que para probar y estudiar las ideas de cambio primero se planifica su ejecución. Esta no difiere mucho de lo que se hace en cualquier plan de mejoramiento, salvo en dos aspectos: a) los tiempos deben ser mucho más cortos y los resultados mucho más concretos, y b) se debe tener claro lo que se espera de cada idea y su alcance exacto. Por lo demás, se mantiene el que hay que asignar a unos responsables cada idea y las tareas que implica, que hay que fijar una fecha de inicio y una fecha final para su ejecución, y que se debe tener un indicador o medida para saber si la idea logró lo que se esperaba de ella.

Para formalizar el plan de cada idea se puede utilizar un esquema basado en la técnica 5W-H, en el que se responden las siguientes preguntas:

- **¿Qué?**

Se describe el cambio a probar, o sea, la idea específica, concreta y que es diferente a lo que se ha venido realizando en la institución, frente al problema.

- **¿Para qué?**

Se anota qué se espera con el cambio, es decir, en qué medida el cambio conduce a los resultados planteados en el Diagrama Orientador.

- **¿Quién?**

Se registran los nombres y cargos de quienes probarán el cambio. Siempre debe haber un líder responsable de cada idea, para que guíe e impulse las tareas.

- **¿Cómo?**

Se detallan las tareas para ejecutar cada idea, incluyendo la recolección de los datos requeridos para estudiar la idea, para lo cual, se pueden aprovechar los instrumentos existentes en la institución, o si se requiere, construir algunos, que en todo caso deberán ser los estrictamente necesarios y lo más sencillos posible. Es bueno aclarar que estos instrumentos inicialmente no necesitan ser codificados o incorporados al sistema de gestión documental de la institución, pues solo hasta la etapa 11 (aprendizaje organizacional) se definirá que cambios merecen ser documentados e incorporados al quehacer institucional.

- **¿Cuándo?**

Se especifica la fecha en que se inicia a probar la idea de cambio y la fecha en que finaliza.

- **¿Dónde?**

Aquí se informa en qué áreas, servicios, horarios, turnos, grupos o individuos se probará la idea de cambio. Esto da el alcance de la prueba.

- **¿Cómo sé?**

Finalmente, se señala el indicador o medida que permitirá juzgar la idea, es decir, será el parámetro para saber si el cambio fue exitoso o no; en otras palabras, si el cambio contribuyó al resultado y, por ende, acercó a la institución a lograr la meta de mejoramiento.

Este plan se puede plasmar en una matriz como la que se muestra a continuación:

Tabla 4. Planeación las ideas de cambio con el 5W-H

# Idea	¿Qué?	¿Para qué?	¿Quién?	¿Cómo?	¿Cuándo?	¿Dónde?	¿Cómo sé?
1							
2							
3							
Etc.							

Una vez claros todos los aspectos, es hora de ejecutar cada idea. Como se mencionó previamente, lo recomendable es realizar entre 3 y 5 ideas en cada ronda; sin embargo, esta es una decisión institucional y dependerá de la capacidad del equipo de mejoramiento y del personal operativo del área, servicio o proceso donde se implementa la mejora. Lo importante es que cada idea se aplique completamente, conforme a lo planeado, para que cuando se vayan a estudiar se tenga la certeza de que probó completamente.

Realizadas todas las ideas de cambio de cada ronda se deben estudiar, para saber cuál fue su resultado. Para ello, es necesario analizar los datos recopilados en campo y responder algunas sencillas preguntas:

- **¿Qué cambió?**

Esta pregunta surge de la pregunta ¿para qué? de la anterior matriz. Lo que se busca es determinar si lo que se esperaba con el cambio se logró o no.

- **Indicador o medida de la idea de cambio**

Esta pregunta surge de la pregunta “¿cómo sé?” de la anterior matriz. Se responde registrando el dato del indicador o medida de la idea de cambio para saber fue exitoso o no; en otras palabras, para saber si el cambio contribuyó al resultado plasmado en el Diagrama Orientador.

- **Impacto en la meta de mejoramiento**

En este punto se debe determinar si el indicador de la meta de mejoramiento se modificó en algo, y qué tanto. En otras palabras, se debe saber en qué grado la institución se acercó a lograr la meta de mejoramiento. Este punto se desarrollará con mayor detalle en la “Etapa 9. Monitorear el indicador de la meta de mejoramiento”.

- **¿La idea de cambio fue útil?**

Una vez analizados los datos anteriores, se debe juzgar la utilidad de la idea de cambio. Esto es, que tan eficaz se considera o que tanto suma, en la búsqueda de la meta de mejoramiento, para decidir si se adopta y se continúa probando a mayor escala, se descarta por no considerarla provechosa, o si se ajusta y se prueba nuevamente en la siguiente ronda.

- **¿La idea se puede escalar?**

Finalmente, si la idea se consideró útil, se deberá establecer si se puede ampliar su aplicación, lo que significa probarla en otros turnos u horarios, en otras áreas o servicios, o en otros procesos institucionales que también estén afectados por el problema inicial. Con esto se busca saber si la idea mantiene su eficacia en otros contextos.

Los resultados del análisis de los datos producto de la implementación de cada idea de cambio se pueden consignar en la siguiente matriz:

Tabla 5. Estudio de las ideas de cambio implementadas con el 5W-H

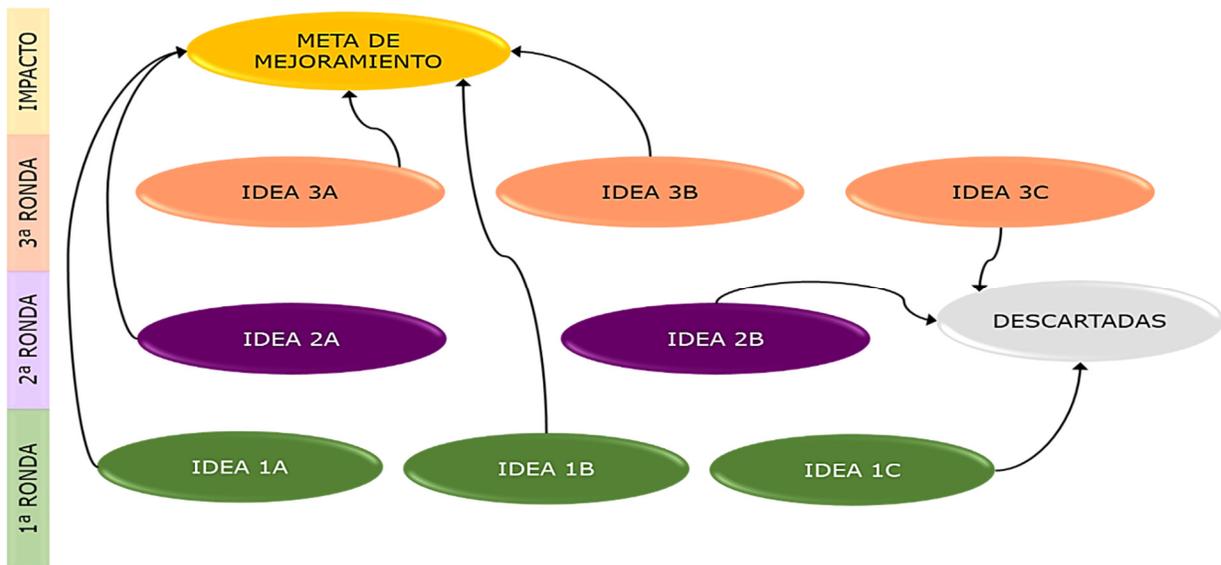
# Idea	¿Qué cambió?	Indicador de la idea de cambio	Impacto en la meta de mejoramiento	¿La idea de cambio fue útil?	¿La idea se puede escalar?
1					
2					
3					
Etc.					

Cuando el equipo de mejora estudie las ideas de cambio se recomienda **celebrar cuando las personas ceden el poder**, como se describe en el **Anexo 4. Herramientas para distribuir el poder**.

En resumen, llegar a la meta de mejoramiento solo será posible por la sumatoria de varios ciclos cortos de mejoramiento, en los que se prueban ideas de cambio a través del esquema PHEA, para saber cuáles de ellas son eficaces, es decir, cumplieron con su propósito, luego determinar si conduce a la meta de mejoramiento y en qué medida lo hace, y, por último, decidir si se puede escalar su aplicación para ver si a una escala mayor se mantiene su utilidad.

En la siguiente figura se ilustra esta lógica, y en ella se hace énfasis en que todas las ideas no deben perder de vista la meta de mejoramiento, pues ese es el fin del proceso, y es sobre el cual se diseña toda la estructura de mejoramiento.

Figura 11. Esquema global de la manera de lograr la meta de mejoramiento



3.4.10 Etapa 8. Efectuar referenciones

Una buena manera de alimentar la creatividad e innovar como respuesta a las problemáticas es conocer qué han hecho otros ante situaciones similares, en qué se han equivocado y cuáles han sido sus aciertos. Este proceso es llamado **referenciación**, pero también es conocido por su nombre en inglés, *benchmarking*.

En este sentido, la práctica de referenciones incrementa la posibilidad de lograr la meta de mejoramiento, o incluso superarla.

Aunque existen varios tipos de referenciación, la que se recomienda en esta guía es la llamada “comparativa”, también conocida como *benchmarking* funcional. En esta se toma como referencia “(...) las estrategias o procesos de empresas procedentes de distintos sectores que poseen características interesantes para la propia organización. Gracias a este tipo de benchmarking es posible

obtener inspiración para innovar y replantear los paradigmas del área en la que se trabaja” (UNIR - Universidad Internacional de La Rioja, 2022).

Para desarrollar esta etapa de la MECA se seleccionarán la organización u organizaciones con las que se desea realizar la referenciación, cuidando que las prácticas, procesos, estrategias o actividades a comparar estén relacionados con el problema priorizado, y tengan un nivel de calidad superior o hayan pasado por un proceso de mejoramiento —que incluye haber cometido errores—, del cual se pueda aprender. Si esto se hace en el marco de una iniciativa de la SDS, los facilitadores de la entidad deberán ayudar a coordinar la realización de la referenciación con las instituciones seleccionadas, siguiendo el procedimiento establecido por cada una de ellas.

Una vez efectuada la referenciación, el equipo de mejoramiento debe reunirse para analizar los datos recopilados durante el ejercicio y decidir cómo utilizarlos para fortalecer el proceso de mejoramiento que se está llevando a cabo, ya sea alimentando la formulación de ideas de cambio, mejorando las que se han planteado, o para ayudar a extender la aplicación de estas al interior de la institución.

3.4.11 Etapa 9. Monitorear el indicador de la meta de mejoramiento

Como se mencionó en la etapa 7, la implementación de las ideas de cambio solo tendrá sentido si estas llevan paulatinamente a alcanzar la meta de mejoramiento.

Para saber si esto ocurre, se debe monitorear el comportamiento del indicador de la meta de mejoramiento, a fin de observar si tiende a la mejora y cuáles de estos cambios conducen a ese fin. Aunque esto se puede lograr de muchas maneras, esta tarea es más fácil si los datos se pueden visualizar, lo que se logra fácilmente mediante un **Gráfico de Control de Shewhart** o simplemente llamado **Gráfico de Control**.

El gráfico es una herramienta que permite estudiar las variaciones de una serie de datos, y compararlos contra unos valores de referencia. Con esto se pueden apreciar más fácilmente las tendencias, como también las variaciones de los datos. Como se explicará más adelante, las principales variaciones son aquellas que tiene una causa común o esperada, y las variaciones que tienen una causa especial o que son inesperadas.

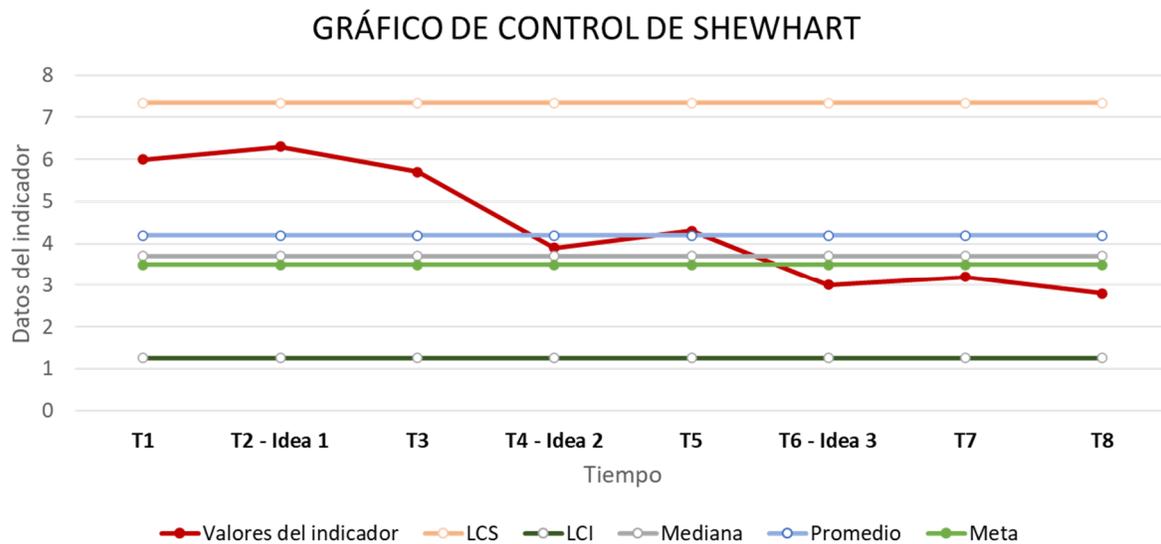
El gráfico es un plano cartesiano cuyos componentes son los siguientes:

- En el eje de las Y, se anotan los valores que arroja el indicador de la meta de mejoramiento, en las unidades en las que se haya definido.
- En el eje de las X, se registran los intervalos de tiempo en los que se mide cada dato del indicador, así como los momentos en los que se implementa cada idea de cambio.
- Además, debe tener una “medida de tendencia central” de los datos. Cuando estos tienen una distribución normal se puede utilizar la media o promedio (\bar{X}) o la mediana (Me) indistintamente; pero cuando los datos no se ajustan a una distribución normal es más correcto utilizar la mediana.
- Además, se recomienda agregar los límites, superior (LSC) e inferior (LIC) de control, que Shewhart recomendaba se calcularan así: $LSC = \bar{X} + 3 * \delta$ y $LIC = \bar{X} - 3 * \delta$. En las fórmulas, la letra

griega delta (δ) representa la desviación estándar de los datos. No obstante, cuando la distribución no es normal el cálculo es más estadísticamente más complejo dificultades, y en últimas, como de lo que se trata es de tener unos valores de referencia, estos pueden ser fijados de manera empírica, teniendo en cuenta el proceso y el conocimiento de los responsables de este (Associates in Process Improvement, 1998, págs. 25-22).

Para entender mejor la conformación de este gráfico se puede observar la siguiente gráfica, donde están indicados todos los componentes anteriores, y donde a propósito se han colocado dos medidas de tendencia central para que se pueda comparar la diferencia:

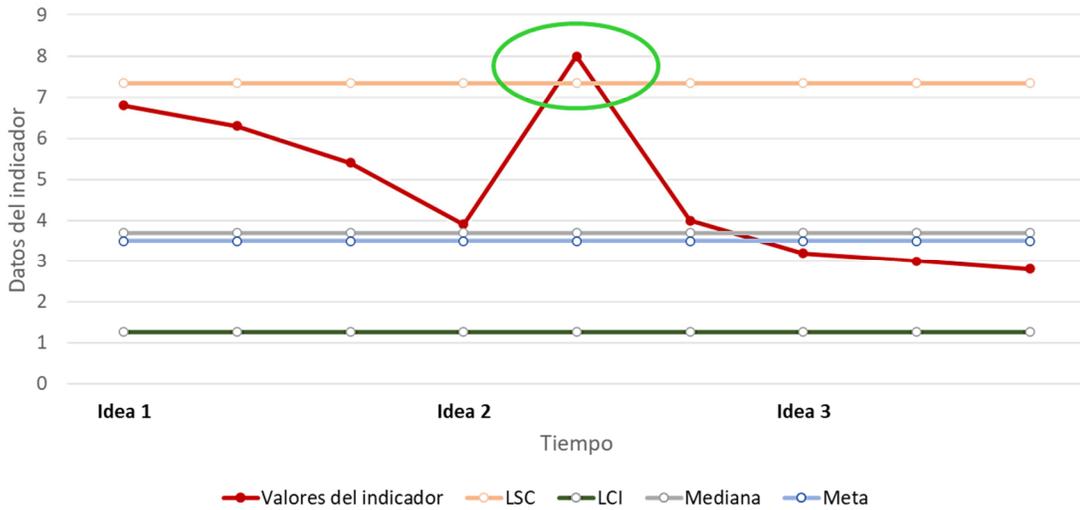
Figura 12. Ejemplo de gráfico de control de Shewhart con sus componentes



En el anterior ejemplo, se aprecia que el promedio y la mediana no coinciden, lo que significa que la distribución no es normal. En esos casos es mejor utilizar esta última medida, porque es mucho más robusta, es decir, se afecta menos por la presencia de sesgos o valores extremos en la distribución como si ocurre con la media o promedio, que tiene el defecto de desviarse más, sobre todo si dichos valores extremos tienden a estar más alejados de la medida central. Por eso se recomienda siempre calcular ambas medidas; si coinciden quiere decir que la muestra es homogénea o tiene una distribución normal. Si no coinciden, la mediana será más representativa de la realidad.

La interpretación de estas gráficas es crucial para entender cómo las ideas de cambio afectan el indicador y con base en ello, tomar decisiones.

Figura 13. Gráfico de control con comportamiento atípico

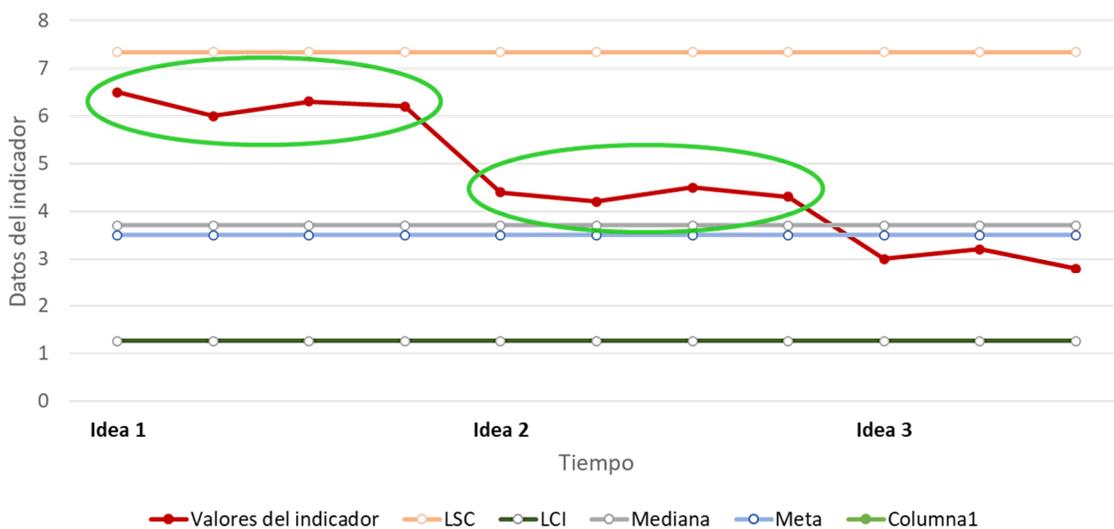


Por ejemplo, en la anterior gráfica se puede observar una variación atípica (dato resaltado con el óvalo verde); mientras los datos anteriores y posteriores tienen un comportamiento regular y dentro de los límites superior e inferior, el atípico se sale del límite superior.

Este tipo de datos se investigan, pero no se tienen en cuenta para interpretar el comportamiento del indicador. En esta gráfica se suprimió el promedio y solo se dejó la mediana, por las razones expuestas anteriormente.

En la siguiente gráfica se pueden observar una variación esperada, es decir, está dentro de los límites, pero se constituyen dos series distintas, y cada una se presenta después de la implementación de una idea de cambio, lo que probablemente puede explicar la variación.

Figura 14. Gráfico de control con variación típica



Estas son solo dos muestras de las posibilidades que pueden presentarse al interpretar un gráfico de control. Para más información, se puede consultar en El Manual de Mejora: modelo, métodos y herramientas para mejoras publicado por Associates in Process Improvement en 1998.

3.4.12 Etapa 10. Ampliar el alcance de las ideas de cambio útiles

Con base en los datos analizados en la etapa 7, “Probar y estudiar las ideas de cambio”, el equipo de mejoramiento define cuáles de las ideas de cambio se descartan, cuáles requieren algún ajuste, y las que merecen ser escaladas o llevadas a otros escenarios de prueba.

Las etapas 7, 9 y 10 se deben continuar desarrollando hasta que se cumpla la meta de mejoramiento. La 8, aunque nutre el proceso, solo se aplicará después si la institución considera que esta puede ser una fuente importante para el mejoramiento.

Logrado ese resultado, la organización puede finalizar la parte operativa y pasar a la última etapa de la ruta correspondiente al aprendizaje organizacional.

3.4.13 Etapa 11. Aprendizaje organizacional

Acorde con lo definido en el numeral 2 “Conceptos básicos”, el aprendizaje organizacional tiene que ver con la capacidad de las organizaciones de asimilar la experiencia, conocimientos adquiridos, los éxitos y los fracasos, para transformar la organización, hacerla más competitiva y mejorar su capacidad de agregar valor a las partes interesadas.

Esto solo es posible lograrlo cuando se ha vivido todo el proceso de mejoramiento, y se tiene claridad sobre las capacidades adquiridas por la institución durante todo el proceso. Con base en esto, la institución debe asegurar que estas se incorporen al quehacer institucional, y por eso solo hasta esta etapa se contempla la evaluación y mejora del enfoque institucional, es decir, que “(...) las directrices, métodos y procesos que en forma sistémica y metódica utiliza la institución” para lograr su misión institucional sean modificados ajustados o se normalicen los nuevos procesos o procedimientos que la institución diseñó y probó durante la aplicación de las etapas precedentes.

Insumo importante de esta etapa es la revisión de todas las ideas de cambio que no solo demostraron ser útiles en la primera prueba, sino que al escalarlas o ampliar su aplicación en otros horarios, servicios, áreas o procesos, mantuvieron su eficacia. Hay que tener en cuenta que algunas ideas de cambio pudieron haber necesitado de ajustes, pero no perdieron su esencia o propósito.

Para ello, el equipo de mejoramiento y las directivas de la organización deben reunirse, revisar los datos generados en todas las 10 etapas previas y tomar las decisiones que sean pertinentes.

Entre otras, se pueden dar los siguientes tipos de decisiones:

- Generar nuevas políticas o directrices.
- Modificar un proceso o procedimiento con los aprendizajes logrados, con el fin de mejorar su desempeño.
- Complementar un proceso o procedimiento con anexos, instructivos o formatos.
- Estandarizar un nuevo proceso o procedimiento con base en los aprendizajes logrados.

- Ajustar la manera en que se implementan los procesos y procedimientos.
- Modificar la forma en que se monitorean y evalúan los procesos y procedimientos.

En esta etapa es importante aplicar las recomendaciones de las **Herramientas para la adaptación en acción (Anexo 5)**, donde se incorpora el fracaso y el aprendizaje logrado al crecimiento de la institución.

Al final de este recorrido, es bueno recordar que el mejoramiento, aunque se puede apoyar en la ciencia y en la tecnología es hecho por humanos, que buscan ver y entender una realidad, transformarla, y hacerla mejor para todos. Pero este no es un proceso lineal. Nuestros pensamientos, nuestros actos son el reflejo de nuestra educación, experiencias y prejuicios y muchas veces este bagaje nos aleja de lo real o lo distorsiona, porque pensar —y a veces actuar— es como respirar, lo hacemos sin darnos cuenta y podemos errar.

Por eso jamás se nos debe olvidar que el mejoramiento, como cambio son una constante, que los errores son parte del mismo y nos ayudan a aprender, y que la calidad no existe, se construye constantemente.

4 PREGUNTAS FRECUENTES

I. ¿Porque debe usarse el gráfico de control y no el gráfico de barras?

Respuesta: En general, los gráficos de control son una herramienta más poderosa para monitorear procesos que los gráficos de barras. Los gráficos de control pueden ayudar a identificar cambios en un proceso que podrían indicar un problema, incluso si el cambio es pequeño. Los gráficos de barras, por otro lado, son mejores para visualizar la distribución de datos, pero no son tan buenos para detectar cambios en el proceso

II. ¿Para la identificar las ideas de cambio se puede aplicar otras metodologías?

Respuesta: La elección de la metodología adecuada para identificar las ideas de cambio dependerá de la situación específica; además es importante utilizar una combinación de metodologías de calidad para aplicar en diferentes partes del proceso

III. ¿Cuál es la diferencia entre causa visible, profunda y más profunda?

Respuesta: La causa visible es el factor o factor que se puede ver fácilmente y que parece ser la causa de un problema. Sin embargo, a menudo es solo la punta del iceberg, y la causa profunda es el factor subyacente que está realmente causando el problema. La causa más profunda es aún más difícil de identificar, pero es la causa raíz del problema y es la que debe abordarse para resolver el problema de manera permanente.

IV. ¿Qué tipo de indicadores se pueden implementar para validar el cumplimiento de la meta?

Respuesta: El tipo de indicadores que se pueden implementar para validar el cumplimiento de la meta dependerá de la naturaleza de la meta. En general, los indicadores deben ser:

- Cuantificables: Esto significa que deben poder expresarse en números o en una magnitud.
- Específicos: Esto significa que deben indicar claramente lo que se está midiendo.
- Alcanzables: Esto significa que deben ser realistas y factibles.
- Relevantes: Esto significa que deben medir el progreso hacia la meta.
- Oportunos: Esto significa que deben proporcionar información a tiempo para que las acciones correctivas puedan tomarse si es necesario.

Como estos indicadores miden el progreso hacia la meta y se formulan en coherencia con esta, se recomienda usar los siguientes tipos:

- Indicadores de impacto: Son aquellos que miden el efecto de una intervención sobre el desempeño de la institución, o la situación de salud o condiciones de bienestar de las personas. Ejemplos de esto pueden ser los cambios en la satisfacción de los clientes, la rentabilidad de la entidad, la mortalidad o morbilidad de los pacientes, entre otros.
- Indicadores de resultado: Son los que miden la capacidad de las acciones para lograr los objetivos esperados y ofrecer productos o servicios acordes con las necesidades y expectativas de los clientes. Ejemplos de estos pueden ser la eficiencia del servicio, la mejora en la

seguridad, la frecuencia y tipo de eventos adversos, la frecuencia y tipo de las fallas en los servicios o procesos, etc.

V. ¿Se puede utilizar el diagrama de Pareto para definir el problema?

Respuesta: El diagrama de Pareto se puede utilizar para identificar los problemas más importantes. Los problemas que ocurren con mayor frecuencia son a menudo los que tienen el mayor impacto. Por lo tanto, el diagrama de Pareto puede ayudar a las organizaciones a identificar los problemas que deben abordarse primero.

VI. ¿Si las ideas de cambio no funcionan que se puede hacer?

Respuesta: Si la idea de cambio no impacta la meta, se deben tomar medidas para mejorarla. Estas medidas pueden incluir reconsiderar la idea, revisar los datos, realizar pruebas adicionales. Se hace necesario:

- Enfocarse en el impacto: El objetivo de cualquier cambio es tener un impacto positivo en la organización. Al evaluar las ideas de cambio, es importante centrarse en el impacto que tendrán.
- Considerar todos los factores: Al evaluar las ideas de cambio, es importante considerar todos los factores relevantes. Esto incluye el costo, el tiempo y los recursos necesarios para implementar el cambio.
- Ser flexible: Es importante ser flexible al evaluar las ideas de cambio. Es posible que sea necesario ajustar la idea para que se ajuste mejor a la realidad.

5 BIBLIOGRAFIA

- Agencia de Calidad de la Educación. (s.f). Modelo de Mejora Ciclo de Mejora y Diagrama Conductor: Ideas claves de la metodología. Santiago de Chile, Chile. Recuperado el 21 de Marzo de 2023, de https://documentop.com/ace-modelo-de-mejora_5b227fb6097c475a138b4576.html
- Angarita Gálvez, I. J. (Abril de 2013). Guía para la priorización de oportunidades de mejoramiento: Aspectos y pasos fundamentales. Bogotá, D.C., Colombia.
- Associates in Process Improvement. (1998). *El Manual de Mejora: modelo, métodos y herramientas para mejoras* (Vol. 1). Austin, Texas, USA.
- DAFP. (s.f.). *Servicio al ciudadano - Glosario*. Recuperado el 12 de Marzo de 2023, de Departamento Administrativo de la Función Pública Web Site: <https://www.funcionpublica.gov.co/glosario/-/wiki/Glosario+2/Alta+Direcci%C3%B3n>
- Dictionary.com & Oxford University Press . (2022). *Diccionario de inglés y español, sinónimos y traductor de español a inglés*. (Lexico.com, Editor) Recuperado el 22 de Mayo de 2022, de Lexico.com: <https://www.lexico.com/es/definicion/anecdota>
- DiPrete-Brown, L., Miller-Franco, L., Rafeh, N., & Hatzell, T. (1999). Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. *Proyecto de Garantía de Calidad, 2*. (USAID, Ed.) Bethesda, MD, USA.
- Euroinnova International Online Education. (2023). *Blog educativo: ¿Qué es método y metodología?* Recuperado el 23 de Marzo de 2023, de Euroinnova Formación S.L. Web site: <https://www.euroinnova.edu.es/blog/que-es-metodo-y-metodologia#:~:text=Los%20m%C3%A9todos%20pueden%20definirse%20como,de%20cierto%20resultado%20o%20finalidad.>
- Fundación Wikimedia, Inc. (12 de Mayo de 2023). *Wikipedia: La enciclopedia libre*. Recuperado el 6 de Junio de 2023, de https://es.wikipedia.org/wiki/Cinco_W
- Gobierno Federal de los Estados Unidos Mexicanos: Programa Especial de Mejora de la Gestión en la Administración Pública Federal 2008-2012. (2008). *Herramientas para el análisis y mejora de procesos*. México, D.F., México.
- Hilton, K., & Anderson, A. (2018). *Marco de la Psicología del Cambio de IHI para Promover y Mantener la Mejora*. Boston, Massachusetts, USA.
- Institute for Healthcare Improvement. (2022). *How to Improve*. Recuperado el 15 de Agosto de 2022, de Institute for Healthcare Improvement web site: <https://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>
- Institute for Healthcare Improvement. (2023a). *Science of Improvement*. Recuperado el 23 de Marzo de 2023, de Institute for Healthcare Improvement (IHI) Web site: <https://www.ihl.org/about/Pages/ScienceofImprovement.aspx>

- Institute for Healthcare Improvement. (2023b). *History*. Obtenido de Institute for Healthcare Improvement (IHI) Web site: <https://www.ihl.org/about/Pages/History.aspx>
- International Standardization Organization. (2015). *Norma internacional ISO 9000:2015. Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario*. (S. C. ISO, Ed.) Ginebra, Suiza.
- Langley, G., Moen, R., Nolan, K., Nolan, T., Norman, C., & Provost, L. (2009). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (Segunda ed.). San Francisco, California, USA: Jossey-Bass Publishers.
- Ministerio de Educación Nacional. (s.f.). Guía Lecciones Aprendidas. Bogotá, D.C., Colombia. Obtenido de https://sig.mineducacion.gov.co/files/mod_documentos/documentos/CI-GU-03/CI-GU-03_copia_controlada.pdf
- Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Unión Temporal Instituto de Ciencias de la Salud CES - Centro de Gestión Hospitalaria. (2007). *Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá, D.C., Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Glosario Acreditación en Salud*. Bogotá, D.C., Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (5 de Febrero de 2016b). Resolución 256. *Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud*. Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado el 13 de Febrero de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia* (Vol. Versión 3.1). Bogotá, D.C., Colombia.
- Moen, R. D., & Norman, C. L. (Noviembre de 2010). Circling Back. *Quality Progress*, 23-28.
- OECD, Eurostat. (2018). *Oslo Manual 2018: Guidelines for Collecting, Reporting and Using Data on Innovation* (Cuarta ed.). doi:doi.org/10.1787/9789264304604-en
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española. *Edición del Tricentenario - Actualización 2022*. Madrid, España. Recuperado el 02 de Junio de 2023, de <https://dle.rae.es/>
- Secretaría Distrital de Salud. (2022a). *Glosario*. (D. d. Calidad, Ed.) Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado el 12 de Marzo de 2023
- Secretaría Distrital de Salud. (2022b). Lineamiento de Asistencia Técnica Secretaría Distrital de Salud. (D. d. Calidad, Ed.) Bogotá, D.C., Colombia. Recuperado el 8 de Febrero de 2023
- Secretaría Distrital de Salud. (2023). *Programa Ruta de Mejoramiento de la Calidad: Hacer las cosas bien trae cosas buenas* (Segunda ed.). Bogotá, D.C., Colombia.

Segalen, M. (2005). *Ritos y rituales contemporaneos*. (A. Martorell-Linares, Trad.) Madrid, España: Antropología Alianza Editorial.

Sociedad Latinoamericana para la Calidad. (2000). *Gráfica de Comportamiento*.

UNIR - Universidad Internacional de La Rioja. (16 de Diciembre de 2022). *Benchmarking: qué es, tipos, etapas y ejemplos*. Recuperado el 9 de Agosto de 2023, de Noticias de Comunicación y Mercadotecnia: <https://mexico.unir.net/comunicacion-mercadotecnia/noticias/que-es-benchmarking/>

6 CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	RAZÓN DE ACTUALIZACIÓN
01	21 de diciembre de 2023	Este documento se crea para fortalecer las funciones de la Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud, con el fin de implementar políticas, lineamientos, programas y proyectos, que promuevan la calidad y seguridad en la prestación de servicios de salud, y brindar asistencia técnica a los prestadores de servicios de salud del distrito, para que mejoren la calidad de la atención y se orienten hacia estándares superiores de calidad.

7 ANEXOS

En los siguientes anexos se describen herramientas útiles para implementar las 11 etapas de la MECA. La mayoría de ellas son adaptadas o adoptadas del informe técnico del *Institute for Healthcare Improvement* llamado Marco de la Psicología del Cambio de IHI para Promover y Mantener la Mejora (Hilton & Anderson, 2018).

7.1 Anexo 1. Herramientas para potenciar la motivación intrínseca

7.1.1 Desarrollar actividades participativas y significativas

“Olvida los halagos. Olvida los castigos. Olvida el dinero. Tienes que hacer que sus trabajos sean más interesantes”; eso lo dijo Frederick Herzberg y es una buena introducción a este primer ítem. Activar la **motivación intrínseca** es importante, ya que se logra un consenso entre quienes están participando y se permite que “(...) aquellos que se ven afectados por el cambio puedan expresar por qué el cambio es valioso o no, desde su perspectiva”, permitiendo “(...) que las personas accedan a esta motivación, una y otra vez, para promover y mantener la mejora” (Hilton & Anderson, 2018, pág. 11). A continuación, se muestran estrategias para lograrlo:

1. **Comprometer a las personas con un objetivo significativo.** Esto las ayuda a sentir que tienen la oportunidad de lograr algo realmente valioso. Un ejemplo podría ser un concurso de ideas en el que cada empleado plantea cómo podría hacer crecer su empresa o institución, o en el que se les pide que propongan cual es el problema o reto de mejora más importante para todos, y luego se desarrolla el proyecto sobre el más mencionado.
2. **Estimular el liderazgo en actividades del proyecto.** Cuando los demás observan que el un compañero asumió el liderazgo en alguna tarea que los involucra a todos, es más factible que todos se esfuercen por cumplir el objetivo. Esto se puede hacer permitiendo que colaboradores que no tienen cargos de dirección asuman el liderazgo en actividades del proyecto de forma voluntaria, o por postulación de sus compañeros.
3. **Elegir la mejor forma de cumplir una tarea.** Consiste en permitir a los empleados elegir cómo realizar su trabajo, usando su propio criterio para decidir las tareas y el orden en que se realizarán, teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo y presupuesto. Con esto se busca que lo que hacen las personas tenga más sentido para ellas y mejorar su compromiso.
4. **Fomentar el trabajo en equipo.** Pertenecer a un grupo y realizar un esfuerzo conjunto desarrolla un sentido de lealtad, mayor seguridad y autoestima. Para esto se pueden asignar tareas a pequeños grupos de trabajo —los cuales pueden ser conformados libremente por las mismas personas o a través de un juego—, y luego se verifica no solo el cumplimiento de la tarea, sino el desempeño del equipo.
5. **Hacer seguimiento periódico a las tareas.** Es fundamental saber qué avances se han dado a nivel individual, del equipo, y del proyecto, pues esto asegura el cumplimiento del objetivo de la mejora, y genera más confianza en los empleados que saben oportunamente en que han acertado, en que no, y qué se debe ajustar. Para ello se pueden realizar sesiones de autoevaluación o de evaluación por pares, procurando que sean respetuosas, centradas en la tarea y no en la persona, y que tengan como fin la toma de decisiones para lograr el objetivo.

6. **Reconocer los avances y logros en el desarrollo del proceso.** Una forma de asegurar que el trabajo se completa con las especificaciones requeridas es evaluar con el mismo grupo el desarrollo de las tareas y exaltar a los participantes que se empoderan de ellas, que muestran progresos importantes, o que consiguen cambios positivos para el proyecto. Esto debe hacerse en público para que sirva de ejemplo a los demás colaboradores.

7.1.2 *Narrativa pública*

Esta herramienta permite activar la motivación de las personas, apelando al relato de historias, a través de las cuales se buscan aspectos comunes que les permitan identificarse entre sí y motivarlos a trabajar en la mejora.

Comienza con la narración de una **historia propia**, basada en la pregunta: ¿Por qué yo? Con esto se accede a los recursos emocionales incorporados en los valores y se permite una acción consciente. Continúa con una **historia compartida**, a través de la pregunta ¿Por qué nosotros? Con esta se accede a los recursos emocionales incorporados en los valores compartidos por el grupo de personas involucradas en la acción. Y finaliza con una **historia actual**, a través de la pregunta ¿Por qué ahora?, Con esta se busca que las personas transformen el momento presente en una narración en la que todos enfrentan un desafío urgente, acceden a fuentes de esperanza y responden al reto de manera consciente.

Para desarrollar la narrativa se procede de la siguiente forma:

- Se conforman grupos pequeños 8-10 personas máximo, para que cada uno realice el ejercicio.
- El facilitador da ejemplos sobre cómo contar una historia propia (primer paso) basada en la pregunta ¿Por qué yo? Por ejemplo: por qué yo escogí mi profesión, por qué yo he cambiado mis intereses profesionales con el tiempo, por qué yo trabajo en el ámbito de la salud, por qué yo voy a participar en esta iniciativa.
- Luego se pide a cada grupo que cada uno de sus miembros haga lo mismo mientras los demás escuchan atentamente.
- Seguidamente se hace lo mismo con la pregunta ¿por qué nosotros? Para ello se pueden plantear temas que sean del interés del grupo, por ejemplo, por qué nosotros llegamos a trabajar a esta entidad o por qué nosotros celebramos los cumpleaños de los compañeros.
- Luego se hace lo mismo con la pregunta ¿por qué ahora? Los temas se pueden centrar en el trabajo que se va a desarrollar en el proyecto de mejora.
- Cuando terminan todos se les pregunta qué aspectos encontraron en común, y se les pide que reflexionen sobre todas las cosas que los unen.
- Resaltarles que esas experiencias comunes pueden llevarlos en el HOY a tener un propósito común. Preguntarles: ¿cuál sería ese propósito común?, o, El ejercicio realizado hoy, ¿a qué me motiva a nivel de trabajo de equipo en mi institución o en la sociedad en que vivo?

7.1.3 *Jugar y celebrar*

Estos 2 elementos son muy afines a la cultura de nuestro país y sirven de estrategia para motivar a las personas. De una parte, el **juego** permite a las personas ser auténticas, profundiza su imaginación y

creatividad, y les ayuda a tomar riesgos. De otra parte, la **celebración** es un acto para detenerse y reflexionar sobre lo sucedido, interpretar y honrar los logros, dar gracias a las personas por sus contribuciones y aprender de los éxitos y los fracasos.

Se pueden desarrollar juegos en comunidad, para realizar cualquiera de las actividades de las 11 etapas de la MECA, preferiblemente que sean de dominio público, como lo juegos tradicionales de cada región. Por ejemplo, para que las personas propongan problemas se puede hacer un “reinado de problemas” por servicios o áreas, en el que cada una de estas presenta un problema y para ganar deben exaltarse todas sus virtudes —lo que lo hace más interesante—, para que al final un jurado escoja “el rey de los problemas”. Otro ejemplo puede ser usar un juego de dominó para conformar equipos de trabajo; en este se le entrega una ficha a cada persona y debe buscar a las personas que tengan una ficha que empareje con la suya (por ambos lados de la ficha), como se hace normalmente en el juego. La actividad continuará hasta que se conformen grupos de personas que tengan la cantidad fijada para cada grupo de trabajo.

En el caso de la celebración, se pueden usar rituales similares a los tradicionales. Una celebración usual en nuestro medio son los cumpleaños. Se puede celebrar el cumpleaños del proyecto, y en este se comparten alimentos y bebidas, se cuentan las anécdotas, las victorias y las derrotas ocurridas desde la anterior reunión, y se reconoce a las personas que, en criterio del grupo, se han destacado en el periodo. El propio acto simbólico (ver etapa 6 de la MECA) es una celebración, pues en esta las personas reconocen el poder y el coraje de un compañero secreto, que solo sabe quién es cuando lee su tarjeta y este pasa al frente.

7.2 Anexo 2. Herramientas para favorecer el codiseño del cambio

7.2.1 Tomar conciencia de los prejuicios

Todas las personas tienen prejuicios que afectan la manera en que diseñan, hacen o evalúan los diferentes aspectos de la vida; y si los prejuicios se combinan con una posición de poder —sin importar el nivel de dicha posición—, se puede terminar afectando negativamente todo un proyecto. En el caso de los procesos de mejoramiento, tomar conciencia de los prejuicios facilita el relacionarse con otras personas, analizar las situaciones y tomar mejores decisiones.

Una manera de conocer los propios prejuicios es utilizar la técnica de los “cinco porqués” que se aplica usualmente para hacer análisis de causa raíz, para hacer un ejercicio de autorreflexión, para preguntarse por qué se actúa de tal manera frente a personas, ideas o situaciones: Por ejemplo, se puede iniciar con la pregunta ¿por qué reaccioné frente a esta persona o idea de esa manera? o ¿por qué supuse eso?, y continuar preguntando “por qué” frente a cada respuesta, hasta entender que aspectos de la formación, crianza, experiencias vividas, etc., afectan el juicio propio.

Otra forma es aplicar una prueba sobre prejuicio implícito. La Universidad de Harvard dispone de una herramienta en línea, con la que se pueden descubrir prejuicios relacionados con raza, género, orientación sexual y otros tópicos. La herramienta está disponible en el siguiente vínculo web: <https://implicit.harvard.edu/implicit/>

Por último, se puede aplicar la “Regla de los siete segundos”, que consiste en realizar una pausa antes de afirmar algo o personalizar una idea (referirse a algo atribuyéndoselo a alguien, como cuando se dice “Juan no se sabe comunicar con el grupo” en vez de decir “hay fallas en la comunicación del grupo”), para hacer conciencia de los prejuicios presentes.

7.2.2 Mapeo de actores

Un **actor** puede ser un individuo o grupo social con una función diferenciada dentro o fuera de la institución. En sistemas de calidad también se conoce como **parte interesada**, y se define como la “*persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad*” (International Standardization Organization, 2015). Los actores o partes interesadas son importantes porque la función que cumplen es clave para lograr el cambio.

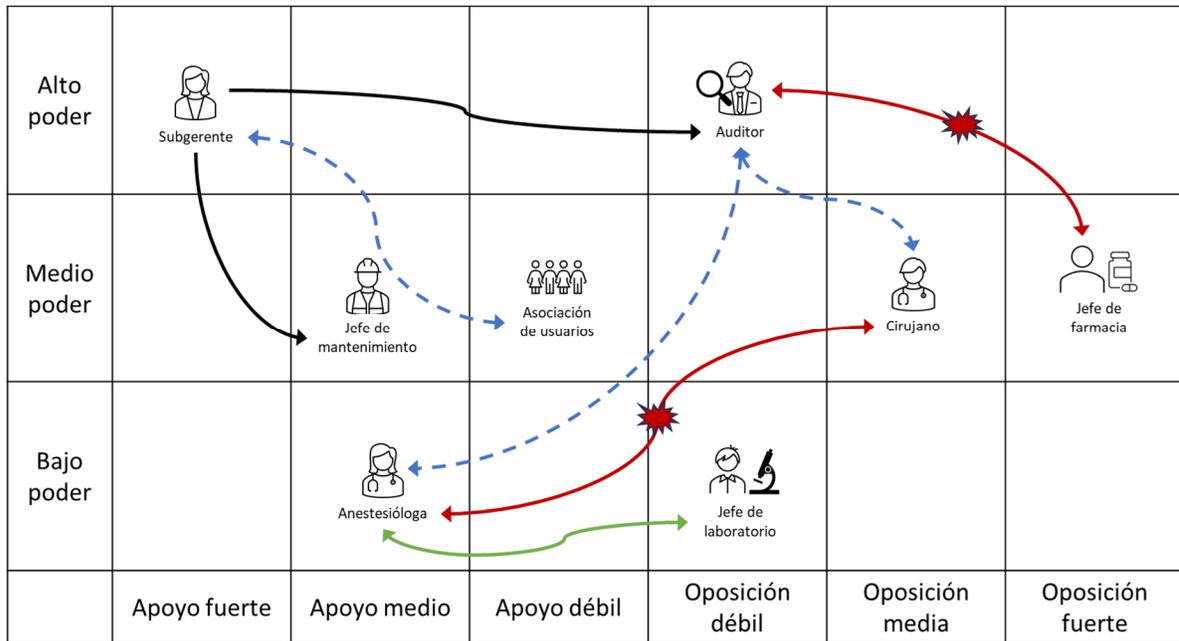
El mapeo de actores pretende identificar las partes interesadas y graficar de qué manera se conectan. Así se puede ver la red de relaciones entre los actores sin importar las jerarquías. El mapa es un activo vivo, que cambia con el tiempo, sobre todo, en la medida en que el equipo de mejoramiento gana conocimiento y ve la necesidad de involucrar a más actores con relevancia para el cambio.

Una manera de hacer un mapa de actores es la siguiente:

1. Hacer una lista de actores o partes interesadas, con la ayuda de los colaboradores que hacen parte del equipo de mejoramiento.
2. Colocar los actores o partes interesadas en la plantilla del mapa, señalando su probable posición con relación al problema escogido y a la búsqueda de soluciones para el mismo.

3. Ubicar los actores en la plantilla del mapa, teniendo en cuenta su capacidad de poder al frente al problema escogido y a la búsqueda de soluciones para el mismo.
4. Mostrar las relaciones existentes entre los actores o partes interesadas, a través de flechas, usando las convenciones propuestas o las que mejor describan la relación, como se muestra en la siguiente gráfica:

Figura 15. Ejemplo de un mapa de actores



Tipo de flecha	Significado
→	Influencia sobre...
↔ (dashed)	Relación intermitente
↔ (solid)	Relación de cooperación
↔ (with starburst)	Conflicto
Sin flecha	Relación inexistente

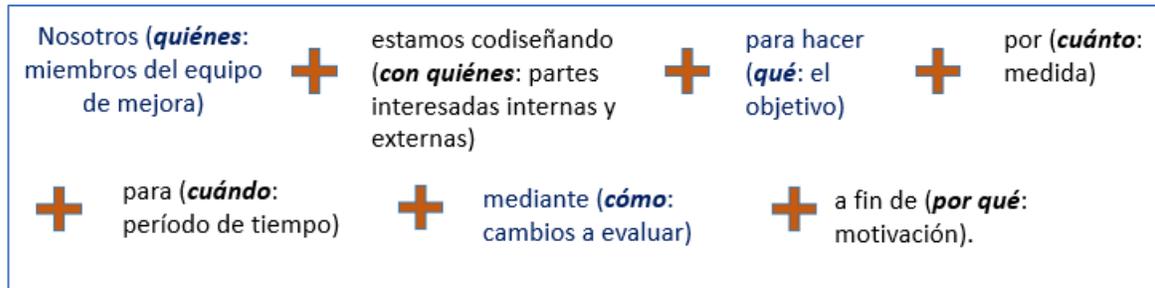
Cuando el actor es un grupo, por ejemplo, médicos especialistas, se recomienda identificar que personas dentro del mismo son claves para el cambio: líderes formales, líderes naturales, personas con reconocimiento dentro del grupo.

El mapa se puede completar entendiendo el contexto más amplio de la institución, a través de entrevistas informales en lugares cotidianos de la misma, para identificar las personas que tienen influencia, aunque esta sea informal, para añadirlos al mapa e irlo completando.

7.2.3 Desarrollar declaraciones de metas impulsadas por las personas

Este tercer método propuesto por IHI dice que las declaraciones de metas impulsadas por las personas deben hacer énfasis en el “**nosotros**”, siguiendo el esquema que se observa a continuación:

Figura 16. Esquema para la declaración de una meta impulsada por las personas



Este esquema busca que la declaración de la meta sea impulsada por las personas, en contraste con las metas declaradas de forma tradicional que solo establecen la medida a alcanzar de forma impersonal, como se muestra en los dos enunciados siguientes:

- **Declaración de meta tradicional:** Reducir en un 50 % el tiempo de estadía de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI), en un período de 9 meses.
- **Declaración de la meta impulsada por las personas:** Nosotros, María Martínez, Jorge Yepes y Juan Carlos Saldarriaga, estamos codiseñando con los pacientes de la UCI y sus familias, el equipo de cuidado paliativo y el personal de la UCI, para reducir en un 50 % el tiempo de estadía de los pacientes de la UCI, en un período de 9 meses, mediante acciones que mejoren la calidad del cuidado de los pacientes y reduzcan los costos.

En esta declaración de metas, los equipos deben **codiseñar las métricas** que realmente son importantes para ellos.

7.3 Anexo 3. Herramientas para coproducir en una relación auténtica

El IHI propone que la labor de coproducción sea realizada sobre la base de construir relaciones auténticas entre quienes dirigen las acciones de mejora y las personas que se van involucrando. Esto implica varias acciones, tales como:

- Tratar a las personas como valores, no como cargas.
- Brindar oportunidades de crecimiento y desarrollo
- Desarrollar la inteligencia emocional y la capacidad de las partes interesadas de trabajar juntas.
- Reducir la distinción entre productores de servicios y consumidores de servicios.
- Brindar responsabilidad real, liderazgo y autoridad a todas las personas involucradas.

Con estas acciones se busca **reconocer y apoyar las diferencias** entre las personas y sus perspectivas, y crear una relación donde cada miembro pueda presentar su **yo real** y sus **pensamientos auténticos** y eso favorezca que se mantengan los compromisos mutuos.

7.3.1 Practicar los cinco pasos de una reunión personal

Paso 1. Coordinación: El organizador de la reunión decide intencionalmente dedicar su atención al trabajo con otras personas, lo que significa que programa su tiempo para estar totalmente presente sin interrupciones.

Paso 2. Propósito: Al comienzo de la reunión, el organizador describe con transparencia el propósito de la reunión, expresa energía y agradecimiento, y confirma el tiempo de finalización para ponerle un límite y un ritmo a la conversación.

Paso 3. Exploración: Este es el centro de la conversación, en donde el organizador hace preguntas abiertas y honestas, y escucha detenidamente. En un contexto de mejora, el enfoque está en aprender qué les importa y qué motiva a las personas para potenciar la motivación intrínseca. El organizador de la reunión escucha el 80 % del tiempo, toma notas mentales sobre los valores, los intereses y los aportes de la otra persona, y comparte información sobre sí mismo el otro 20 % del tiempo. Este paso establece una buena base para una relación auténtica.

Paso 4. Intercambio: Se nombra explícitamente la información, el apoyo, los desafíos y los conocimientos que las personas están intercambiando durante la conversación, y se explora un posible propósito en común. Se pide la opinión de las otras personas sobre ese propósito, con lo que se pone en juego la coproducción.

Paso 5. Compromiso: Una reunión personal exitosa finaliza con un compromiso claro, es decir, quién hará qué, y para cuándo, que permitan un intercambio de aportes estratégicos y mutuos.

7.3.2 Cultivar los 5 hábitos del corazón

Los hábitos del corazón son *“maneras profundamente imaginadas de ver, ser y responder... que involucran a nuestra mente, nuestras emociones, nuestra imagen personal y nuestros conceptos de significado y propósito”* (Tocqueville y Palmer, citados por Hilton & Anderson, 2018, pág. 20).

Estos hábitos son:

- **Comprenden la idea de que todos estamos en esto juntos.** Lo que significa que tanto los logros como los fracasos han sido un producto conseguido entre todos y no son adjudicados sólo a una persona.
- **El valorar la “otredad”.** En dónde se aprecia verdaderamente la experiencia, el conocimiento, la manera de ver las situaciones del otro.
- **La habilidad de manejar la tensión de manera saludable.** Para que la tensión que genere cualquier diferencia sea gestionada sin afectar la relación.
- **Un sentido de agencia personal** (poder y coraje) para el cambio, de parte de quien propone la coproducción de las acciones de mejora y voz para mostrar esa agencia.
- **Capacidad para crear comunidad.** Fomentando las interacciones entre los miembros del equipo para trabajar juntos en la generación de las acciones.

7.3.3 Hacer preguntas abiertas y honestas

En esta técnica se obtienen respuestas más completas a las preguntas que se hagan, básicamente permitiendo que las personas contribuyan, sin tener una respuesta predeterminada en mente para la pregunta, es decir, permitiendo el flujo de ideas.

Para lograrlo es importante tener en cuenta que las preguntas abiertas dejan un espacio mayor para que se compartan ideas diferentes, por ejemplo ¿Qué sucedió? ¿Cómo lo hizo sentir? ¿Qué aprendió?

Parte del éxito de esta técnica consiste en que después de cada pregunta hay que escuchar detenidamente y buscan entender las respuestas, sin cuestionar o invalidar la respuesta, sino profundizando en la misma con otras preguntas.

7.3.4 Practicar la indagación apreciativa

Consiste en invitar al equipo a reflexionar sobre sus éxitos y experiencias positivas pasados y a aprender de ellos. La indagación apreciativa puede ser motivadora, tanto para líderes como para equipos, y puede ayudarlos a crear una nueva narrativa que todos compartan, incluso si el cambio es parte de ella

7.3.5 Practicar la escucha profunda

Esta herramienta o práctica puede ser complementaria de muchas otras, pues propone que para alimentar relaciones auténticas las personas deben estar en calma, así es más fácil recibir y entender las palabras y los argumentos de otras personas.

Para ello, se debe fomentar la concentración en el otro; por eso se apaga la tecnología, se ponen en pausa los pensamientos, se presta atención y se activa la curiosidad, se escucha para entender, para encontrar las emociones tras las palabras, y para detectar el compromiso (o la falta de compromiso) con lo que se está expresando.

7.4 Anexo 4. Herramientas para distribuir el poder

El poder para la psicología del cambio no es la posición ni el cargo que una persona tiene dentro de una organización; no es una cosa, un atributo, ni una característica. El poder es relacional. Se produce por una serie de relaciones interdependientes que se pueden cambiar para alcanzar un fin específico. El poder se genera cuando las personas aplican sus habilidades, conocimientos, experiencias y su capacidad de actuar, de manera individual o en conjunto, para alcanzar un fin.

Sin embargo, este ejercicio no está exento de problemas, pues todas las personas pueden ejercer poder en distintos grados, pero tienen prejuicios y sesgos, tanto implícitos como explícitos, que afectan su juicio, y llevan a que ese ejercicio de poder sea injusto, se tomen decisiones a expensas de quienes no tienen poder, las personas creen que no van a ser beneficiados por los cambios que se diseñen, como sí ocurrirá con quienes ostentan el poder, y esto hará que no participen en la mejora.

Para contrarrestar estos efectos se pueden implementar las siguientes herramientas:

7.4.1 *Crear un propósito compartido*

Para abordar las dinámicas de poder y las fuentes de resistencia para la mejora, se pueden hacer al grupo preguntas que los lleven a encontrar respuestas y propósitos comunes. Se propone trabajar en estas 4:

- ¿Qué cambio queremos como equipo de mejora? (¿Cuál es nuestro interés?)
- ¿Quién tiene lo necesario para crear el cambio?
- ¿Qué quieren los demás actores de la institución? (¿Cuál es su interés?)
- ¿Qué aportes hace nuestro trabajo de mejora que estas personas quieren o necesitan?

7.4.2 *Celebrar cuando las personas ceden el poder*

Celebrar es una manera de estimular el cambio. Por eso es importante aplaudir y reconocer los siguientes comportamientos:

- Cuando una persona con autoridad por su posición diga “dígame más”, en lugar de “quisiera hablar con usted después de la reunión”, **valórelo**.
- Cuando una persona con autoridad posicional muestre vulnerabilidad o pida una revisión de desempeño inversa, **agradézcaselo**.
- Cuando el equipo tome una decisión en conjunto, **destaque que fue un logro grupal**. Valorar a las personas por distribuir el poder los motiva a seguirlo haciendo.
- Cuando un miembro del equipo le pida a otro más callado que comparta sus ideas, deténgase para **agradecérselo a ambos**.

7.5 Anexo 5. Herramientas para la adaptación en acción

Pasar a la acción puede ser una experiencia motivadora para que las personas aprendan y reafirmen su voluntad de ser eficaces. Son raras las ocasiones en que las personas pueden aprender todo lo que necesitan aprender para tener éxito, antes de entrar en acción: el verdadero entendimiento surge en la acción, no la precede. Por eso es importante **adoptar** los cambios sin caer en la trampa de repetirlos en todas las situaciones **y adaptarlos** a los nuevos contextos.

Por eso, cuando se planean las ideas de cambio se debe integrar el fracaso como parte del proceso de mejora. Con esto se transmite al equipo de mejoramiento la tranquilidad de que pueden fracasar o equivocarse sin ningún temor. Esto aleja la mentalidad del logro y acerca a las personas a una **mentalidad de crecimiento**, en la que se entiende que los resultados mejoran cuando **se elogia y se recompensa también el esfuerzo y el desarrollo del proceso** para buscar los cambios, en lugar de elogiar sólo los logros. Por eso, los reconocimientos deben ser para quienes han logrado lo propuesto, como también para los que no. Un ejemplo de aplicación de esta herramienta es que cuando se quiera a premiar a los colaboradores, se dé también una distinción a los que consiguieron completar una tarea, aunque el resultado no haya sido el esperado, pero haciendo explícito porqué lo merecen.