

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

**Guías Básicas
para la Implementación
de las Pautas de Auditoría
para el Mejoramiento de la
Calidad de la Atención en Salud**

(2007)

ISBN: 978-958-98220-7-4

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

Autores:

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

Interventoría: **Julio César Vergel Garnica M.D.**
Consultor de Transferencia de Acreditación

Edición: Imprenta Nacional de Colombia
Bogotá, D. C., 2007

RESERVA DEL DERECHO DE AUTOR

© MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Se autoriza la reproducción total o parcial, siempre y cuando se mantenga la integridad del texto y se cite la fuente.



Libertad y Orden

DIEGO PALACIO BETANCOURT
Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO
Viceministro Técnico

BLANCA ELVIRA CAJIGAS DE ACOSTA
Viceministra de Salud y Bienestar

ANDRÉS FERNANDO PALACIO CHAVERRA
Viceministro de Relaciones Laborales

ROSA MARÍA LABORDE CALDERÓN
Secretaria General

MARCELA GIRALDO SUÁREZ
Directora General de Calidad de Servicios



Libertad y Orden

**DIRECCIÓN GENERAL
DE CALIDAD DE SERVICIOS**

MARCELA GIRALDO SUÁREZ
Directora General de Calidad de Servicios

MARITZA ROA GÓMEZ
Coordinadora Grupo de Calidad

JAIME GUERRERO GUERRERO M.D.
NANCY GUILLOT SOLANO M.D.
FRANCISCO RAÚL RESTREPO PARRA M.D.
JULIO CÉSAR VERGEL GARNICA M.D.
Consultores

Programa de Apoyo a la Reforma de la Salud

TERESA MARGARITA TONO RAMÍREZ
Directora Ejecutiva

OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES
2007



**ASOCIACIÓN
CENTRO DE
GESTIÓN
HOSPITALARIA**

DIRECTOR GENERAL DEL PROYECTO
JULIO PORTOCARRERO MARTÍNEZ

EQUIPO TÉCNICO

CARMEN ELISA NÚÑEZ SAAVEDRA M.D.
SERGIO LUENGAS AMAYA M.D.
GLORIA INÉS OSORIO ROJAS

TABLA DE CONTENIDO

	Págs.
Introducción.....	13
1. Antecedentes.....	15
2. Conceptualización del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	16
2.1 Enfoque de la Auditoría.....	17
2.1.1. Teoría General de Sistemas.....	17
2.1.1.1. Sistemas cerrados.....	19
2.1.1.2. Sistemas abiertos.....	20
2.1.2. Subsistemas de un sistema.....	21
2.1.3. El enfoque sistémico y su aplicación en la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	22
2.2. Las etapas generales de la auditoría, con enfoque conceptual sistémico	30

GUÍA No. 1

Cómo realizar la Autoevaluación para identificar los procesos objeto de la Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud.....	35
Propósito de la guía	35
Qué es la autoevaluación?	35
Quiénes realizan la autoevaluación?	36
¿Cuándo se debe hacer la autoevaluación?	36
¿Por qué hacer la autoevaluación?	36
¿Cómo se realiza el proceso de autoevaluación?	37

	Págs.
Definición.....	39
1.3. Ejecución del proceso de autoevaluación	40

GUÍA No. 2

Cómo realizar la definición de prioridades.....	43
Propósito de la guía	43
Seleccionar los procesos por mejorar	43
Cómo realizar la priorización de los procesos objeto de mejoramiento.....	44

GUÍA No. 3

Cómo realizar la definición de la calidad esperada en los procesos seleccionados como prioritarios	49
Propósito de la guía	49
Quiénes definen el nivel de calidad esperado por lograr en los procesos.....	49
Planear el nivel de calidad esperada	50
Cómo identificar las necesidades y expectativas de los clientes	51
Definir los indicadores de los procesos objeto de mejora	52
1.1. Qué es un indicador	53
1.2. Niveles de referencia de un indicador	53
1.3. Atributos de una buena medición.....	54
1.4. Cómo construir un indicador.....	55

GUÍA No. 4

Cómo hacer la medición inicial del desempeño de los procesos.....	57
Propósito de la guía	57
Cómo diseñar y ejecutar el procedimiento de auditoría	57

GUÍA No. 5

Cómo realizar la formulación, ejecución y evaluación del plan de mejoramiento .	63
---	----

	Págs.
Propósito de la guía	63
¿Qué es un plan de mejoramiento?.....	63
Preparación para la formulación del plan	63
Capacitación del equipo de mejoramiento.....	64
Formulación del plan de mejoramiento.....	65
Seguimiento al plan de mejoramiento.....	66

GUÍA No. 6

Cómo generar el aprendizaje organizacional-estandarización de procesos	69
Propósito de la guía	69
¿Qué es el aprendizaje organizacional?.....	69
¿Qué significa la estandarización de los procesos?.....	71
1. Objetivos de la estandarización.....	73
2. Procedimientos previos a la estandarización.....	74
3. Beneficios de la estandarización	74
4. Características de los estándares.....	76
5. Pasos para la estandarización.....	76
6. Elaboración de procesos estandarizados	77
6.1. Estándar de proceso	80
6.2. Procedimiento operacional	81
6.3. Manual de entrenamiento	83

GUÍA No. 7

Cómo realizar el seguimiento a través de comités	85
Propósito de la guía	85
¿Qué es un comité?	85
Selección de los miembros de un comité	87
Clarificar el propósito y alcance del comité	88

GUÍA No. 8

Cómo implementar el nivel de auditoría externa.....	91
Propósito de la guía	91

	Págs.
La auditoría externa como un modelo de control de segundo orden	91
Proceso de creación de confianza	94
Cómo implementar el nivel de auditoría externa.....	96
Análisis del proceso a mejorar.....	99
Formulación de acuerdos.....	102
Seguimiento de los acuerdos formulados	104

ANEXOS

Anexo No. 1

Herramientas de trabajo para el grupo responsable de la elaboración y seguimiento al plan de mejoramiento	105
---	-----

Anexo No. 2

Formato para elaborar el plan de trabajo del comité	140
---	-----

Anexo No. 3

Formato estándar para el seguimiento de planes	141
--	-----

Anexo No. 4

Bibliografía sugerida para apoyar el trabajo de los comités	142
---	-----

Anexo No. 5

Formato para documentacion de reuniones de comités	144
--	-----

MARCO GENERAL Y CONCEPTUAL DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

INTRODUCCIÓN

La Guía Metodológica para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud que se presenta en este documento es un abordaje básico de especial utilidad para quienes no han desarrollado el componente en su totalidad; se constituye en un esfuerzo más para establecer parámetros y unificar criterios en la materia, de manera que sea coherente con el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definido por el Ministerio de la Protección Social.

El material presentado no debe ser considerado como una camisa de fuerza para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por el contrario, y en eso radica la importancia del documento, debe ser visto, como su nombre lo indica, como una **guía** que posibilite y facilite de manera integral el accionar de las organizaciones de salud, impulsando el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de tal forma que se genere valor agregado para los usuarios de los servicios y desde luego dentro de toda la organización.

En el primer capítulo se aborda lo concerniente a los antecedentes del tema tratado, los cuales constituyen el marco de

referencia que contextualiza este trabajo; en el segundo capítulo se plantean los objetivos que se pretenden alcanzar con el desarrollo de la guía; el tercer capítulo precisa los resultados esperados y el cuarto capítulo plantea los lineamientos del Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud para el mejoramiento de la calidad en salud y se esboza la práctica de esta a través del ciclo PHVA.

El capítulo quinto comprende la implementación operativa de la auditoría presentada en las pautas indicativas del Ministerio de la Protección Social. Las guías 1 a 7 hacen referencia a la implementación de la ruta crítica en IPS. La guía 8 esboza el papel de la auditoría externa dentro del Marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Guía No. 1. **Cómo realizar la autoevaluación**, la cual comprende el cómo realizar el autodiagnóstico para identificar los procesos objeto de mejora que afectan la atención en salud por recibir por los usuarios.

Guía No. 2. **Cómo realizar la definición de prioridades**, el propósito es presentar a las instituciones del campo de aplicación de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud una metodología que permita la priorización de los procesos por intervenir, los cuales en conjunto son objeto del programa de auditoría institucional.

Guía No. 3. **Cómo realizar la definición de la calidad esperada**, el objetivo de esta guía es presentar los elementos para definir el nivel de calidad esperada, lo cual se articula con los resultados cualitativos (estándares) y cuantitativos (indicadores) esperados en los procesos identificados como prioritarios en los niveles intraorganizacionales (nivel de autocontrol y auditoría interna) como interorganizacionales (nivel de auditoría externa).

Guía No. 4. **Cómo hacer la medición inicial del desempeño de los procesos**, se presenta una metodología que permita a los diferentes actores del sistema aplicar el procedimiento de auditoría como una herramienta que les facilite conocer el estado de la calidad actual frente a la calidad que se espera de cada uno de ellos

Guía No. 5. **Cómo hacer la formulación, ejecución y evaluación del Plan de Mejoramiento**, que busca apoyar a las instituciones en la aplicación de un mecanismo que permita el diseño de los planes de mejoramiento basados en hechos y datos, de la investigación de las causas al no logro de los resultados esperados, utilizando para esto técnicas estadísticas sencillas y la verificación a las acciones planeadas antes de iniciar el cierre del ciclo que es el objetivo de la siguiente guía.

Guía No. 6. **Cómo generar el aprendizaje organizacional-estandarización de procesos**, el objetivo de esta guía es dar herramientas a las instituciones objeto de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud para cerrar los ciclos (actuar) una vez se han logrado los resultados esperados, siendo un buen mecanismo la estandarización y el entrenamiento del talento humano de las acciones de mejora implementadas y probadas (planear). Se presentan herramientas de capacitación, entrenamiento y despliegue de la calidad en equipo, para obtener una visión compartida.

Guía No 7. **Cómo realizar las acciones de seguimiento utilizando los comités**, esta guía tiene como propósito presentar a las instituciones que deben aplicar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud los comités como mecanismos que contribuyen a la realización de las acciones de seguimiento de la auditoría. Se hace referencia a cómo articularlos a los procesos de atención y al seguimiento de los indicadores y planes de mejoramiento formulados.

Guía No 8. **Cómo implementar el nivel de auditoría externa**, esta guía tiene como propósito una metodología que permita el mejoramiento de la calidad basándose en la construcción de relaciones de confianza entre los actores que contribuya a la implementación de los procedimientos de auditoría de forma más eficiente y efectiva.

1. ANTECEDENTES

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

El Título IV del Decreto 1011 de 2006 define y reglamenta “el Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud que será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades. Estas instituciones deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia

entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender al cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios". Para el cumplimiento de estos propósitos, se desarrollaron "las pautas indicativas de Auditoría"¹ que pretenden homologar significados en torno a su implementación en los diferentes ámbitos de aplicación y de responsabilidad.

Se ha evidenciado a través de asistencia técnica y mesas de trabajo por parte del Ministerio de la Protección Social con diferentes actores del Sistema, disímiles grados de desarrollo en la aplicación de **estas pautas de auditoría**, al igual que lo reflejado en la revisión de experiencias nacionales con relación a qué acciones de asistencia técnica están siendo efectuadas por los entes territoriales², para la implementación del programa de auditoría en su jurisdicción.

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

2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL MODELO DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

En las Pautas Indicativas promulgadas se desarrollan los conceptos teóricos del modelo de auditoría para el mejoramiento de la atención, los cuales son³:

- La auditoría tiene un *enfoque sistémico*.
- La auditoría debe ser considerada como una herramienta de la *gestión de calidad*, y esta a su vez, como una herramienta de la *gestión gerencial*

¹ Pautas indicativas para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Ministerio de la Protección Social. Diciembre de 2004.

² Literal 3 del artículo 139 del título IV del Decreto 2309 de 2002.

³ CGH. Informe revisión de bases conceptuales y experiencias nacionales e internacionales del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Junio de 2005.

que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.

- La auditoría se fundamenta en dos pilares: el mejoramiento continuo y la atención centrada en el cliente.

Este capítulo se centrará en el desarrollo del concepto de **enfoque sistémico** y las implicaciones que esto genera en la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, ya que los elementos conceptuales relacionados con considerar la auditoría como una herramienta de la gestión gerencial y el de que se fundamenta en los principios de mejoramiento continuo y atención centrada en el cliente son suficientemente desarrollados en las Pautas Indicativas.

2.1 ENFOQUE DE LA AUDITORÍA

2.1.1. Teoría General de Sistemas

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

En un sentido amplio, la teoría general de los sistemas se presenta como una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo interdisciplinarias.

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

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

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

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

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

En las definiciones más corrientes se identifican los sistemas como conjuntos de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema directa o indirectamente unido de modo más o menos estable y cuyo comportamiento global persigue, normalmente, algún tipo de objetivo. Esas definiciones se concentran fuertemente en procesos sistémicos internos; deben necesariamente ser complementadas con una concepción de sistemas abiertos, en donde queda establecido como condición para la continuidad sistémica el establecimiento de un flujo de relaciones con el ambiente.

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

En el primer caso, la cualidad esencial de un sistema está dada por la interdependencia de las partes que lo integran y el orden que subyace a tal interdependencia. En el segundo, lo central son las corrientes de entradas y salidas mediante las cuales se establece una relación entre el sistema y su ambiente. Ambos enfoques son ciertamente complementarios.

La teoría general de los sistemas comprende un conjunto de enfoques que difieren de estilo y propósito, entre las cuales se encuentran la teoría de conjuntos (Mesarovic), teoría de las redes (Rapoport), cibernética (Wiener)⁴, teoría de la información (Shannon y Weaver), teoría de los autómatas (Turing), teoría de los juegos (von Neumann), entre otras. Por eso, la práctica del análisis aplicado de sistemas tiene que aplicar diversos modelos, de acuerdo con la naturaleza del caso y con criterios operacionales, aun cuando algunos conceptos, modelos y principios de la teoría general de sistemas –como el orden jerárquico, la diferenciación progresiva, la retroalimentación, entre otras– son aplicables, a grandes rasgos, a sistemas materiales, psicológicos y socioculturales.

⁴ Teoría fundamental para los nuevos conceptos de la auditoría.

Las características que pueden ser aplicables a cualquier sistema son:

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

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

2.1.1.1. Sistemas cerrados

En esta aproximación los sistemas son independientes a las influencias del ambiente. Emery y Trist sugieren que un sistema cerrado permite que sus problemas sean analizados con referencia a su estructura interna y sin referencia a su entorno externo. El foco en los sistemas cerrados son sus componentes internos los cuales son variables de tamaño, tecnología, ubicación, propiedades, estrategias administrativas y estilo de liderazgo. Así, esta aproximación puede ser aplicada en el nivel tecnológico de la organización porque este requiere una incertidumbre reducida. Sin embargo, la naturaleza de la organización es no ser aislada sino más dependiente del entorno. Negandhi ha propuesto que los sistemas cerrados enfatizan sobre principios internos de organización, funcionando en fallas posteriores en su desarrollo y conocimiento de los procesos de retroalimentación los cuales son esenciales para sobrevivir (1972).

Un sistema cerrado incluye los sistemas racional y natural. Scott define los sistemas racionales como “sistemas en los cuales la colectividad está orientada

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

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

2.1.1.2. Sistemas abiertos

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

- Estructura: Sistema comprendido por estructuras estáticas como la anatomía de un animal.
- Mecanismo: Sistemas dinámicos simples con predeterminado movimiento, como por ejemplo el reloj y el sistema solar.
- Sistemas cibernéticos: Sistemas capaces de autorregularse ante algunas externalidades establecidas en ciertos criterios, como por ejemplo un termostato.
- Sistemas abiertos: Sistemas capaces de automantenerse basados en una relaciones de recursos desde su entorno, como por ejemplo la vida celular.

- Sistema de huella digital – crecimiento: Sistemas que se reproducen pero no por duplicación sino por la producción de semillas o huevos que contienen instrucciones preprogramadas para el desarrollo, por ejemplo el sistema del huevo–pollo.
- Sistema de imagen – interna Sistemas capaces de un detallado conocimiento del entorno, en el cual la información es recibida y organizada en el interior como un todo, como por ejemplo la función animal.
- Sistemas que procesan símbolos: Sistemas que poseen autoconciencia y son también capaces de usar lenguajes. La función humana hace parte de este nivel.
- Sistemas sociales: Sistemas multicefálicos que comprenden actores funcionando en un orden social y cultural. Las organizaciones sociales operan en este nivel.
- Sistemas trascendentales: Sistemas compuestos por lo desconocido. (Boulding, 1956: 200–207).

Los niveles 1–3 incluyen sistemas físicos, de 4–6 sistemas biológicos y 7 y 8 sistemas sociales y humanos. Progresando desde el nivel 1 al 8 cada nivel sucesivamente es más complejo, menos formal, más dependiente de flujos de información, abierto al crecimiento, al cambio y al entorno. (El nivel 9 incluye la posibilidad de nuevas posibilidades).

2.1.2. Subsistemas de un sistema

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

- Subsistema de producción y técnica: Este subsistema es el responsable de convertir entradas en salidas y puede también ser clasificado como una parte productiva o económica.
- Subsistema de soporte: Realiza dos funciones principales: (a) procurando suministros y disponiendo de salidas; (b) promoviendo y manteniendo buenas relaciones entre la organización y su entorno.
- Subsistemas de mantenimiento: Las actividades de este subsistema tienen que ver con el personal en todas sus facetas. El foco es mantener la estabilidad de la organización.

- Subsistema adaptativo: Las funciones de este subsistema están focalizadas en asegurar que la organización pueda responder a las necesidades del entorno (por ejemplo, investigación, planeación y desarrollo, entre otros). Como organizaciones adaptativas puede incluirse las instituciones educativas que son responsables para el desarrollo y prueba de teorías, la creación de conocimiento y la aplicación de información en una extensión limitada de problemas.
- Subsistema gerencial: La función de este subsistema es la coordinación de la funciones de los otros subsistemas, solucionar conflictos y relacionar la totalidad de la organización con su entorno. Este subsistema es transversal a todos los subsistemas de la organización; en sus objetivos está el obtener la concertación con los niveles más altos del sistema.

Desde los años 70 hasta la actualidad, Scott ha descrito varios mecanismos para articular las tres perspectivas de enfoque racional, natural y abierto y las teorías organizacionales; él sugiere que los diferentes modelos pueden ser combinados y aplicados como diferentes niveles de análisis, teniendo en cuenta tres ejes:

- Los instrumentos formalmente designados para el establecimiento de objetivos.
- El nivel en que la organización es autosuficiente y autónoma y si tiene una alta dependencia e influencia del entorno.
- Nivel de aplicación del análisis, el cual puede ser actores individuales, actores colectivos o puede ser analizado por Subsistemas.

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

Al aplicar el enfoque sistémico tradicional a las organizaciones sociales se identificó una serie de dificultades para el logro de las transformaciones requeridas para el logro de los resultados esperados y hacia el año 1956 el profesor Jay Forrester en el MIT, reconociendo la necesidad de desarrollar nuevas ideas en la forma de aproximarse a los sistemas sociales⁵ desarrolla el concepto de **pensamiento sistémico**, que es una forma de abordar el análisis de los sistemas de una forma diferente, la diferencia fundamental con el pensamiento tradicional

⁵ Durante el proyecto de garantía de calidad una premisa es que las organizaciones objeto de la auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud son sistemas sociales, lo cual aun cuando parece una nimiedad significa que, en parte, las personas actúan como dientes en el engranaje social y económico. Los individuos representan sus respectivos papeles a la vez que son movidos por la presión impuesta por el sistema. Los procesos en las instituciones no son unidireccionales donde un problema conduce a una acción que lleva a una solución.

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

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

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

En la realización del abordaje de una situación utilizando el pensamiento sistémico se requiere el entender y graficar la forma de las relaciones causa-efecto no en forma lineal sino en forma dinámica, para lo cual se utilizan como herramientas que se originan en dos ramificaciones del saber: el concepto de “retroalimentación”⁶ de la cibernética, que muestra cómo los actos pueden reforzarse o contrarrestarse (equilibrarse) entre sí. Se trata de aprender a reconocer tipos de “estructuras” recurrentes, es decir, promueve el ver los patrones más profundos que subyacen a los acontecimientos y los detalles y la teoría del “servomecanismo” procedente de la ingeniería, que se remonta al siglo XIX.

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

- Ver las interrelaciones en vez de las concatenaciones lineales de causa-efecto⁷; y
- Ver procesos de cambio en vez de “instantáneas”.

Los procesos objeto de mejora en las instituciones de salud son complejos y dinámicos que requieren un lenguaje de interrelaciones, un lenguaje constituido

⁶ Los ciclos de retroalimentación son un concepto moderno desarrollado en la cibernética organizacional.

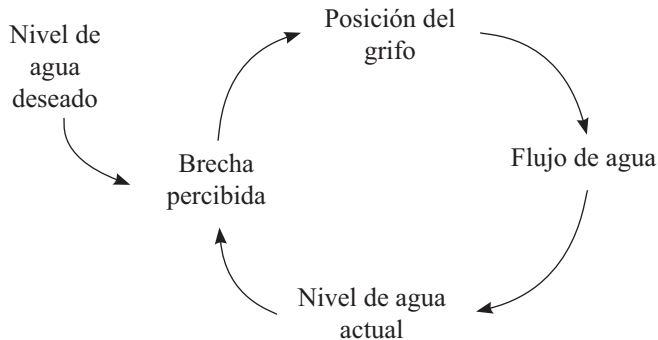
⁷ La realidad está constituida por círculos pero vemos líneas rectas. Una de las razones de esta fragmentación del pensamiento surge del lenguaje. El lenguaje modela la percepción.

por círculos. Para ilustrar las dificultades que la estructura de lenguaje trae para abordar situaciones complejas y dinámicas, hagamos una analogía con un sistema simple⁸: llenar un vaso de agua. Desde el punto de vista lineal la dinámica de pensamiento sería:

Abrir la llave \longrightarrow Llenar el vaso de agua

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

En otras palabras, cuando se llena un vaso de agua se está operando un sistema de “regulación de agua” que involucra cinco variables: el nivel de agua deseado, el nivel actual de agua del vaso, la brecha entre ambos, la posición del grifo y el flujo de agua. Estas variables están organizadas en un círculo de relaciones causa-efecto (proceso de retroalimentación). Este proceso opera continuamente para llevar el nivel del agua a su nivel deseado, que en forma gráfica puede ser visto de la siguiente manera:



Gráfica 1. Ejemplo circuito de retroalimentación.

El enfoque sistémico, además del pensamiento sistémico, incluye otros conceptos desarrollados en la cibernética organizacional, como la llamada cibernética de segundo orden, la cual se propone observar los problemas de aprendizaje de las organizaciones como factor clave para su viabilidad⁹ y el de homeostasis¹⁰,

⁸ Ejemplo tomado del libro de Peter Senge titulado *La quinta disciplina*.

⁹ Este concepto fue desarrollado por varios cibernéticos; Glenn Kowack, Heinz Foerster.

¹⁰ Concepto desarrollado por Cannon desde 1929.

entendida como la estrategia de un sistema que le permite mantener su equilibrio interno ante cambios en el entorno. La cibernética amplía este concepto, originado en la biología, a todos los sistemas que mantienen variables críticas dentro de los límites aceptados por su estructura ante perturbaciones inesperadas. En ambos conceptos interviene la comunicación.

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

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

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

El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud propuesto por el Decreto 1011 de 2006 la define como una auditoría sistémica. Para entender qué es la auditoría integral sistémica es necesario definir el alcance y las limitaciones de dos tipos de auditoría que la anteceden: la auditoría tradicional y la auditoría integral y luego exponer los lineamientos principales del modelo que se considera una auditoría integral sistémica.

La **auditoría tradicional** está encaminada o tiene su énfasis en los aspectos relacionados con los aspectos financieros, como control de costos y a examinar procesos mecánicos. No es claro el valor que agrega al desempeño y funcionamiento de la organización aparte del hecho de cumplir con una serie de normas establecidas o negociadas.

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

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

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

La auditoría integral busca determinar la eficiencia, la eficacia y la economía con que se manejan los recursos disponibles de una organización para el logro de sus objetivos.

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

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

Se concibe entonces el ejercicio de una auditoría que aporta y promueve las actividades de la institución auditada, en contraste con la actitud lejana y ajena

del auditor tradicional quien, escudado en la imposibilidad de ser juez y parte, evita comprometerse con el auditado.

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

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

La auditoría integral moderna se orienta hacia un propósito mixto de detección-corrección de fallas. De esta manera se constituye a sí misma en una función que agrega un valor a auditado, a diferencia de la auditoría tradicional. Para adelantar su tarea, recomienda una recopilación previa de información y conocimiento del proceso, área o actividad que se desea auditar, utilizando el mayor número de fuentes indirectas. Aun cuando su producto final es también el informe se pretende que este tenga un carácter comunicativo, en forma y contenido, que supere el formalismo del informe de auditoría tradicional. Debe destacarse la especial importancia que este enfoque concede a la entrevista y el establecimiento de relaciones profesionales de cooperación. Su éxito se determina entonces por la medida en que disminuye su ejercicio, gracias al mejoramiento progresivo del autocontrol en los procesos auditados.

En la consideración del desarrollo de la auditoría integral, la preocupación generada por sus vacíos conceptuales y la falta de herramientas para la realización de algunos de sus propósitos conformaron un escenario para la construcción de un nuevo concepto de auditoría, el de la **auditoría integral sistémica**.

La auditoría integral sistémica es un concepto que incluye y supera las prácticas y discursos tradicionales de auditoría. Los tipos de control que se utilizan no son previos o posteriores sino en tiempo real; esta perspectiva le permite intervenir oportunamente en los sistemas y ejercer la mejor prevención, que es la de estructurarlos de forma que cumplan con el propósito para el que fueron diseñados.

Este nuevo enfoque de auditoría conlleva consigo herramientas de medición de efectividad. Considera que la economía, eficiencia y eficacia no significan mayor cosa si no se toma en cuenta el concepto de efectividad.

La auditoría integral sistémica se concibe como un proceso conversacional, cuyo propósito es alinear distinciones para facilitar la acción efectiva. Por esta razón, parte de los contextos particulares de uso del lenguaje y está dirigida a identificar y reconstruir las condiciones para un posible entendimiento. El presupuesto básico para el éxito de este tipo de auditorías es llegar a compromisos específicos, esto es, a que el auditado indique en qué situaciones adoptará medidas con consecuencias para la acción.

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

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

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

De conformidad con lo anterior, la Auditoría Integral Sistémica adopta la perspectiva de quien se plantea el conocimiento y la información como categorías construidas por seres humanos con percepciones diferentes, producto de su

estructura, su historia y sus circunstancias, lo cual impide o limita cualquier tipo de pretensión objetivista, en el sentido de considerar que hay una realidad externa y de antemano, susceptible de ser aprehendida de manera independiente y correcta por el auditor.

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

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

Desde la perspectiva sistémica, la auditoría es más bien una función de un sistema que hace posibles la autointerpretación, la autointervención y el auto-diseño del sistema como sistema viable. Para ello, la auditoría debe modificar al observador incorporando, en las preguntas que formula, nuevas distinciones a los flujos conversacionales. El proceso de auditoría reconstruye los circuitos de comunicación que se identifican perturbados, no se limita a introducir nuevos procedimientos objetivos sino que revela los presupuestos estructurales de la organización. Esto permite nuevos acuerdos, nuevas posibilidades de entendimiento entre las partes. Tales acuerdos se construyen en las conversaciones sobre el modelo observado y llevan a generar compromisos de mejoramiento continuo¹¹.

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

Por las razones anteriores, en lo que respecta a la operación, es necesario conformar equipos mixtos de auditoría donde participan también miembros del equipo

¹¹ Conceptos tratados en el artículo titulado “Qué entendemos por auditoría integral sistémica”, escrito por Germán Alberto Bula y Roberto Zarama Urdaneta.

del proceso auditado en el nivel de auditoría interna o de la institución auditada en el nivel de auditoría externa. Cuando se disuelven las barreras entre auditor y auditado, todos participan en el mejoramiento de la efectividad del sistema. Esta modificación establece una relación diferente entre los actores y los funcionarios de auditoría.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud normada en el Decreto 1011 de 2006 es un modelo de auditoría integral sistémica; es entonces, un proceso reflexivo que trabaja con base en la idea de que todos participan en una conversación sobre la efectividad del sistema. No se le hace algo “a” la institución, sino que hace algo “con” ella, pasa a ser una tarea de colaboración. No se trata simplemente de un nuevo método, de una nueva escuela, sino de un nivel de análisis diferente, porque su foco es intentar articular las fallas encontradas con un conocimiento integral de la institución para hacer un aporte a su efectividad. Puede decirse, entonces, que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud con este enfoque tiene como foco el aprendizaje organizacional e individual, elemento principal del mejoramiento continuo.

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

2.2. LAS ETAPAS GENERALES DE LA AUDITORÍA, CON ENFOQUE CONCEPTUAL SISTÉMICO

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

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

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

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

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

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

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

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

No hay que quedarse en el levantamiento de indicadores, hay que ir más a la interpretación, identificando los factores de riesgo (eventos adversos) o sea lo más relevante en el logro de los objetivos, determinando además el cómo se deben manejar esos riesgos para que impacten el Sistema Obligatorio de Garantía de

Calidad en Salud. Los resultados es importante consignarlos, anotando también las conclusiones y recomendaciones.

Evaluar con enfoque sistémico. La evaluación realizada utilizando la dinámica del pensamiento sistémico comienza con la comprensión de un concepto simple llamado *feedback* o “realimentación”¹², que muestra cómo los actos pueden *reforzarse* o *contrarrestarse* entre sí.

Los hallazgos de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud deben permitir **realimentar** o retroalimentar a la institución, para que se siga fortaleciendo la cultura del autocontrol, para estructurar el Plan de Mejoramiento de los procesos y establecer si se requieren recursos para la ejecución de este.

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

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

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

Desde el enfoque sistémico, debe darse con las mejoras efectivas, un aprendizaje organizacional e individual, elemento principal del mejoramiento continuo. El aprendizaje en equipo¹³ es el proceso de alinearse y desarrollar la capacidad de un equipo para crear los resultados que sus miembros realmente desean. Este aprendizaje se construye sobre la disciplina de desarrollar una *visión compartida*.

El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se concibe en forma operativa siguiendo el ciclo PHVA como se explica en la Gráfica No. 1:

¹² Peter M. Senge. *La quinta disciplina*. 1990, pág. 97.

¹³ Peter M. Senge. *La quinta disciplina*. 1990, pág. 296.

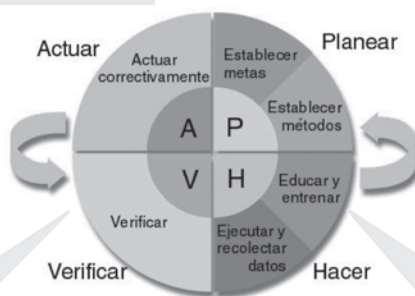
GRÁFICA 1. CICLO PHVA PARA EL DESARROLLO DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

A

- Socializar los resultados de la Auditoría, los procesos que deben generar Plan de Mejora y recursos.
- Acompañar al equipo en la aplicación de métodos de análisis y solución de problemas.
- Soportar al equipo en la formulación del Plan de Mejoramiento.
- Hacer seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejora.
- Monitorear a través de los indicadores definidos con este fin, si el Plan de Mejora es efectivo.
- Monitorear el aprendizaje organizacional y la estandarización de procesos prioritarios, una vez logrados los resultados esperados.

P

- Realizar autoevaluación.
- Seleccionar procesos por mejorar.
- Priorizar procesos de obligatorio monitoreo y procesos con fallas de calidad factores críticos de éxito.
- Definir la calidad esperada de los procesos priorizados (guías, normas, manuales, etc.).
- Determinar las técnicas de auditoría que deben aplicarse para obtener la información necesaria para monitorear los resultados.
- Identificar el líder auditor, su equipo de auditoría y cómo aplicarán las técnicas de auditoría seleccionadas.



V

- Aplicar las técnicas de Auditoría seleccionadas y obtener la información que se requiere (informes estadísticos, indicadores, voz del usuario, etc.).
- Registrar en los papeles de trabajo la información obtenida.
- Determinar la necesidad de adquirir información adicional.
- Verificar la claridad y calidad de la información producto de la aplicación de cada una de las técnicas de Auditoría utilizadas.
- Registrar la nueva información y las observaciones relativas al procedimiento.
- Evaluar las diferentes fuentes.
- Identificar y analizar los factores de riesgo (eventos adversos).
- Determinar cómo se deben manejar esos riesgos para que impacten el SOGG.
- Elaborar el Informe de Auditoría que consigne resultados, conclusiones y recomendaciones que lleven a los resultados esperados.

H

- Diseñar el Plan de Acción de la Auditoría, sus objetivos y alcances. (Qué, quién, dónde, cuándo, cómo, por qué).
- Diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registros que se requieren para consignar la información que se pretende obtener, las conclusiones, análisis y recomendaciones.
- Hacer cronograma para controlar la ejecución de la Auditoría.
- Definir criterios que garanticen la evaluación por pares.
- Asignar los recursos para la ejecución de la auditoría.
- Formular los indicadores de medición.
- Entrenar al equipo de Auditoría.

GUÍA No. 1

CÓMO REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN PARA IDENTIFICAR LOS PROCESOS OBJETO DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

PROPÓSITO DE LA GUÍA

Elaboración del diagnóstico básico para establecer cuáles son los principales problemas de calidad que la institución presenta, así como los procesos involucrados en su generación, los que serán objeto del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad. Para ello es necesario que se identifiquen fortalezas, carencias y oportunidades de mejoramiento.

¿QUÉ ES LA AUTOEVALUACIÓN?

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

En ese orden de ideas, los aspectos objeto de mejoramiento de la calidad son, especialmente, todos aquellos procesos, momentos de verdad y resultados que, por razón de su relación con la calidad de la atención alcanzan gran impor-

tancia, como quiera que no responden a las necesidades o expectativas de los usuarios.

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

¿QUIÉNES REALIZAN LA AUTOEVALUACIÓN?

Los participantes en el proceso de autoevaluación interna para la elaboración del diagnóstico básico que identificará los problemas o fallas de calidad en la organización deben ser la gerencia, el equipo directivo, la auditoría, el control interno y el equipo de mejoramiento de la calidad si está constituido; en caso de no estarlo, se convocaría a miembros de la organización, responsables de implementar el nivel de autocontrol, que puedan ser potenciales integrantes de un equipo de mejoramiento de la calidad o de un comité de mejoramiento de la calidad.

¿CUÁNDO SE DEBE HACER LA AUTOEVALUACIÓN?

La autoevaluación como parte de la aplicación de la ruta crítica mencionada en las pautas indicativas de auditoría debe realizarse siempre que vaya a establecerse por primera vez en la institución el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el cual contendrá aquellos proyectos de Auditoría que se llevarán a cabo en la organización a corto, mediano y largo plazo.

En caso de que el Programa ya esté estructurado, la autoevaluación deberá realizarse al revisar el cierre del ciclo gerencial PHVA y determinar el inicio de un nuevo ciclo de mejoramiento para los procesos en cuestión.

¿POR QUÉ HACER LA AUTOEVALUACIÓN?

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

Porque para implementar la cultura de **autocontrol** es importante que el equipo responsable de este ejercicio permanentemente el proceso de autoevaluación interna en sus áreas de trabajo.

Porque afianza el camino para que la adopción de **acciones preventivas** encaminadas a prevenir la ocurrencia de los problemas de calidad identificados, igualmente **acciones de seguimiento** para evidenciar brechas de desempeño y para constatar la aplicación de guías, normas y procedimientos de acuerdo con referentes legales y de calidad adoptados por la organización, y además las **acciones coyunturales** retrospectivas, para detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención.

¿CÓMO SE REALIZA EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN?

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

- Sistema Único de Acreditación. Resolución 1445 de 2006. Los estándares de acreditación definen niveles óptimos en materia de calidad. Evaluarse con base en lo que está allí descrito arroja oportunidades de mejoramiento que pueden traducir los principales problemas de calidad de la institución. Al abordarse los procesos allí involucrados se promueve de forma integral el mejoramiento continuo de la institución.
- Sistema de Información para la Calidad. Resolución 1446 de 2006. Los indicadores del sistema reflejan algunos resultados globales sobre la calidad que se vive institucionalmente. Al desplegar el componente de auditoría partiendo de ellos se promueve la solución de problemas de calidad que están impactando de manera directa a los usuarios.
- Indicadores de seguimiento a riesgos del estándar 9 del Sistema único de Habilitación, Resolución 1043 de 2006, como quiera que promueve el énfasis hacia la seguridad del usuario.

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

- Incrementar la probabilidad de que el paciente/cliente sea atendido con el pleno cumplimiento de sus derechos.

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

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

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

El proceso de autodiagnóstico será más productivo para las instituciones en la medida que sea realizado por un porcentaje importante de los colaboradores incluyendo a los miembros de la junta directiva o ente rector y de ser posible usuarios de las instituciones. Además, es deseable que los equipos que se conformen tengan una mezcla de niveles organizacionales, disciplinas y momentos diferentes de la atención, especialmente en las instituciones que funcionan con base en turnos para la prestación de los servicios y tengan sedes y/o regionales. Se sugiere que el número de participantes para cada uno de los equipos no sea superior a siete.

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

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

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

conocimiento de los participantes y homologar conceptos, así como el enfoque metodológico y conceptual por emplear.

Se sugiere utilizar un seminario-taller inicial para conceptuar y presentar los elementos que deben guiar la realización del autodiagnóstico. A continuación se presentan los elementos que deben ser tenidos en cuenta para la realización del seminario-taller:



Definición

Consiste en la utilización de una técnica de comunicación verbal, por medio de la cual el o los facilitadores transmiten y comparten información teórica con el grupo de participantes sobre el proceso de autoevaluación. A diferencia de una exposición magistral, se utilizan elementos de la charla educativa, por la participación del grupo, motivada por el facilitador, quien desarrollará con el grupo los temas programados en forma continua y ordenada, verificando permanentemente que los conceptos sean comprendidos.

Elementos por tener en cuenta para la planeación:

- Nivel de conocimientos del grupo. El equipo responsable del autodiagnóstico, de calidad y del programa de auditoría deberá hacer un sondeo sobre el nivel de conocimientos y experiencia que tienen los participantes en el proceso de autoevaluación, este discernimiento permitirá adaptar los temas y el estilo de la charla, con base en lo que los participantes ya conocen del mismo y las brechas existentes entre el conocimiento de estos.
- La situación referente a las dimensiones físicas: Se refiere a que se deben determinar el tiempo, el lugar y la logística que van a requerir los facilitadores

para el desarrollo de la charla educativa, previa a la ejecución del Taller en sí de Autoevaluación.

- Preparación de la temática de la charla: No solo los facilitadores deberán preparar el material de apoyo para sus exposiciones, sino que es muy importante suministrar a los participantes un resumen de este, para que lo disponga como soporte y facilite también su atención y participación en el desarrollo de la charla educativa. Los temas sugeridos para homologar el nivel de conocimiento son:

La Ruta Crítica para el desarrollo de la auditoría de calidad.

El Sistema Único de Acreditación y los instrumentos definidos para realizar el ejercicio.

El instrumento para consolidar el diagnóstico básico general sobre los problemas de calidad.

La metodología por implementar para desarrollar conjuntamente el proceso de Autoevaluación Interna para el diagnóstico básico general de los problemas de calidad de la organización.

Desarrollo de la charla educativa

Los facilitadores deberán tener en cuenta, para el desarrollo de las exposiciones, iniciar con una introducción, desarrollar luego el tema central de cada charla, facilitar la participación, luego cerrar con un resumen para “fijar” el tema en la memoria de los participantes y tratar de seguir los tiempos que se precisaron previamente para cada uno de los temas.

1.3. Ejecución del proceso de autoevaluación

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

A continuación se presenta una serie de hitos que pueden ayudar a las instituciones a realizar el proceso de autoevaluación:

METODOLOGÍA DE TRABAJO
Planeación de la ejecución de trabajo
1. Organización de los equipos: Se sugiere nombrar un líder de cada equipo, un secretario (a) que tendrá a cargo la documentación del proceso de autoevaluación y un responsable de la consolidación de la información: los análisis a los que se llegó consensuadamente por parte de los participantes.
2. Organización de los recursos logísticos: sitios de reuniones, cronograma de reuniones, refrigerios, material, equipos, manejo de la documentación.
Reuniones de trabajo para autodiagnóstico
1. Lectura rápida y general de los estándares o de los referentes por utilizar para la realización del autodiagnóstico de cada uno de los equipos.
2. Lectura del proceso por analizar o estándar por evaluar: El grupo en pleno estudiará y homologará el enfoque del criterio asignado como responsabilidad del grupo para trabajar el proceso de autoevaluación.
3. Identificación de las oportunidades de mejoramiento (debilidades), respecto al lineamiento del criterio o de los estándares de este: Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados por la organización.
4. Definición del coordinador con los miembros de cada uno de los equipos sobre la forma como presentará el informe (a nombre del grupo).
Presentación final de cada equipo
1. Plenaria: El líder del proceso de autoevaluación, el líder del proceso de auditoría y si existe el asesor externo, presidirán la jornada de la plenaria e invitarán a la mesa principal a la Gerencia de la institución o las personas que tengan a bien. Deben organizar el orden de las presentaciones, el tiempo asignado a cada uno de los equipos para las presentaciones, controlar el tiempo empleado, recoger los documentos de trabajo de cada subgrupo y las exposiciones.
2. Presentaciones por parte de los coordinadores de cada subgrupo.
3. Cierre de la Plenaria por parte de la Gerencia de la Institución.
Consolidación informe final
1. Redacción del Informe consolidado del autodiagnóstico institucional, se sugiere conformar una Comisión Redactora para este Informe final, que debería ser integrada por los líderes o coordinadores de los equipos de trabajo. Dependiendo de la disponibilidad de tiempo con que se cuente, este Informe se consolida a continuación de la finalización de la Plenaria o igualmente se puede elaborar en una jornada adicional y complementaria del Taller (es lo más recomendado), en donde los seis coordinadores, los líderes del proceso de autoevaluación y auditoría producirán el informe final.
2. Presentación del Informe Consolidado del Diagnóstico por parte de la Comisión Redactora, a la Gerencia y equipo ejecutivo de la organización, que será el insumo para la ejecución de la siguiente etapa de la Ruta Crítica, en donde se hará la priorización de los problemas por intervenir.

GUÍA No. 2

CÓMO REALIZAR LA DEFINICIÓN DE PRIORIDADES

PROPÓSITO DE LA GUÍA

Presentar una metodología que les permita a las instituciones seleccionar y priorizar los procesos que serán objeto de mejoramiento continuo por cuanto impactan de manera importante la calidad de la atención a los pacientes.

SELECCIONAR LOS PROCESOS POR MEJORAR

A partir de la identificación de las oportunidades de mejoramiento se debe establecer a qué procesos pertenecen. Las oportunidades de mejoramiento que pueden afectar los resultados de la atención pueden ser funciones organizacionales como son la comunicación, la información, partes del proceso en el ciclo PHVA o un proceso como tal. Es importante concentrarse en el mejoramiento de los procesos organizacionales para garantizar atacar las causas raíz de los problemas, evitando quedarse en la solución de síntomas.

Se sugiere que la selección de los procesos objeto de mejoramiento se realice con los equipos que participaron en el ejercicio de autodiagnóstico, con el propósito de continuar la participación activa de los miembros de la institución en la implementación del componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

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

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

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

CÓMO REALIZAR LA PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS OBJETO DE MEJORAMIENTO

El inventario de los procesos objeto de mejoramiento puede resultar extenso y probablemente la institución no podrá mejorarlos todos simultáneamente, como quiera que implementar los siguientes pasos de la ruta crítica con cada proceso requiere esfuerzos importantes, aunado a que los recursos organizacionales son limitados.

Para seleccionar adecuadamente aquellos procesos que impactan con más fuerza al usuario se puede utilizar *la matriz de priorización, la jerarquización y los gráficos de Pareto*¹, entre otros, siempre y cuando la metodología seleccionada sea clara y explícita.

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

¹ Las herramientas de jerarquización y gráficos de Pareto se desarrollan a profundidad en el anexo 1.

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

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

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

En el mismo taller planteado para cumplir con el propósito de identificar los procesos que harán parte del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede realizarse el ejercicio de priorización: una vez seleccionados los procesos objeto de mejoramiento se diligencia la matriz de priorización presentada en la gráfica No. 1.

GRÁFICA 1. FORMATO DE MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

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

La matriz de priorización puede ser utilizada para planear y para evaluar. En este caso se pretende su uso para planear, lo que significa que no se va a buscar evaluar el desempeño de los procesos, dado que este es el resultado del ejercicio

de autoevaluación, sino identificar los procesos que mejorando a corto plazo tienen mayor impacto en el mejoramiento institucional. El concepto anterior puede verse en la gráfica No. 2.

GRÁFICA 2. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN PARA PLANEACIÓN

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

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

1. Seleccionar en cada uno de los equipos un moderador, quien tendrá la responsabilidad de que todos participen y de realizar la pregunta de evaluación para cada proceso frente al factor crítico de éxito.
2. La forma como debe ser realizada la pregunta está relacionada con entender que tanto el proceso permite el logro del factor crítico de éxito; en otras palabras, cuál es la incidencia o impacto que el proceso tiene en el factor crítico de éxito.
3. Hacer énfasis a los equipos que se busca priorizar y que esto significa un esfuerzo importante para categorizar que tiene mayor relevancia para iniciar su mejoramiento inmediatamente, como quiera que de una u otra forma todos los procesos son importantes para la organización.
4. Utilizar una escala de calificación que evite el riesgo de que la calificación sea media, es decir, no usar por ejemplo una escala de 1 a 5 incluyendo el 3 dado que se tiende a que los equipos propongan el 3. Además se recomienda que la calificación sea de menor a mayor, lo cual quiere decir que 1 significa ningún impacto y 5 alto impacto. Otra forma sugerida es utilizar valores impares en una escala de 1 a 5, donde 1 significa bajo impacto, 3 impacto medio y 5 alto impacto.

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

1. Cada uno de los miembros del equipo realiza su calificación siguiendo la pregunta realizada por el moderador.
2. Realizar una matriz consolidada para cada grupo, lo cual se realiza identificando la moda que es el valor que más se repite en el grupo. En caso de que existan dos valores se exponen las razones de la calificación y se vuelve a realizar el ejercicio.
3. Realizar la matriz consolidada para la institución repitiendo la dinámica anterior con los resultados de cada grupo.
4. Consolidar los resultados totales, para esto se multiplican los valores en forma horizontal, logrando realizar una ponderación, como se observa en la gráfica 3.

GRÁFICA 3. CALIFICACIÓN DE LA MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

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

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

GUÍA No. 3

CÓMO REALIZAR LA DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA EN LOS PROCESOS SELECCIONADOS COMO PRIORITARIOS

PROPÓSITO DE LA GUÍA

Cuando las instituciones han definido los procesos prioritarios objeto de mejora y que se convierten en su conjunto en el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de la institución, el paso siguiente es determinar el nivel de calidad esperado en la ejecución y en los resultados de ellos.

Esta guía tiene como objetivo dar elementos técnicos a las instituciones de cómo determinar la calidad esperada de los procesos identificados como prioritarios, comprendiendo el desarrollo del sistema de indicadores de apoyo, sobre el que se enfoca el trabajo de auditoría, en el sentido de su utilidad para evaluar el cumplimiento de la calidad esperada y hacer seguimiento a sus resultados.

QUIÉNES DEFINEN EL NIVEL DE CALIDAD ESPERADO POR LOGRAR EN LOS PROCESOS

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

PLANEAR EL NIVEL DE CALIDAD ESPERADA

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

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

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

A continuación se presenta una serie de sugerencias que facilitará la planeación de la calidad esperada de los procesos identificados como prioritarios.

- Defina en forma explícita y clara el producto (salida) que resulta del proceso por analizar.
- Identifique los clientes externos e internos que se benefician del producto definido.
- Identifique las necesidades y expectativas de los clientes frente al resultado o producto.
- Defina los indicadores que permitirán evaluar los procesos y las metas esperadas de los mismos. Como se planteó en párrafos anteriores, definir la calidad

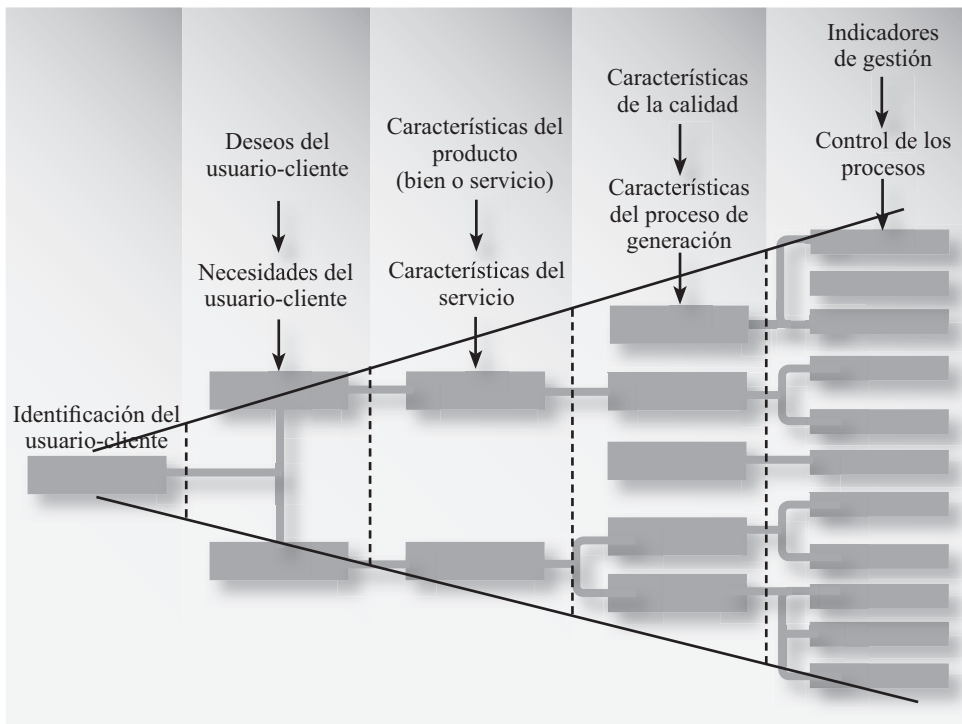
esperada incluye definir los instrumentos y metas con los cuales se hará el seguimiento y monitoreo posterior.

Dado que los aspectos relacionados con los numerales 3 y 4 son centrales para la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, en esta guía se hará énfasis en estos dos puntos.

CÓMO IDENTIFICAR LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES

Para identificar las necesidades y expectativas de los clientes frente al resultado o producto se sugiere utilizar la técnica denominada desdoblamiento de la calidad (gráfica 1) que es el proceso mediante el cual se traducen los deseos de los clientes y usuarios en especificaciones, instrucciones y requerimientos frente a los resultados del proceso analizado.

GRÁFICA NO. 1 TÉCNICA DE DESDOBLAMIENTO DE LA CALIDAD



Un ejemplo para ilustrar esto es el servicio de ginecología y obstetricia, que genera solicitudes u órdenes médicas (producto) durante la consulta médica, o

durante las evoluciones de los pacientes de la mañana. Las órdenes médicas tienen varios clientes dentro de los cuales podemos citar facturación, que utilizará lo consignado en la orden para contabilizar los recursos utilizados en la cuenta del paciente; farmacia, que necesitará estas indicaciones para conocer y realizar el despacho de los medicamentos e insumos; el paciente quien finalmente es el que recibirá los medicamentos e insumos consignados en las ordenes médicas o a quien se le realizará los procedimientos planeados en ellas.

Frente a esa solicitud de suministros médicos, por ejemplo, la farmacia tendrá sus deseos o necesidades sobre la forma en la que se debe consignar la información; también se requerirá escribir dosis, modo de presentación, porcentaje de concentración del medicamento, etc. Si no se cumple con esas necesidades, se dificultará el trabajo y en algunos casos se tendrán consecuencias lamentables con respecto a la salud del paciente.

Cuando se conocen y se clarifican las necesidades, se puede desdoblarse la calidad, pasando por la validación en conjunto de las características de calidad del producto, en este caso la solicitud. Al avanzar en este proceso de negociación se establecerán horarios, formas y sitios de recepción de solicitudes y entrega de despachos, las cuales deben permitir volver predecibles los tiempos y lugares de recibo de los medicamentos para ginecología y obstetricia.

DEFINIR LOS INDICADORES DE LOS PROCESOS OBJETO DE MEJORA

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

Se debe llamar la atención sobre lo importante que es la construcción del indicador como:

- Garantizar que la información solicitada en el indicador se recoja, es decir, que se garantice que en principio cada indicador cuente con una estructura mínima que permita homologar en la organización la forma de medir los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios.
- Entrenar a las personas en el manejo de las herramientas de medición, para comprender que el objeto de la medición es encontrar problemas en los procesos que permitan su mejoramiento.

Antes de ahondar en cómo construir un indicador es importante abordar algunos elementos conceptuales sobre los indicadores:

1.1. ¿Qué es un indicador?

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

1.2. Niveles de referencia de un indicador

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

- *Nivel técnico*: Señala el potencial de un sistema determinado, es decir, el nivel máximo de producción posible con una tecnología, insumos, mano de obra y métodos de trabajo predeterminados; representa el máximo resultado lograble si se hace bien la tarea. El nivel técnico se produce una vez se estandaricen los resultados de un proceso, hay que mantenerlo y lógicamente actualizarlo cuando se generen cambios de orden tecnológico, avances en las curvas de aprendizaje de los operarios, o por mejoras de métodos y sistemas, entre otros aspectos.
- *Nivel teórico*: También llamado de diseño, se utiliza fundamentalmente como referencia de indicadores vinculados a capacidades de producción, consumo de insumos o costos de producción de los servicios. Este da la máxima capacidad de un sistema con unas características determinadas. Por ejemplo, dadas unas características de número de camas, tipos de servicios prestados, situación geográfica, perfil epidemiológico de la zona de influencia, tipo de demanda y presupuestos es posible requerimientos de expansión y crecimiento de los servicios de salud partiendo de la demanda potencial (requerimientos del usuario) y a la vez calcular por ejemplo, el volumen de egresos, el costo y la interacción con otros servicios tales como Consulta, Cirugías, servicios de apoyo, etc.
- *Nivel de la competencia*: Para su abordaje, habrá que referirse a este en dos sentidos: aquellos referidos al producto final (calidad e impacto) y aquellos

que se refieren al proceso (rendimiento, productividad y eficiencia). El uso de este tipo de nivel de referencia es un imperativo del mercado, es compararse con el mejor de la competencia, si se quiere asegurar su permanencia. Esta perspectiva exige afinar estrategias sistemáticamente, con el fin de asegurar las ventajas competitivas que exige el entorno.

- *Nivel de requerimientos de los usuarios:* ¿Qué pasaría si los usuarios de los servicios especializados se quejan de la demora en la asignación de citas para medicina especializada por encima de tres días? Frente a esta situación se deben plantear alternativas de solución, si se quiere mantener y fidelizar a estos usuarios. Para ello deberá indagarse con estudios detallados, de los requerimientos y expectativas de los usuarios de manera sistemática, con respecto de los servicios ofertados. La utilización de este nivel de referencia señala las pautas inmediatas de mejora en caso de que estas sean deficientes.
- *Nivel de la Planeación:* Con frecuencia se establecen metas por razones de prestigio, compromisos para asegurar la supervivencia o el crecimiento y así garantizar el logro de los resultados en los factores críticos de éxito fijados por la organización, frente al usuario y la competencia.

1.3. Atributos de una buena medición

- **Pertinencia:** En cualquier organización, área o proceso se hacen mediciones sobre un sinnúmero de características, comportamientos o situaciones; la pregunta por realizar es: ¿Qué se hace con esta información? ¿Cuál es realmente su utilidad? El grado de pertinencia de una medición debe revisarse periódicamente ya que puede perder importancia el hecho que se está midiendo a través del tiempo.
- **Precisión:** Se refiere al grado en que la medida obtenida refleja fielmente la magnitud del hecho que se quiere analizar y corroborar. Para lograr la precisión de una medición, deben darse los siguientes pasos:

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

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

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

- **Oportunidad:** La medición es información que permite el conocimiento de los procesos y a su vez la toma de decisiones más adecuada, bien sea para corregir restableciendo la estabilidad deseada del sistema, bien sea para prevenir y tomar decisiones antes de que se produzca la anomalía, más aun para diseñar incorporando elementos que impidan que las características de calidad deseadas se salgan de los límites fijados por el estándar. Por ello la necesidad de contar oportunamente con la información, lo que se constituye en un requisito importante para quienes diseñan un sistema de medición.
- **Continuidad:** Si bien es cierto esta característica no está desvinculada de las anteriores, especialmente de la precisión, se refiere fundamentalmente al hecho de que la medición no es un acto que se haga una sola vez; por el contrario, es un acto repetitivo y generalmente periódico. Si se quiere estar seguro de que lo que se mide sea la base adecuada para las decisiones que se toman, se debe revisar periódicamente todo el sistema (calibración de instrumentos, control de flujo de datos y puntos de consolidación).
- **Economía:** Aquí la justificación económica es sencilla y compleja a la vez; sencilla porque se refiere a la proporcionalidad que debe existir entre los costos incurridos y los beneficios de las decisiones soportadas en los datos obtenidos. En todo caso, es claro que la actividad de la medición debe ajustarse a criterios de calidad y eficiencia, de tal manera que el enfoque debe propugnar a que el mismo operario del sistema sea quien lo valide, lo ajuste y lo mejore.

1.4. Cómo construir un indicador

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

Las instituciones podrán utilizar el método que deseen para la construcción de los indicadores. A continuación se presentan algunas sugerencias que deben ser tenidas en cuenta para su buena identificación y construcción:

1. Determine en forma clara y explícita el proceso que se desea medir, identifique rápidamente qué se hace, cómo se hace y cuál es su propósito.

2. Defina qué característica del proceso se desea medir, por ejemplo, la oportunidad, el acceso, la seguridad, la calidad técnico-científica, el costo.
3. Defina el tipo de indicador por utilizar, el cumplimiento de los requerimientos establecidos (estructura o eficacia), la utilización de los recursos (proceso o eficiencia) y/o el logro del propósito (resultado o efectividad). Así por ejemplo el cumplimiento de la programación de cirugías es un indicador de estructura, la Proporción de Inadecuada Utilización de la Estancia Hospitalaria es un indicador de eficiencia, la satisfacción del usuario es un indicador de efectividad.

El establecer el tipo de indicador por utilizar tiene relación directa con la decisión que puede ser tomada cuando se analice su resultado, es decir, con un indicador de estructura no se podría hacer inferencia sobre si se logra el resultado o no del proceso analizado o si existen problemas en la realización del mismo.

4. Estandarizar la forma de construirlo y analizarlo, para esto se sugiere utilizar la ficha definida por el Ministerio de la Protección Social en el anexo técnico de la resolución 1446 de 2006: Sistema de Información para la Calidad.
5. Defina en forma explícita un plan para hacer el seguimiento y monitoreo de los indicadores, que puede ser un cuadro general, que permita rápidamente hacer seguimiento al cumplimiento en su medición, a las tendencias de los mismos, para lo cual se puede utilizar la técnica de semaforización: clasificación por colores (verde, amarillo y rojo) según el grado de avance deseado.

No olvide la importancia de la correlación de los indicadores institucionales que monta con aquellos indicadores de calidad definidos en la resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social.

GUÍA No. 4

CÓMO HACER LA MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

PROPÓSITO DE LA GUÍA

Proponer un mecanismo que permita a las instituciones la medición de la calidad observada, es decir, el nivel de desempeño de los procesos en la institución, para así poder identificar la brecha existente (la diferencia entre lo esperado y lo observado).

Es en este paso de la ruta crítica es donde se inicia la aplicación de los procedimientos de auditoría comúnmente aceptados, dado que se tiene parámetros para evaluar y comparar.

CÓMO DISEÑAR Y EJECUTAR EL PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA

La auditoría se concibe como una herramienta de evaluación sistemática, cuyo propósito fundamental es contribuir al mejoramiento y mantenimiento de la Calidad de la Atención en Salud. Cada vez es más evidente la necesidad de disponer de hechos y datos objetivos para la toma de decisiones por parte de quienes definen políticas y asignan recursos, de quienes dirigen una organización y de quienes prestan un servicio. La Evaluación debe ser planeada, basada en criterios explícitos predeterminados, aplicarse con un enfoque

sistémico, con unidad de propósito y cohesión, y llevarse a cabo con una periodicidad establecida.

En este sentido, la Auditoría es una función de toda la organización y debe ser congruente con la búsqueda de los mayores beneficios para el usuario y con la reducción de los riesgos, dados unos recursos.

Para la ejecución del procedimiento de auditoría, es necesario cumplir las siguientes etapas:

Planear el procedimiento de Auditoría: La planeación es el eje principal del trabajo de auditoría sobre los procesos prioritarios de la organización, ya que de su adecuada formulación dependerá el logro de los resultados que satisfagan los objetivos propuestos; esto implica el desarrollo de estrategias que permitan la toma de decisiones apropiadas acerca de la naturaleza, oportunidad y alcance del trabajo de auditoría asignando los recursos apropiados, identificando los objetivos por desarrollar, quién, cómo y cuándo los ejecutará, así como también los pasos por seguir antes, durante y después del trabajo, de los procedimientos y técnicas que deben aplicarse para obtener la información necesaria, el diseño de los formatos que se requieren para consignar la información obtenida, entre otros. En esta fase se contemplan como mínimo los siguientes aspectos:

1. *Los objetivos* del procedimiento de auditoría.
2. *El alcance* del procedimiento de auditoría, que toma en cuenta el universo que concibe como campo de acción de la investigación o, para el caso, de la auditoría por realizar. La muestra es la parte del universo, de tamaño suficiente como para que la observación que sobre ella se efectúe sea confiable, en la que están representados, en la misma proporción en que se encuentran en el propio universo, todos los elementos que lo conforman.
3. *Las técnicas de apoyo por utilizar:* la elección de las técnicas o instrumentos de análisis está en relación con la factibilidad de su aplicación y la pertinencia sobre los procesos por auditar. Se debe utilizar aquellas que permitan obtener la información necesaria y tener pruebas y evidencias de los hechos y circunstancias inherentes con lo auditado.

El trabajo de auditoría se enmarca dentro del enfoque sistémico, por lo tanto en su desarrollo se presentan procesos, procedimientos y técnicas los cuales se reflejan en los papeles de trabajo y/o formatos de registro. Se hace necesario tener claras las diferentes técnicas utilizadas, haciendo la aclaración de

que en la mayoría de los casos, hay necesidad de emplearlas todas por cuanto el uso de una especial conduce a la utilización de la otra.

4. Entre las técnicas más utilizadas en auditoría están la observación, inspección, confirmación, análisis, cálculo, muestreo estadístico, flujogramas.
5. *La identificación de las fuentes de información, indicadores de medición, formato de registro:* Como es regularmente conocido, son dos los tipos de fuentes de información: primarias y secundarias, según si el dato, desde el origen, lo toma el investigador. Si bien las fuentes primarias son más confiables, el acudir a ellas para obtener la información requerida representa, generalmente, un aumento importante de los costos de los procesos de investigación o de evaluación.

Para la ejecución de los proyectos de auditoría de la calidad, debe establecerse el beneficio, en relación con el costo, derivado de consultar, en un momento o en otro, un determinado tipo de fuente de información. La realización de procedimientos de auditoría de la calidad, requiere el diseño de instrumentos para la captura, el registro y la consolidación de la información, que se conocen regularmente como formatos de registro.

6. De igual forma, es muy importante tener en cuenta que el diseño apropiado de formatos de registro implica la realización de pruebas piloto de dichos formatos, de manera tal que se permita evaluar la adecuación de ellos a las necesidades del proceso de obtención de información y realizar los ajustes requeridos.
7. *El equipo executor de la auditoría:* Es importante programar el equipo que estará a cargo de la realización del procedimiento y del informe final de los hallazgos de la auditoría (calidad observada), identificar a quienes participarán por parte de los procesos objeto de la auditoría y de los procesos relacionados con ellos, con el propósito de tener en cuenta no solo las partes del sistema sino las relaciones existentes.
8. *Cronograma de auditoría* y demás aspectos administrativos que se requieran para su desarrollo.

Un punto importante para considerar como fase preliminar a la ejecución del trabajo propiamente dicho es el conocimiento previo y amplio de los procesos por ser examinados y de sus relaciones con otros procesos, de esta manera es válida la asignación del personal idóneo, con la experticia requerida y desde luego su relación y participación con los ejecutores de los procesos.

Ejecutar el procedimiento de auditoría: La realización del procedimiento de auditoría significa la construcción conjunta (auditado-auditor) de una investigación basada en el método científico del proceso por evaluar, definir en forma clara el proceso (foco u objeto de auditoría), el problema por investigar (resultado no logrado), analizar las posibles causas de su presentación, recolectar la información necesaria para identificar las que tienen mayor peso y así poder formular planes de mejoramiento.

El dominio de conocimiento de quien tiene la responsabilidad de auditar es un factor determinante en la ejecución del procedimiento de auditoría, la forma de realizar las preguntas, de realizar el proceso de análisis, de búsqueda de fuentes de información adicionales, la visión integral del proceso, de sus relaciones y de la organización en general tiene impacto directo en el resultado de la auditoría y la presentación de los hallazgos definitivos.

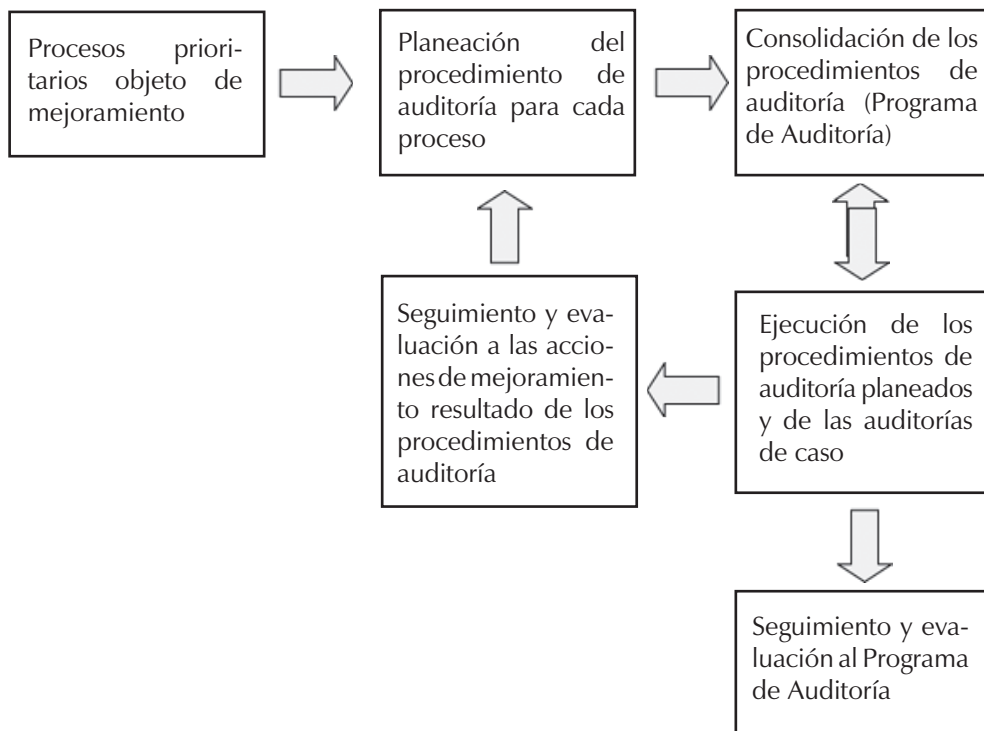
El resultado de la ejecución del procedimiento de auditoría es el informe de la auditoría, que contiene los hallazgos encontrados de la calidad esperada frente a la calidad observada, no solo a nivel cuantitativo, sino de la realización de los procesos, las relaciones con los otros procesos, en otras palabras, se espera que los hallazgos reflejen la visión sistémica del análisis, finalmente es deseable que el informe de auditoría contenga la planeación que conduzca a la formulación del plan de mejoramiento de las brechas identificadas.

Cuando se presenten resultados no esperados que deben ser analizados inmediata e individualmente, se realiza una auditoría de caso, la cual puede plantearse como un procedimiento de auditoría tradicional dado el tiempo que se tiene para su realización. Es de esperar que en la medida que la organización implemente el nivel de autocontrol las auditorías de caso podrán ser realizadas con enfoque sistémico.

Seguimiento y evaluación de la ejecución del plan de auditoría: Frente al cumplimiento de los objetivos de los procedimientos que conforman el programa de auditoría sobre los procesos prioritarios, de los resultados esperados en la implementación del programa y del mejoramiento de los resultados de los procesos objeto de mejoramiento debe proponerse un mecanismo para hacer el seguimiento al programa, monitoreo que es responsabilidad del nivel gerencial de la institución.

En la gráfica 1 se presenta la relación existente entre los procedimientos de auditoría y el programa de auditoría, de igual forma los formatos que se presentan pueden ser utilizados para planear los procedimientos y el programa de auditoría.

GRÁFICA NO. 1. RELACIÓN ENTRE PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA Y EL PROGRAMA DE AUDITORÍA



FORMATO PARA FORMULAR EL PROGRAMA DE AUDITORÍA

ENTIDAD	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD				CÓDIGO			VERSIÓN	
	NOMBRE FORMATO AUDITORÍAS DE				PÁGINA			REVISADO	
					FECHA ELABORACIÓN			FECHA APROBACIÓN	
PROCESO POR AUDITAR	OBJETIVO Y ALCANCE	CRITERIOS DE AUDITORÍA	FECHA		EQUIPO	LUGAR	DURACIÓN	RECURSOS	OBSERVACIONES
			INICIA	FINALIZA					
ELABORADO POR:					APROBADO POR:				

FORMATO PARA PLANEAR EL PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA

ENTIDAD	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD		CÓDIGO	VERSIÓN	
	NOMBRE FORMATO PLAN AUDITORÍAS DE		PÁGINA	REVISADO	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN	FECHA APROBACIÓN	
PROCESO OBJETO DE MEJORA			CRITERIOS		
OBJETIVO:					
ALCANCE:					
LUGAR					
QUÉ (ACTIVIDADES)	CÓMO (TÉCNICAS DE APOYO)	QUIÉN (EQUIPO AUDITOR)	CUÁNDO (FECHA DE INICIO -TERMINACIÓN)	DÓNDE (ÁREA O PROCESO)	OBSERVACIONES
AUDITORES:					

GUÍA No. 5

CÓMO REALIZAR LA FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

PROPÓSITO DE LA GUÍA

Apoyar las instituciones en la aplicación del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en la elaboración de los planes de mejoramiento con un enfoque sistémico, de forma que realmente estén articulados a la toma de decisiones y sus resultados mejoren la atención en salud recibida por los usuarios de las instituciones y del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¿QUÉ ES UN PLAN DE MEJORAMIENTO?

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

PREPARACIÓN PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN

La etapa de planeación tiene como objetivo conseguir los insumos indispensables para la elaboración de los planes de

mejoramiento para el cierre de las brechas o diferencia que existe entre la calidad esperada y la calidad observada, como son:

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

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

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

CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE MEJORAMIENTO

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

Definición concreta de la dimensión del problema.

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

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

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

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

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

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

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

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

FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Para la formulación concreta y sencilla del plan de mejoramiento se sugiere la utilización de la matriz 5 W1H que toma su nombre por sus siglas en inglés: what, who, when, where, why y how (qué, quién, cuándo, dónde, por qué o para qué y como), que debe complementarse con indicadores para poder realizar un seguimiento regular, lo que hace necesario concertar metas a todo nivel de la organización.

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

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

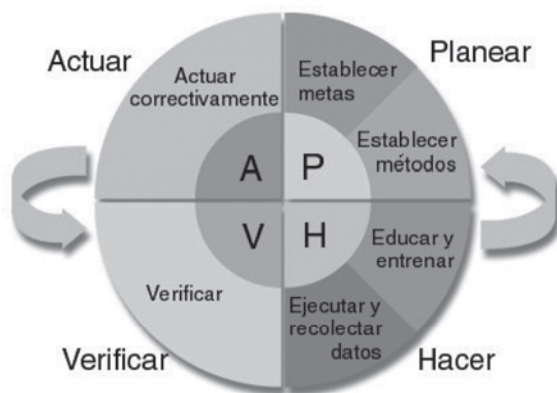
Elaborar un plan detallado, con acciones concretas y alternativas de soluciones factibles y medibles para la evaluación de resultados. Para ello se sugiere tener en cuenta el formato anexo No. 5, figura No. 14.

Realizar el seguimiento de la evolución de las acciones de mejora implementadas, mediante el mantenimiento de los procesos periódicos de medición, comparación, análisis y evaluación; es necesario que estos planes incluyan la medición de los indicadores definidos para las metas. Debe quedar claro quién es responsable de esta medición, cuándo se realiza, dónde y cómo. Se sugiere la aplicación del informe de tres generaciones para el seguimiento al plan de mejoramiento (ver anexo No. 5, figuras 16 y 17).

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO

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

CICLO GERENCIAL PHVA



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

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

Para ello son necesarias dos condiciones:

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

Que se establezca una forma de comunicación y seguimiento de las actividades, entre cada responsable y su equipo, para lo cual proponemos un formato o informe de tres generaciones que se encuentra en el anexo No. 5, figuras 16 y 17. este lo debe presentar cada responsable de un proyecto a su superior inmediato, con la periodicidad que la institución determine, para identificar y solucionar oportunamente problemas que puedan impedir el logro de la meta final.

GUÍA No. 6

CÓMO GENERAR EL APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL-ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS

PROPÓSITO DE LA GUÍA

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

¿QUÉ ES EL APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL?

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

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

Capacitar al grupo de trabajo

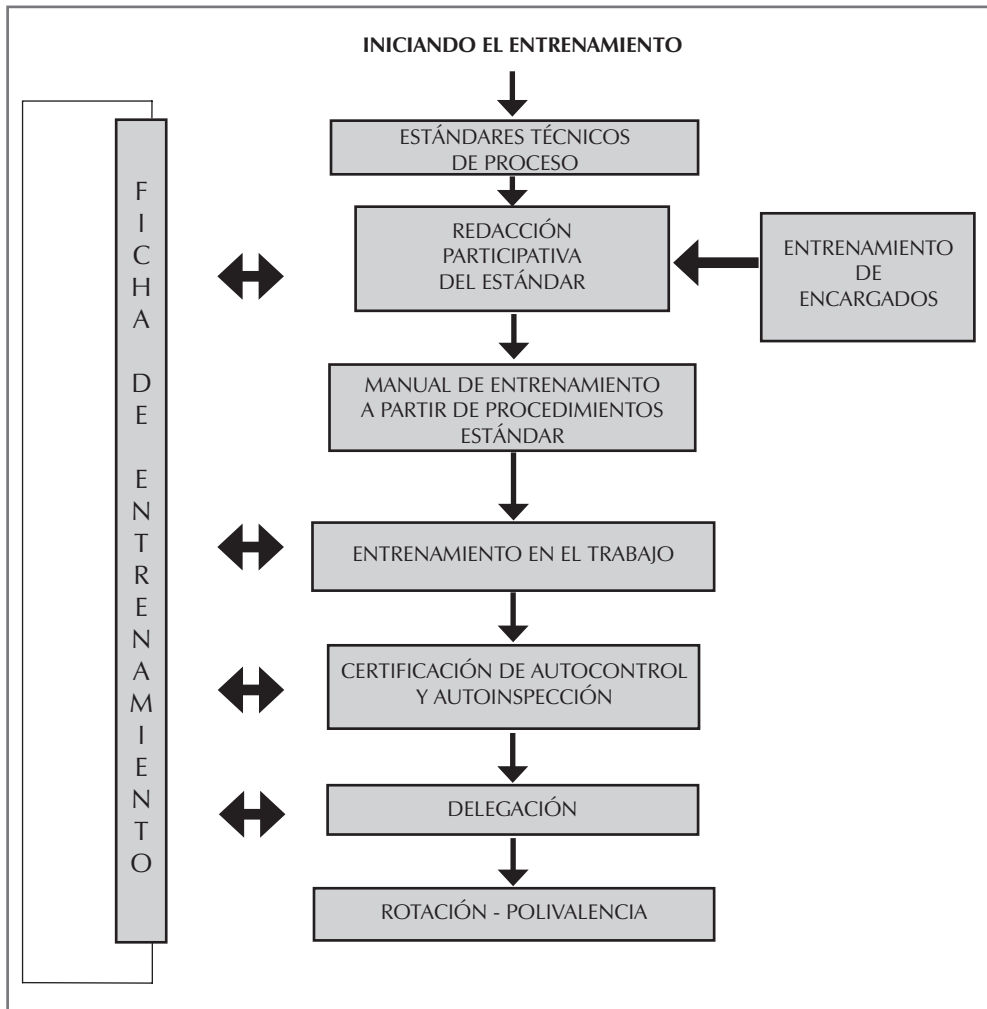
Se debe realizar un seminario-taller o jornada de trabajo práctica para homologar conceptos y aprender herramientas mínimas que les permitan a los integrantes de la organización funcionar bien como grupo. El propósito de este taller consiste en capacitarse en gerencia de procesos, es decir, análisis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

Definir el plan de estandarización

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

El plan que el grupo define es para capacitación y apoyo a las áreas, que debe complementarse y ajustarse con cada jefe de área involucrada. El jefe del área y su gente, una vez definidos los procesos críticos que hay que estandarizar, debe programar y acordar con el grupo el tiempo que requerirán, a fin de que se comprometa con personas responsables claras y tiempos definidos. La figura No. 1 muestra de manera esquemática el proceso para el entrenamiento.

FIGURA No. 1. MODELO DE ENTRENAMIENTO EN EL TRABAJO DERIVADO DE LA ESTANDARIZACIÓN



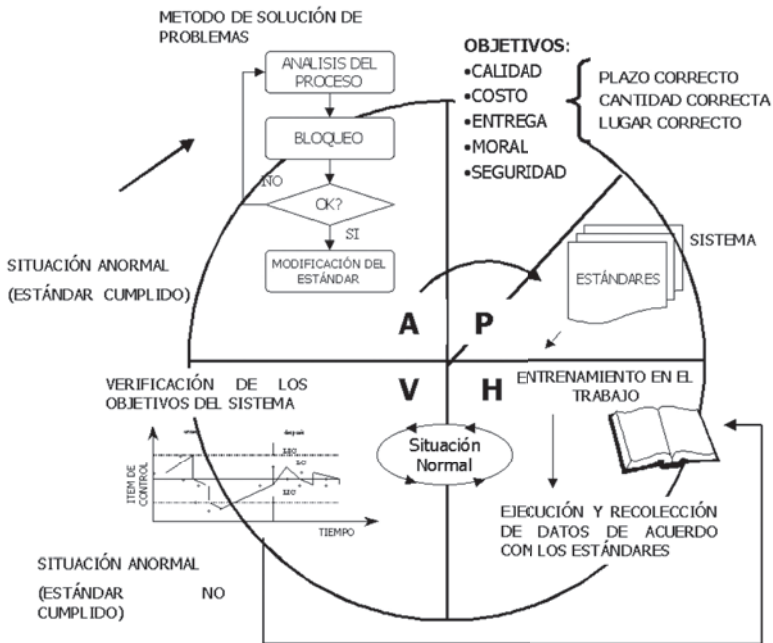
¿QUÉ SIGNIFICA LA ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS?

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

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

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

FIGURA No. 2. ESTANDARIZACIÓN EN EL CICLO PHVA

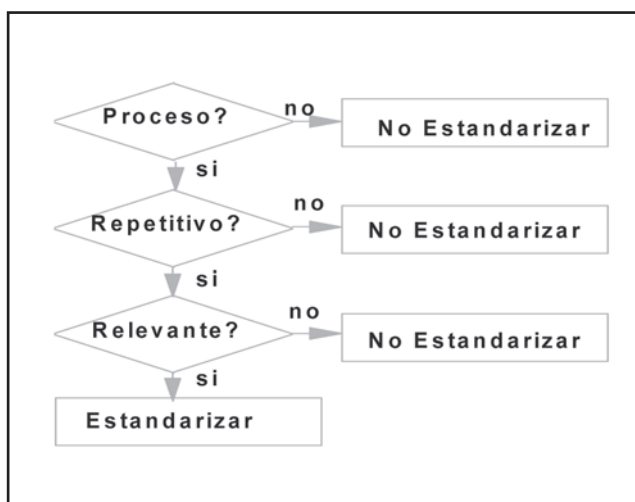


Definición de Estándar: Conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un proceso, de tal manera que este cumpla o alcance las metas señaladas. Estos documentos son obtenidos por **consenso** para un: objetivo, desempeño, capacidad, estado, movimiento, secuencia, método, procedimiento, responsabilidad,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

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

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

FIGURA No. 3. CUÁNDO ESTANDARIZAR



1. OBJETIVOS DE LA ESTANDARIZACIÓN

A. Mantener la calidad y mejorarla para:

- Asegurar el desempeño y función y su mejoramiento.
- Asegurar la confiabilidad y mantenimiento y su mejoramiento.
- Garantizar la seguridad y su mejoramiento.
- Eliminar las dificultades o problemas durante el proceso.

- Prevenir problemas recurrentes.
- Establecer procedimientos estándar de operación.

B. Tener reducción de costos para:

- Utilización de los componentes mínimos.
- Simplificación.

C. Mantener la productividad y mejorarla para:

- Mejorar el proceso.
- Mejorar la operación automatizada.

D. Tener información/divulgar

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

E. Tener contribuciones sociales para:

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

2. PROCEDIMIENTOS PREVIOS A LA ESTANDARIZACIÓN

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

3. BENEFICIOS DE LA ESTANDARIZACIÓN

La estandarización vista dentro del ciclo PHVA, busca las mejores formas de conseguir los resultados. En la medida que se ejecuta un proceso de una misma manera y se hace consciente, se puede mejorar más fácilmente. Se considera a la estandarización como motor de la innovación y como incentivo para la

creatividad de las personas que están al frente del proceso. Un buen estándar es aquel que es modificado por lo menos una vez cada 6 meses. Esta premisa obliga a estar buscando mejores maneras de hacer las cosas y con el desarrollo de las personas.

FIGURA No. 4. EFECTOS DE NO ESTANDARIZAR



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

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

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

4. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTÁNDARES

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

5. PASOS PARA LA ESTANDARIZACIÓN

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

6. ELABORACIÓN DE PROCESOS ESTANDARIZADOS

- **Describir paso a paso el proceso**, escriba uno a uno los pasos del proceso, liste las tareas que realiza.
- **Identificar las tareas que agregan valor** y las que no. (Una tarea agrega valor cuando es indispensable para el cliente).
- **Diagramar el proceso** mediante la utilización de formas convencionales y universales de graficación. Si ya ha definido para su institución algunos símbolos, utilícelos, asegúrese de que todos entiendan su significado.
- **Formalizar mecanismos** para la documentación y para el almacenamiento de los estándares, una mala planeación puede traer como consecuencia la pérdida de confianza en el proceso.

FIGURA No. 5. MÉTODO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PROCESOS ESTANDARIZADOS

Definir cuáles son los productos y/o servicios de la gerencia para establecer los Sistemas.
1. Establecer los objetivos del sistema en cuanto a calidad, costo, seguridad, atención y disponibilidad del personal cuando estas apliquen al producto o servicio prioritario. EJEMPLO: Sistema de Compras Objetivos: Calidad en las compras, costo, plazo, seguridad. Cómo medir Definir meta o fin del sistema
2. Establecer el flujograma del sistema, los medios o cómo lograr los objetivos y garantizar la calidad de los productos y servicios explicando los procesos necesarios y reflejando la situación real de lo que actualmente se hace.
3. Simplificar el flujograma criticando cada etapa o proceso que se desarrolla a través de los porqués encontrando su razón de ser.
4. Dividir el flujograma de acuerdo con las cuatro etapas: planear, ejecutar, verificar y actuar. Detallando cada proceso o tarea por el método 5W 1H (qué, quién, por qué, cuándo, dónde y cómo)
5. Definir los procesos prioritarios o críticos y desarrollar el flujograma de las tareas necesarias para realizarlos.
6. Determinar cuál es la tarea prioritaria o crítica y desarrollar el estándar de procedimiento operacional.

FIGURA No. 6. PRINCIPALES TIPOS DE ESTÁNDARES



Aquí se elabora el diagrama de flujo del proceso con bloques de decisión

1

Inicio o Fin

Actividad

Decisión

Conector de Página

Documento

Conector de Flujo

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN					
NOMBRE DEL ÁREA					
MACROPROCESO					
PROCESO					
FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	POR QUE

2

3

PROCEDIMIENTO OPERACIONAL		
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		
MACRO PROCESO:	RESPONSABLE: Quien lo hace	
PROCESO: Identificación del proceso	CÓDIGO DE TAREA:	
TAREA	ELABORACIÓN:	
	REVISIÓN:	
CONDICIONES-MATERIALES NECESARIOS		
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES		
Actividad 1		
Actividad 2		
Actividad 3		
Actividad 4		
Actividad 5		
Actividad 6		
Actividad 7		
Actividad 8		
Actividad 9		
Actividad 10		
RESULTADOS ESPERADOS		
ACCIONES CORRECTIVAS		

4

MANUAL DE ENTRENAMIENTO				
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN				
NOMBRE DEL ÁREA				
MANUAL DE ENTRENAMIENTO				
MACROPROCESO:	RESPONSABLE:			
PROCESO:	CÓDIGO DE TAREA:			
TAREA:	ELABORACIÓN:			
	REVISIÓN:			
No.	QUÉ HACER	CÓMO HACER	POR QUÉ HACER	RIESGO
A2				
A3				
A4				
A5				
A6				
A7				
A8				
A9				
A10				

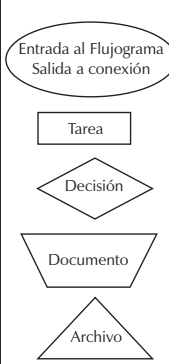
6.1. ESTÁNDAR DE PROCESO

El estándar de proceso es un instrumento de planeación de las jefaturas y las coordinaciones, por su presentación permite el seguimiento de cada una de las tareas del proceso, en aras de asegurar los resultados finales (productos).

- Define el plan de acción de los procesos.
- En su elaboración participan la jefatura y el nivel operativo.
- Presenta el flujograma que corresponde al qué se hará; además, el quién será responsable de la tarea, el cuando se hará dicha tarea, el cómo se hará (que permite la vinculación del estándar de proceso con el procedimiento operacional), el donde se realizará y el porqué o para qué de la tarea.
- Sirve de base para la elaboración del procedimiento operacional y del manual de entrenamiento.

Únicamente serán llevadas al procedimiento operacional aquellas tareas de alta complejidad que sean imposibles de explicar claramente para la ejecución correcta del proceso. Ver siguiente figura.

Figura No. 8

INSTITUCIÓN CORRESPONDIENTE					
DEPENDENCIA / DEPARTAMENTO					
ESTÁNDAR DE PROCESO					
PROCESO: Cómo se denomina el proceso			CÓDIGO: Según la institución		HOJA No. #
RESPONSABLE DEL PROCESO: Quién gerencia el proceso				FECHA : Última Actualización	
FLUJOGRAMA	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	POR QUÉ	CÓMO
1. Nombre de cada tarea componente del proceso 	Ejecutante de esa tarea	Fecha, horario, momento en el cual se hace la tarea.	Lugar de ejecución	Justificación de la tarea, qué pasaría si no la hiciera, beneficios o valor agregado que genera.	Método o procedimiento como se realiza la tarea. Si es simple se explica aquí; de lo contrario, se usa el procedimiento operacional. (Es recomendable en gerundio).

6.2. PROCEDIMIENTO OPERACIONAL




El procedimiento operacional se elabora una vez formulado el estándar de proceso, este es estándar de trabajo del nivel operativo, es decir, de cada una de las personas que ejecutan procesos cotidianos.

Presenta las actividades críticas para ser desarrolladas como una explicación del Cómo del estándar de proceso, establece los materiales requeridos para la ejecución de la tarea, los resultados esperados, que en ciertas ocasiones se convierten en los indicadores de verificación de los procesos, también los principales problemas y algunas de las acciones correctivas para garantizar que la tarea sea ejecutada de manera completa, incluso cuando se presenta un resultado no esperado. Este formato es la base para el manual de entrenamiento.

Por ejemplo, con frecuencia en las unidades de admisiones se presentan pacientes que no traen el carné u olvidan algún documento para su correcta identificación. Lo que generalmente sucede es que la persona que está encargada de ese proceso debe parar la ejecución del mismo por no tener claro qué tipo de solución inmediata debe dar al problema. Las acciones correctivas que presenta el procedimiento operacional permiten establecer de manera escrita y formal las soluciones a este tipo de problemas, posibilitando el flujo continuo y permanente de los procesos.

Veamos el formato:

FIGURA No. 9. PROCEDIMIENTO OPERACIONAL

INSTITUCIÓN CORRESPONDIENTE DEPENDENCIA / DEPARTAMENTO	
PROCEDIMIENTO OPERACIONAL	
PROCESO: Cómo se conoce el proceso	FECHA: Última modificación
TAREA: Tarea crítica del proceso	CÓDIGO: Según institución
RESPONSABLE: Ejecutante	REVISIÓN: Área
1. CONDICIONES Y MATERIALES NECESARIOS	
<ul style="list-style-type: none"> Determinar las condiciones y los materiales necesarios para desarrollar correctamente la tarea. 	
2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	
Actividad 1	Identificar la secuencia de actividades de la tarea y enunciarlas en orden de ejecución. Si es necesario se pueden complementar con gráficos o cuadros explicativos.
Actividad 2	
Actividad 3	
Actividad 4	
Actividad 5	
3. MANEJO DE MATERIALES	
 Formas de almacenamiento, procedimientos previos de preparación, como por ejemplo revisar la temperatura de los baños María para una incubación.	
4. RESULTADOS ESPERADOS	
 Los productos que deben resultar de la tarea si se lleva idóneamente.	
5. ACCIONES CORRECTIVAS	
 Ante imprevistos qué alternativas tiene el ejecutante, cómo se corrigen los errores más frecuentes.	

6.3. MANUAL DE ENTRENAMIENTO

El manual de entrenamiento también ha sido llamado tutor de procesos, y es el instrumento básico de capacitación a los ejecutores de los procesos. Su elaboración es responsabilidad de los jefes. Define cada una de las actividades de la tarea, es utilizado cuando por alguna razón la complejidad de las tareas críticas enunciadas en el procedimiento operacional excede su explicación inicial. Presenta cada una de las actividades críticas y cómo deben ser realizadas, el riesgo de cada una de ellas y la forma de neutralizar el riesgo. La fuerza del manual de entrenamiento es su objetividad.

OBSERVACIÓN: Es necesario estar atento a no incurrir en el error de considerar la estandarización como un fin en sí misma. La estandarización es un medio y no un fin, se emplea para obtener la previsibilidad de los resultados y desarrollar el grupo humano. De esta forma, estandarizando las tareas críticas de los procesos críticos es posible garantizar el mantenimiento de la calidad y la eficacia del sistema al cual pertenecen.

Veamos el formato:

FIGURA No. 10. MANUAL DE ENTRENAMIENTO

INSTITUCIÓN CORRESPONDIENTE					
DEPENDENCIA / DEPARTAMENTO					
MANUAL DE ENTRENAMIENTO					
PROCESO: Al que corresponda la tarea			FECHA: última modificación		
TAREA: Tarea crítica que debe ser más detallada			CÓDIGO: Según Institución HOJA: No. 01		
RESPONSABLE: Ejecutante de la tarea			REVISADO: Área coordinadora		
No.	QUÉ HACER	CÓMO HACER	POR QUÉ HACER	RIESGO	NEUTRAL
A1	Describir la actividad	Describir el método o los métodos que voy a realizar para ejecutar la tarea. Si la descripción del cómo es muy extensa (por ejemplo condiciones de los pacientes para venir a la toma de muestra al laboratorio) se puede remitir a un anexo.	Evitar errores en su ejecución, capacitar al personal.	Los riesgos de que algo salga mal	Cómo se soluciona, estando la solución a la mano del ejecutor
A2					

GUÍA No. 7

CÓMO REALIZAR EL SEGUIMIENTO A TRAVÉS DE COMITÉS

PROPÓSITO DE LA GUÍA

Constituir un complemento, técnico y práctico que facilite la implementación de los diferentes comités que se realizan en las instituciones, como mecanismos de seguimiento y retroalimentación a la calidad de los procesos que se convierten en objeto de la auditoría, según las orientaciones del “Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud”.

¿Cuál es el papel de los comités en el desarrollo de la auditoría para el mejoramiento de la atención en salud?

Los comités son un instrumento valioso para implementar las acciones de seguimiento en todos los niveles de la auditoría y son promovidos por el nivel de la auditoría interna. Para la auditoría externa, o la que se da entre comprador e instituciones prestadoras, los comités son de igual forma un mecanismo de seguimiento y monitoreo a la calidad de los procesos prioritarios que acuerden las instituciones y a los resultados negativos que se presenten en la atención.

¿Qué es un comité?

Los comités son equipos interfuncionales que tienen una responsabilidad directa de contribuir a que las instituciones de salud presten servicios con calidad y establezcan acciones

para garantizarla; su funcionamiento afecta a la institución en general y a los usuarios. Es necesario tener total claridad de la responsabilidad de cada comité y de cómo encaja en el funcionamiento, planes, metas y logros de la organización.



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

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

COMITÉS POR IMPLEMENTAR EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD

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

- Comité de Ética Hospitalaria Res. 13437/91
- Comité de Trasplantes Dec. 2493/06
- Comité de Infecciones, Profilaxis y Política Antibiótica Dec. 1562/84
- Comité de Farmacia y Terapéutica Dec. 2200/05

• Comité de Vigilancia Epidemiológica	Dec. 3518/06
• Comité Técnico-Científico	Res. 2933/06
• Comité de Transfusión Sanguínea	Dec. 1571/93
• Comité Docencia-Servicio	Dec. 0190/96 Acuerdo 003/03
• Comité de Historia Clínica	Res. 1995/99
• Comité de Urgencias	Dec. 412/92

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

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

SELECCIÓN DE LOS MIEMBROS DE UN COMITÉ

Los comités deben conformarse como equipos interfuncionales donde deben estar representados los principales responsables del buen funcionamiento de los procesos y acciones objeto de análisis permanente del comité en cuestión. Otras personas pueden ser invitadas para reuniones específicas, para analizar problemas que afectan ocasionalmente el funcionamiento correcto de esos procesos.

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

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

CLARIFICAR EL PROPÓSITO Y ALCANCE DEL COMITÉ

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

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

DEFINIR EL PLAN DE TRABAJO PARA EL COMITÉ

A partir del plan de mejoramiento de calidad se define un programa de auditoría, dentro del cual cada comité tiene una función. Para que el trabajo del comité sea productivo y, una vez clarificado su propósito y alcance, es necesario un plan de trabajo para que los resultados esperados se den y el comité contribuya a los logros de la organización.

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

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

- Debe definir indicadores de seguimiento, que son la manera para monitorear el cumplimiento de la meta.

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

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

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

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

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

GUÍA No. 8

CÓMO IMPLEMENTAR EL NIVEL DE AUDITORÍA EXTERNA

PROPÓSITO DE LA GUÍA

Presentar a las instituciones que deben implementar el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en su nivel de auditoría externa, tanto como auditor como auditado, una metodología que contribuya al mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Adicional a lo desarrollado en las guías anteriores, en este documento se hace énfasis en uno de los pilares de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en su nivel de auditoría externa, como es la construcción de las relaciones de confianza entre los actores que contribuye a la implementación de los procedimientos de auditoría de forma más eficiente y efectiva.

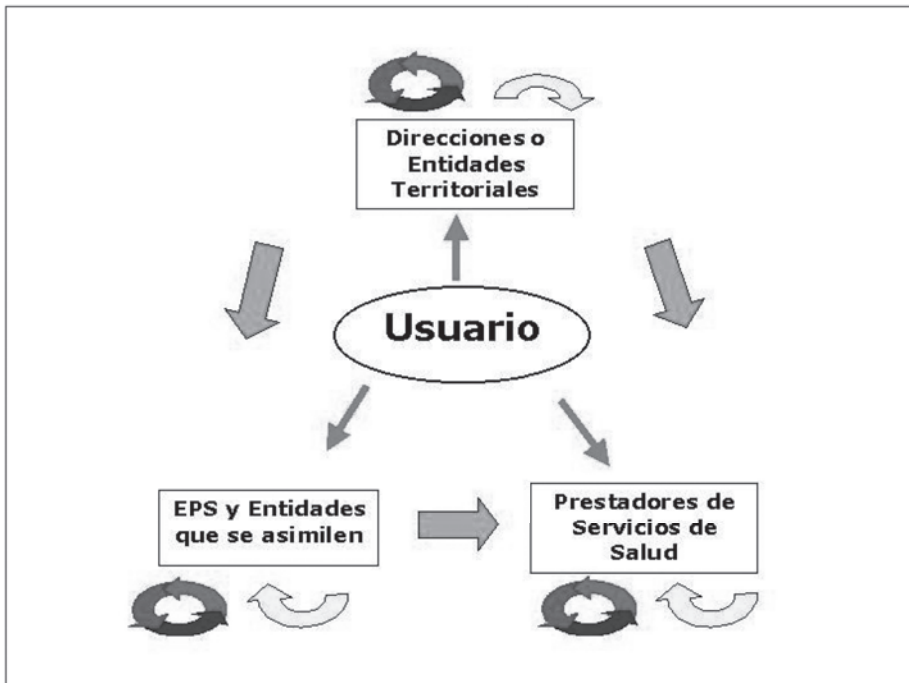
En primer lugar se considera la confianza como la disposición a construir con los otros, aceptando las acciones creativas e independientes que realizan, sin que esta independencia signifique abdicar a la responsabilidad por la tarea conjunta, para lo cual se requiere mantener un grado alto de mutuo entendimiento y respeto.

LA AUDITORÍA EXTERNA COMO UN MODELO DE CONTROL DE SEGUNDO ORDEN

La aplicación del nivel de auditoría externa establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene su razón de ser en la relación entre los actores del sistema.

La aplicación de este nivel de auditoría requiere que las organizaciones no pierdan de vista los pilares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de mejoramiento continuo y atención centrada en el cliente, aspectos que deberán ser compartidos entre los actores del sistema para obtener los resultados esperados en materia de calidad en la atención en salud que deben recibir los usuarios (Gráfica 1).

GRÁFICA 1. ESTRUCTURA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD PARA EL NIVEL DE AUDITORÍA



El propósito del nivel de auditoría externa es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol en las instituciones objeto de la auditoría. Lo anterior es posible en la medida en que los niveles de auditoría externa se diseñen e implementen en el Sistema conociendo y aplicando procedimientos de auditoría que aseguren que la entidad cuenta con los mecanismos internos (nivel de auditoría interna y autocontrol) necesarios y suficientes como para cumplir con el propósito establecido entre las organizaciones. En una frase, es un

control externo al sistema de auditoría de la institución. Por esta razón el modelo de control establecido por la norma se suele denominar control de segundo orden y requiere haber establecido en forma previa a la realización operativa de la auditoría acuerdos en temas tales como: qué procesos son prioritarios de mejoramiento para lograr los resultados en la atención en salud, en los criterios y métodos por ser utilizados en la evaluación, lo cual incluye indicadores, conformación de los equipos de auditoría, mecanismos para resolver desacuerdos entre las partes, entre otros.

En la implementación de los modelos de auditoría externa con enfoque de control de segundo orden, las organizaciones se encontrarán en un continuo que está limitado: en un extremo, aquellas entidades que no han desarrollado sistemas explícitos de auditoría interna y autocontrol y, en el otro extremo, aquellas entidades que cuentan con sistemas avanzados de autocontrol. En el primer caso, la labor de la auditoría externa es facilitar el desarrollo de un sistema de control intrínseco en la institución auditada. En el segundo caso, la auditoría externa se concentrará en el control de la calidad del sistema de auditoría intrínseco de la organización auditada.

Entender el proceso de auditoría externa como parte de un proceso de aprendizaje organizacional tiene consecuencias directas sobre la estructura que se requiere para respaldarlo. Los equipos de auditoría, por ejemplo, no estarán compuestos por funcionarios de la entidad que audita exclusivamente, sino que podrían ser equipos integrados por miembros de las dos entidades. Esta forma de integrar los equipos de auditoría facilita el establecimiento de relaciones de cooperación basadas en la confianza, potencia el proceso de auditoría al hacer uso del conocimiento y relaciones que poseen los miembros de la entidad auditada respecto de su propia entidad y permite un proceso de aprendizaje en la entidad auditada, aspectos que requieren acuerdos explícitos entre los dos tipos de entidades con respecto a los procesos asistenciales que serán auditados y los instrumentos, criterios y métodos que se van a utilizar durante la ejecución de la auditoría.

Con base en todo lo anterior, las administradoras de planes de beneficios y los prestadores de servicios de salud podrán conocer con antelación a una relación cuando se compran servicios de salud para su población afiliada, los distintos indicadores de calidad (calidad deseada) de unos y otros con el objetivo de retroalimentarse y coordinar sus procesos específicos de auditoría, para el crecimiento y fortalecimiento de la calidad en ambas direcciones y siempre con el carácter de concertación entre las partes.

Por lo tanto, el inicio de un buen programa de auditoría entre las partes se basará en la identificación de los siguientes objetivos:

- Definir claramente la calidad deseada y cómo esta será entendida en los términos de la relación que se implemente.
- Concertar las metodologías de evaluación de la calidad que se llevarán a cabo, que respeten los planteamientos de validez y confiabilidad expresados en estos lineamientos, así como la evaluación por pares.
- Fijar qué sistema de monitorización se va a seguir.
- Establecer los indicadores y eventos trazadores que se evaluarán.
- Utilizar la información para retroalimentarse.
- Construir confianza mutua, basada en el mutuo beneficio.

Tanto los compradores de servicios de salud como los prestadores facilitarán la logística y los elementos operacionales necesarios para el desarrollo de las actividades de auditoría, incluyendo la revisión de la historia clínica, siempre que se haga cumpliendo con la obligación legal de garantizar su custodia por parte de la institución prestadora de servicios de salud¹, con el objeto de verificar la calidad de la atención en salud, quedando en libertad de solicitar la revisión por pares cuando el caso lo amerite.

Hay que recordar siempre que el único fin del éxito de estos programas es asegurar la mejor atención en salud para superar las expectativas de los usuarios, que quieran seguir perteneciendo a su asegurador en salud, y quieran seguir con el mismo prestador que les brindó la atención.

PROCESO DE CREACIÓN DE CONFIANZA

La relación entre las instituciones que participan en el Sistema de General de Seguridad Social se basa, al igual que en cualquiera otro tipo de organización, en la utilización de algún método de negociación, el cual se espera produzca resultados en forma eficiente y amistosa. Sin interesar qué método de negociación sea el utilizado, se requiere como primer paso la construcción de una relación de CONFIANZA, lo cual sugiere aceptar las acciones del otro sin sentir la necesidad de examinarlas. Confianza es una condición previa para hacer viables las relaciones de cualquier índole, aun cuando no necesariamente las hace predecibles.

La confianza no es necesariamente una forma de reducir la complejidad de la relación, por el contrario, es uno de los amplificadores más poderosos con él se

¹ Resolución 1995 de 1999.

cuenta para hacer posibles relaciones de verdadera colaboración. Entonces, se puede decir que la confianza debiera ser la disposición a construir con otros, aceptando las acciones creativas e independientes que realizan, sin que esta independencia signifique abdicar en momento alguno la responsabilidad por la tarea conjunta, que en el caso del Sistema General de Seguridad Social es la atención en salud con calidad de los usuarios del mismo. Esto implica la necesidad de compartir realidades y en general de mantener un grado de mutuo entendimiento.

Aceptar lo que los otros hacen sin este compartir y entender es aceptar ciegamente la acción de los demás y es, por lo tanto, una confianza irresponsable. Lo anterior significa que el lograr los resultados deseados requiere pasar de relaciones estratégicas de dominación a relaciones comunicativas, de alineamiento de intereses. Estas son relaciones basadas en el respeto mutuo, donde cada parte reconoce el valor de la contribución al otro y por lo tanto está dispuesta a conversar y a negociar (Habermas, 1995).

Lograr esta confianza es un proceso de aprendizaje organizacional que parte del aprendizaje individual. Si en el desarrollo de una tarea compleja una persona depende del trabajo de otras para llevarla a cabo, necesita confiar en ellas. Sin esta condición se tendría que recurrir a formas policivas de control que lo aumentan, reducen el rendimiento general y es muy probable que lleven a quiebres relacionales.

Los espacios de diálogo para la generación de confianza requieren la construcción de una relación comunicacional, en la cual las organizaciones involucradas deben mirarse de igual a igual; aceptar su autonomía y respetarse. El alinear los intereses institucionales es el resultado de un proceso continuo.

La posibilidad de la generar este tipo de relaciones necesita que cada organización fundamente su aprendizaje en el logro de una cultura del autocontrol, lo cual significa que el ejecutor de un trabajo, a la vez que lo realiza, tiene la competencia de autoobservarse, tiene la capacidad de detectar las deficiencias midiendo su desempeño, comparándolo contra los estándares exigidos; reconocer a conciencia los resultados insuficientes obtenidos, estar comprometido con la calidad para motivarse autónomamente a corregirlas y proceder a introducir los cambios que le aseguren que no se volverán a repetir los errores.

Lo anterior no es nada fácil, implica un alto grado de madurez laboral y de compromiso, identidad, pertenencia y motivación hacia el trabajo, los usuarios, la institución y el sector.

CÓMO IMPLEMENTAR EL NIVEL DE AUDITORÍA EXTERNA

La implementación del nivel de auditoría externa puede ser operado realizando el modelo que se presenta en la gráfica 2.

GRÁFICA 2. MODELO PARA EJECUTAR EL NIVEL DE AUDITORÍA EXTERNA



Las acciones para la construcción de la confianza y el compartir de información son elementos transversales y continuos en la generación, mantenimiento y mejoramiento de las relaciones entre las organizaciones, convirtiéndose en dos factores críticos de éxito para alcanzar los resultados propuestos.

Planeación de la auditoría en el nivel de auditoría externa

Antes de iniciar la planeación del procedimiento de auditoría la gerencia o dirección de la organización debe preguntarse si el esfuerzo de mejorar las relaciones con los demás actores del sistema genera algún valor agregado para la institución y/o contribuye al cumplimiento de su misión. Si a esta pregunta la respuesta es afirmativa, identifique los aspectos que determinan por qué sí; en caso de que sea negativa, es igual de valioso el identificar por qué no.

Para una respuesta afirmativa, el nivel directivo de la institución deberá hacer contacto con su homólogo para conocer su interés en la ejecución de la auditoría externa con este enfoque. En este punto es importante que el promotor de la iniciativa, bien sea la administradora de planes de beneficios o la institución prestadora de servicios de salud, trate de que la institución con quien desea trabajar dé respuesta a la pregunta anterior e identifique los aspectos que motivaron su respuesta.

Una vez se ha decidido iniciar la implementación de la auditoría de este tipo, el siguiente paso es seleccionar el proceso que se pretende mejorar, no se debe olvidar que las relaciones entre las organizaciones son complejas, cambian permanentemente, están mediadas por seres humanos y contemplan en su cotidianidad una gran cantidad de situaciones que generan tensión, por lo tanto se sugiere iniciar el mejoramiento de las relaciones abordando un tema particular y no tratar de abordar todos los temas al mismo tiempo.

Esta etapa es realizada en conjunto, es fundamental la participación del nivel gerencial y de los (las) responsables de temas sensibles y que podrían ser el objeto por trabajar. En este primer contacto, se sugiere abordar los siguientes temas:

- **Definición de las expectativas de cada uno de los participantes**, con el fin de poder comenzar con acuerdos de confianza establecidos y no generar falsas expectativas o interpretaciones del alcance de las relaciones de confianza que no puedan ser alcanzables.
- **Identificación de prioridades**, las cuales pueden responder a: ¿Qué debemos mejorar de cara al usuario y su familia? ¿Qué aspectos son los que generan mayor insatisfacción al usuario? ¿Qué aspectos pueden ser barreras de acceso? Así, las prioridades deben cumplir con dos premisas: (a) Que tenga impacto en el usuario / paciente; (b) Que sea una oportunidad de mejora identificada por ambas organizaciones. Es importante tener en cuenta el trabajo previamente realizado por la IPS respecto a la priorización de los procesos, para no duplicar esfuerzos y concentrarse en el mejoramiento de la calidad.
- **Identificación del proceso por mejorar**. Tal y como se mencionó al inicio de este capítulo, es necesario identificar y seleccionar los diferentes procesos de las relaciones, el problema prioritario por trabajar entre las organizaciones. Para cumplir con este propósito se sugiere realizar reuniones internas en cada una de las instituciones para discutir las prioridades y seleccionar los temas que son prioritarios de cara al usuario, a la pareja organizacional y para ellos mismos. Frente a estos acuerdos se identifican y definen los puntos críticos desde las 2 ópticas (institución prestadora de servicios de salud – administradora de planes de beneficios), se analiza en conjunto y se identifica el proceso por mejorar.
- **Homologación de significados**, en términos relacionados con procesos, prioridades en los contenidos de los mismos y aspectos organizacionales de tipo general.

- **Identificación del equipo por participar**, con el propósito de definir responsables (se sugiere que esté conformado por diferentes niveles de la institución y de la cadena cliente-proveedor).
- **Apoyo logístico**, se concertan fechas, sitios, asistentes y temario de las reuniones de trabajo.
- **Definición de la estrategia** que la organización va a utilizar para que su equipo tenga claridad sobre la institucionalidad de la auditoría externa y el compromiso de la dirección para el logro de los resultados propuestos.

La posibilidad de generar espacios de confianza responsable de la que se habla en el marco teórico se construye a través del conocimiento y entendimiento entre los equipos de trabajo, presentando el propósito del conocimiento de las personas, las organizaciones, el establecimiento de mecanismos de diálogo, de homologación en el lenguaje, el conocimiento en actos comunicacionales, la generación de juicios y principalmente el manejo de los quiebres de la relación.

El párrafo anterior supone que la construcción de la confianza es un continuo y soporta el mejoramiento de las relaciones en y entre las organizaciones.

Para dar comienzo a este proceso, que como se observa en el modelo de intervención se puede iniciar con un taller, en el que participan los directivos y los miembros de las instituciones involucradas, con el propósito de abordar el tema de la confianza, para lo cual se puede realizar preguntas como: ¿cuáles son los elementos básicos para tener relaciones de confianza?², quiénes somos?, qué hacemos?, ¿en qué creemos? y ¿qué quisiéramos saber de la otra institución?

En este mismo espacio se debe fortalecer el mensaje de que los mejoramientos a para realizar en el futuro tendrán por objeto satisfacer las necesidades y expectativas del usuario y su familia y en lo posible disminuir los costos de transacción. En este punto de igual manera se debe expresar en forma explícita qué no se espera de la relación interinstitucional, por ejemplo, mejora en las tarifas por pagar, aumentar la facturación. Este instrumento no pretende servir de espacio para recriminaciones a funcionarios de alguna de las instituciones no presentes.

Definición de la metodología para realizar el análisis del proceso seleccionado.

La información es analizada y evaluada según los conocimientos, aprendizajes, preceptos, criterios y experiencias individuales y colectivas. Un mismo indicador

² Una vez identificados, un miembro del equipo debe tener la responsabilidad de documentar y guardar la memoria de los aspectos identificados como generadores de confianza, para evaluar los logros y las oportunidades de mejora.

puede determinar una toma de decisiones igual, semejante o diferente, dependiendo del observador, de aquí la importancia de la **homologación de significados**. Esto significa el llegar acuerdos sobre los términos utilizados por cada una de las instituciones, qué método se utiliza para analizar, estandarizar y medir los procesos organizacionales, cuáles son los canales de comunicación, cómo se toman las decisiones en cada organización, entre otros.

Nuevamente, dada la complejidad de las relaciones de las instituciones y de los múltiples aspectos que pueden generar tensión, la homologación de significados se refiere al proceso seleccionado para mejorar. Para abordar este tema se sugiere:

- **Presentar el mapa de procesos por intervenir de la institución**, con el fin de conocer la ruta atención del usuario e identificar cómo el proceso por mejorar se articula con los demás procesos organizacionales.
- **Presentar la metodología de gestión de procesos**, con el fin de que cada institución conozca la forma como la otra entiende los procesos, los construye, los estandariza y los mide.
- **Presentar la metodología del procedimiento de auditoría**, con el propósito de conocer y llegar acuerdos sobre los criterios, métodos y equipos para ejecutar a futuro el procedimiento de auditoría como mecanismo de seguimiento.

ANÁLISIS DEL PROCESO POR MEJORAR

Durante las etapas anteriores las organizaciones avanzan en el conocimiento mutuo, en el entrenamiento de los miembros de las organizaciones por trabajar en equipo para construir u organizar la información que se ha de mostrar a su pareja, pero es a partir de esta etapa, la de **analizar el proceso por mejorar**, en que verdaderamente se construye la confianza porque se profundiza y da como resultado los insumos para generar acuerdos. Aquí es donde se pone a prueba la coherencia de las organizaciones, el real interés del uno por el otro, el liderazgo organizacional. En estos espacios es donde realmente se construye la confianza o se pierde.

Definida la metodología por utilizar para el análisis se procede a implementarla, esta puede ser utilizada con dos fines diferentes:

- **Para el mejoramiento del proceso prioritario**, cuando el propósito sea mejorar los resultados obtenidos de la ejecución del proceso, es decir, el cierre de brechas entre la calidad esperada (resultados esperados) y la calidad observada (nivel de desempeño observado).

- **Para la definición de un nuevo proceso**, cuando el propósito sea definir un nuevo producto para los usuarios de las dos instituciones.

Se debe llamar la atención en que según el propósito para el cual se desea utilizar la información, los tiempos de implementación son diferentes; para el segundo caso, definición de un nuevo proceso, se requiere un trabajo individual previo de cada una de las organizaciones. El propósito es mitigar el riesgo de que durante el trabajo se genere la sensación de “posición dominante” por alguna de las partes y se acepte el proceso de quien pueda tener mayor experiencia lo que a futuro desencadena en los miembros de la institución una aceptación pasiva y no la aceptación activa que es lo que realmente genera la construcción de confianza responsable.

Surge entonces la pregunta de si debe implementarse la totalidad de la metodología y la respuesta es no; se requiere contar con unos insumos iniciales, a saber:

- Homologación de significados en la institución sobre el resultado esperado del proceso por realizar.
- Identificación de los clientes internos y externos del resultado (producto) del proceso.
- Definición de requerimientos técnicos considerados como esenciales por tener en cuenta para el logro de los resultados esperados.
- Definición de indicadores de verificación y control.
- Identificación de necesidades y expectativas frente al producto.

Una vez superada esta fase inicial, se cuenta con terreno abonado dentro de las instituciones para que los equipos de las dos instituciones comiencen el trabajo conjunto. Es posible que en este momento los equipos de trabajo de cada una de las instituciones aumenten o disminuyan según los perfiles que se requieran para dar inicio a la nueva etapa.

Finalmente, el propósito del trabajo conjunto es generar un producto que cumpla con las necesidades y expectativas de los usuarios, de la EPS y de la IPS, el diseño de un proceso articulado y de una serie de indicadores para hacer el seguimiento. Los pasos sugeridos son:

- **Ajuste de los equipos de trabajo.** Con base en el proceso individual es posible que las instituciones identifiquen miembros institucionales que deben participar en el trabajo con la pareja organizacional.

- **Homologación sobre el resultado (producto) esperado del proceso**, con el propósito de identificar en conjunto cuál es el resultado del proceso, identificar sus características y homologar el nombre por utilizar.
- **Identificación de los clientes internos y externos**, se identifican en conjunto los usuarios a quienes va dirigido el producto y los datos relevantes que permitan hacer una caracterización de aquella, además se identifican los clientes internos. Se consideran clientes internos los miembros de las organizaciones.
- **Identificación de las necesidades y las expectativas de los clientes (desdoblamiento de la calidad)**. Se define el método por utilizar para identificar las necesidades y expectativas de los clientes externos e internos, se definen la muestra, los instrumentos, los responsables de la recolección, los responsables de la consolidación, los insumos requeridos y la fecha para presentar los resultados.
- **Identificación de requerimientos**, con el propósito de hacer explícitos los requerimientos y/o limitantes, que no pueden ser negociados, por corresponder a políticas institucionales o que afectan el desarrollo de otros procesos dentro de las instituciones. Los requerimientos generalmente corresponden a aquellos aspectos que las instituciones no están dispuestas a negociar.
- **Indicadores de gestión**, los indicadores definen la responsabilidad del gerente de un proceso. Establecer indicadores de gestión significa traducir en forma cuantitativa los deseos y necesidades de los clientes. Esto muestra la contribución de esa persona en la calidad de los productos o servicios de la organización. Los indicadores se convierten en una herramienta esencial para la mejora de los procesos y su correcto gerenciamiento. Sin embargo, aunque la construcción del indicador es fundamental, tal vez más importante que eso es garantizar que la información solicitada en el indicador se recoja. Posterior a la definición de las formas de medición es necesario llevar los indicadores a tablas como la de las 5W1H, la cual establece en qué consiste el indicador, quién debe monitorear, cómo lo va a hacer, dónde debe administrarse, por qué es importante medir, también se establece cuándo lo va a medir o, como en este caso, crear una hoja de vida del indicador identificando estos elementos y otros como las fuentes de información, la frecuencia, los usuarios. En este punto se define la estrategia para entrenar a las personas en el manejo de las herramientas de medición, para comprender que el objeto de medir se centra en encontrar problemas en los procesos que permitan su mejoramiento; para realizar esto se deberá definir la hoja de vida o ficha técnica.

- **Estandarización del proceso**, constituye el mecanismo de formalización y documentación de los procesos críticos, es decir, de aquellos que constituyen el núcleo vital de conocimiento de las organizaciones o unidades administrativas. Algunas de las consideraciones que se deben tener en cuenta para la elaboración del estándar son: Describir paso a paso el proceso, escriba uno a uno los pasos del proceso, liste las tareas que realiza. Identificar las tareas que agregan valor y las que no. (Una tarea agrega valor cuando es indispensable para el cliente). Diagramar el proceso mediante la utilización de formas convencionales y universales de graficación. Si ya ha definido para su institución algunos símbolos, utilícelos, asegúrese de que todos entiendan su significado. Formalizar mecanismos para la documentación y para el almacenamiento de los estándares.
- Divulgación del proceso

En caso de que se tenga el propósito **de mejorar un proceso existente**, se inicia el análisis el proceso de análisis; los pasos que pueden ser llevados son:

- **Puesta en común del proceso**, cada una de las instituciones siguiendo la metodología seleccionada presenta desde su óptica el proceso identificado como prioritario.
- **Identificación de procesos críticos que afectan el proceso**, una vez definido este proceso se identifican los procesos críticos sobre los cuales este presenta más impacto, con el objetivo de analizar el tema en forma sistémica.
- **Identificación de puntos críticos**, con el propósito de generar insumos para la etapa siguiente de generación de acuerdos, la identificación de estos puntos permite a los equipos establecer una serie de elementos que permitan valorar una línea de base frente al problema identificado. Lo anterior significa que debe recolectar información para validar si estos puntos críticos realmente lo son.
- **Selección de otros indicadores**, de ser necesario se pueden identificar otros indicadores requeridos para levantar su línea de base y la forma posterior de hacerles seguimiento. No se debe olvidar el homologar la hoja de vida o ficha técnica de los indicadores, como una herramienta de homologación.

FORMULACIÓN DE ACUERDOS

Usando las anteriores descripciones, puntos críticos y línea de base, se procede a identificar cuáles son las causas que determinan el no logro de los resultados esperados y se elabora un plan de acción para bloquear las causas. Lo anterior

respondiendo a un principio y es que debe realizarse un análisis de las causas para no tratar los síntomas.

Para identificar las acciones de mejora por implementar se puede utilizar cualquier metodología de mejoramiento de procesos, como seis sigma, análisis causa-raíz. En la figura 5 se presenta la metodología conocida como Análisis y solución de problemas, la cual es sencilla de implementar:

FIGURA 5. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

PHVA	FLUJO - GRAMA	FASE	OBJETIVO
P	①	Identificación del problema	Definir claramente el problema y reconocer su importancia.
	②	Observación	Investigar las características específicas del problema con una visión amplia y desde varios puntos de vista.
	③	Análisis	Descubrir las causas fundamentales.
	④	Plan de acción	Concebir un plan para bloquear las causas fundamentales
H	⑤	Acción	Bloquear las causas fundamentales
V	⑥	Verificación	Verificar si el problema fue efectivo.
	⑦	¿Fue efectivo el bloqueo?	
A	⑧	Estandarización	Prevenir la reaparición del problema.
	⑧	Conclusión	Recapitular todo el proceso de solución del problema para el trabajo futuro.

La formulación de acuerdos debe ser consignada en un plan de trabajo, en el cual en forma explícita se debe consignar qué actividad se va a realizar, cómo se va a realizar, quién la realizará y cuándo se ejecutará. No se debe olvidar que tan importante como definir el plan de trabajo es identificar los indicadores que permitirán hacer el seguimiento a los acuerdos formulados.

Además de los aspectos mencionados en el párrafo anterior es importante definir:

- El método que se utilizará para hacer el seguimiento a los acuerdos, el cual puede ir desde la planeación de reuniones formales hasta la conformación de un comité que tenga a cargo este objetivo.

- El mecanismo para recopilar y documentar el proceso, con el propósito de identificar las lecciones aprendidas, las oportunidades de mejora, explicitar los aprendizajes de los equipos participantes en su quehacer del día a día y en la relación con su homólogo.

SEGUIMIENTO DE LOS ACUERDOS FORMULADOS

El propósito de esta etapa es evaluar el impacto de las estrategias e intervenciones realizadas y planear un nuevo ciclo de mejora. Una vez definido el método de seguimiento a los compromisos pactados, este debe ser implementando y ajustado con el aprendizaje de los equipos, durante la ejecución del seguimiento.

La forma como esta etapa sea abordada es la que permitirá que este tipo de iniciativas permanezca en el tiempo y que el esfuerzo no sea visto en la organización como una actividad más que no genera cambios, sino que por el contrario se convierte en un activo estratégico de la institución.

Anexos

ANEXO No. 1

HERRAMIENTAS DE TRABAJO PARA EL GRUPO RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO¹

1. TORMENTA DE IDEAS

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

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

¹ Leebov, Wendy. Ed. D.; Ersoz, Clara Jean, M. D. Manual de los administradores de salud para el mejoramiento continuo Pp. 187-199.

sobre un solo pensamiento, generando toda una lista de pensamiento y luego concentrándose en aquellos que merecen más tiempo y atención.

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

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

Cómo dirigir una tormenta de ideas

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

Fase de generación

El líder revisa las reglas de la tormenta de ideas con los miembros del grupo, expresa claramente la pregunta o propósito, la escribe como título en un papelógrafo y luego provoca y registra las respuestas. Esta fase puede ser estructurada o no estructurada. Cuando usted utiliza la propuesta estructurada, cada persona debe emitir un pensamiento o idea cuando le llegue el turno, o “pasar” hasta el próximo turno. Esto anima a hablar a las personas calladas o tímidas, pero también puede hacer que las personas sientan una presión incómoda. Cuando usted utiliza la propuesta no estructurada o libre para todos, los miembros del grupo hablan siempre que tengan un pensamiento, sin atender a ningún orden en particular. Este método tiende a crear un ambiente más relajado, aunque se corre el riesgo de que las personas extrovertidas o especialmente entusiastas puedan dominar la sesión. En cualquiera de las dos propuestas, las reglas son las mismas:

Cantidad, no calidad. Cuanto más, mejor.

Las discusiones, los juicios y las críticas, todos se suspenden durante el proceso de generación.

Está bien apoyarse o constituir sobre la base de las ideas de los demás.

Lo práctico no tiene importancia; las ideas estrambóticas son bienvenidas.

Cada idea debe tener un mínimo de tres palabras; de lo contrario, es difícil que la gente sepa lo que en realidad se sugiere.

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

Los siguientes son algunos consejos que pueden facilitar los procesos:

Registre cada idea con las propias palabras del orador para que todos las vean. Utilice un papelógrafo para registrar las ideas.

No permita que las personas quebranten las reglas. Para señalar la violación, utilice una señal graciosa tal como una bocina de bicicleta o una bandera roja. Esto le evita tener que dar una reprimenda verbal cuando alguien haya juzgado, criticado o quebrantado las reglas de otra manera. La señal es especialmente útil si el grupo está comenzando a aprender a trabajar la tormenta de ideas.

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

Fase de aclaración

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

Fase de evaluación

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

Usos de la tormenta de ideas

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

Para discutir problemas que su grupo pueda querer abordar.

Para encontrar soluciones alternas de un problema.

Para encontrar los factores que contribuyen a definir un problema en su búsqueda de la raíz de las causas. Por ejemplo: en las posibles causas en un diagrama de causa y efecto.

Para generar planteamientos alternativos de problemas antes de dirigirse a uno solo.

Para establecer las “fuerzas conductoras” y las “fuerzas represoras” en un análisis de campo de fuerza.

Para establecer los elementos que han de ser agrupados en un diagrama de afinidades.

Para establecer las ramas en diagramas de árbol.

Para establecer los obstáculos que puedan interferir en la implantación exitosa de un plan que usted haya desarrollado.

Para anunciar los elementos individuales de un proceso antes de organizarlos y colocarlos en secuencia en diagramas de flujo.

Para establecer los beneficios de una innovación como preparación para “vendérsela” a su jefe.

Para encontrar preguntas que usted pueda utilizar para hacer encuestas sobre la satisfacción de los clientes.

Para reunir información que pueda iluminar la esencia o las causas de un problema.

Para establecer los componentes de un plan de acción antes de ordenar la secuencia de los pasos y asignar responsabilidades.

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

Agregar una cajera para acelerar el pago.

Ofrecer la opción de un plato bajo en grasas y sin azúcar.

Reemplazar las sillas defectuosas.

Hacer que los empleados que están en la fila saluden.

Romper la rutina y ofrecer comidas típicas.

Ofrecer tiqueteras mensuales de alimentación a precio justo.

Ampliar los horarios del restaurante para los trabajadores del día y de la noche.

Abrir por la noche durante dos horas.

Añadir opciones saludables en las máquinas vendedoras.

Vender comidas atractivas en empaques para microondas para llevar y calentar en casa.

Exhibir las calorías y contenido de grasas de platos.

Ampliar el área de no fumadores.

Poner música.

Organizar en la cafetería teatro improvisado o conciertos de cinco minutos de los empleados.

Invitar a opinar sobre la calidad de los platos.

Encuestar a los empleados sobre sus gustos y disgustos.

Realizar periódicamente grupos de enfoque con los empleados para captar nuevas ideas.

Posteriormente, el grupo utilizó una matriz de decisión para clasificar estas ideas de acuerdo con su posible impacto en la satisfacción de los empleados, su costo y la dificultad de implantarlas. Luego seleccionó dos ideas para implantar más adelante.

En el segundo ejemplo, un equipo compuesto por personal de enfermería y de servicios generales expresó sus ideas sobre las posibles causas de los problemas que afectaban la unión de sus servicios. La tormenta de ideas generó las siguientes causas:

No está claro a quién acudir cuando surgen problemas.

No existe información sobre cuándo se solucionarán los problemas.

El desorden reinante crea barreras para abordar rápidamente las necesidades.

Las enfermeras piensan que son más importantes porque atienden a los pacientes.

Las amas de llaves se sienten subvaloradas por algunas enfermeras administradoras.

El supervisor de servicios generales casi nunca está disponible.

No existe un sistema claro para encargarse de un problema.

Enfermería no informa satisfactoriamente a servicios generales cuando se desocupa una habitación.

El equipo votó para seleccionar las dos causas de problemas de comunicación de mayor impacto y luego exploró formas de resolverlos.

2. DIAGRAMA DE AFINIDADES

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

Cómo elaborar un diagrama de afinidades

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

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

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

Registre. Solicite a tres personas que actúen como registradores. Una persona se coloca al lado del papelógrafo y escribe todas las respuestas dadas a la pregunta, tan pronto se genere. Las otras dos personas escriben cada idea en negrilla en

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

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

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

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

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

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

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

Ponga un nombre a las agrupaciones. Cuando las personas se sientan satisfechas con las agrupaciones (lo cual con frecuencia toma entre cinco y veinte minutos), solicite su ayuda para idear encabezamientos que describan los elementos de esa agrupación. En primer lugar, haga que el grupo mire dentro de la agrupación para ver si cualquiera de las ideas registradas, preferiblemente de otro color, anexe el encabezamiento que prefieran en la parte superior de la columna de notas que forman la agrupación. No se alarme en este punto si el grupo quiere dividir algunas agrupaciones porque ve componentes que no encajan. Permítales que hagan esto hasta que todos estén de acuerdo en que las agrupaciones tienen sentido.

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

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

FIGURA 1. DE LA TORMENTA DE IDEAS AL DIAGRAMA DE AFINIDADES

A. Tormenta de ideas inicial

Soluciones de los problemas

Resultados que satisfacerán a los administradores

Buenos sentimientos entre nosotros

Pacientes más contentos

Menos incendios que extinguir

Armonía entre nosotros

Fe en la posibilidad de resolver los problemas

Trabajo en equipo entre nosotros

Trabajo en equipo entre los departamentos; menos divisiones

Más cooperación de los médicos

Médicos más contentos

No más cinismo

Mejores relaciones entre departamentos

Menos frustración cuando las cosas marchan mal

Operaciones más eficientes

Más habilidad para resolver problemas entre nosotros

B. Diagrama de afinidades resultante de dos partes Objetivos de nuestro equipo	
Mejoramientos concretos.	Mayor satisfacción del cliente
Soluciones a los problemas.	Pacientes más contentos.
Menos incendios que extinguir.	Más cooperación de los médicos.
Resultados que satisfacen a los administradores.	Médicos más contentos.
Los valores que queremos como guías.	
Mejor colaboración interdepartamental.	Ascensor/gratificación a los miembros del equipo.
Mejores relaciones entre departamentos.	Más habilidad para resolver problemas entre nosotros.
Menos frustración cuando las cosas marchan mal.	Fe en la perspectiva de solucionar los problemas.
Operaciones más eficientes.	No más cinismo.
Trabajo en equipo; menos división.	Trabajo en equipo entre nosotros.
	Armonía entre nosotros.

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

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

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

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

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

Usos de diagrama de afinidades

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

Si usted está intentando solucionar un problema que tiene muchas causas posibles. Un diagrama de afinidades puede conducirle a agrupaciones que ayuden a identificar las funciones de los departamentos que contribuyen al problema. El próximo paso puede ser el de elaborar un diagrama de relación (numeral 3). Para ver cuáles causas son “conductoras” y cuáles son “resultado”, siendo las conductoras las causas originales que, de ser cambiadas, tendrían el mayor impacto sobre el problema.

Si usted está intentando plantear la máxima prioridad sobre un problema que parece ser extenso y ambiguo. Un diagrama de afinidades ayudará al grupo a determinar más fácilmente cómo hacer el planteamiento del problema más manejable. Un diagrama de relación también sería efectivo aquí. Adicionalmente, una rotación o una matriz de decisión podría ayudar a su equipo a seleccionar un planteamiento del problema que sea más receptivo al cambio.

Si usted quiere fijar objetivos de entre una variedad de posibles alternativas.

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

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

He aquí cómo un equipo de mejoramiento utilizó un diagrama de afinidades para desarrollar el planteamiento del objetivo y los valores que habrían de guiar su trabajo. Los miembros del equipo involucraron a todos, les ayudaron a decan-

tar sus ideas mediante una tormenta de ideas y luego elaboraron dos diagramas de afinidades, cada uno alrededor de las siguientes preguntas:

¿Qué queremos ver como resultados de nuestras reuniones de equipo? Una vez que tuvo grupos de ideas relacionadas, el equipo pudo establecer su prioridad, idear encabezamientos y hacer que ellos se convirtieran en elementos clave para el planteamiento de su objetivo (ver figura 6 para la tormenta de ideas y las dos partes del diagrama de afinidades resultante).

¿Qué valores y conductas queremos que impulsen nuestro equipo? Una vez que tuvieron a disposición las agrupaciones, los miembros del equipo pudieron discutir, filtrar y tomar decisiones con más facilidad, en un esfuerzo por desarrollar el planteamiento de su objetivo.

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

Beneficios de los diagramas de afinidades

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

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

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

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

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

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

3. DIAGRAMA DE RELACIÓN

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

Por ejemplo. Consideremos el caso de un equipo que tiene evidencia de un problema de moral y quiere enfrentarlo. Ya que la **moral** es un problema mayúsculo y muy ambiguo, el equipo debe desarrollar una formulación del problema que lo haga manejable. Los miembros realizan una tormenta de ideas sobre las razones del problema y luego crean un diagrama de afinidades para organizar aquellas en agrupaciones, a fin de poder identificar una causa raíz importante. El diagrama de afinidades (ver figura 2) destaca los motivos principales del problema moral, lo cual ayuda al equipo a centrarse en una causa para sus esfuerzos de mejoramiento.

Aquí es donde entra en juego el diagrama de relación. Los miembros del equipo ordenan todos los encabezamientos en un tablero borrable o en un papelógrafo, sin guardar un orden especial, tal como se muestra en la sección A de la figura 8.

Entonces, el administrador o un ayudante pide al equipo que considere cada par de encabezamientos y determine si, para ese par, A conduce a B, B conduce a A, o si ninguno de los dos lo hace. Si A conduce a B, se dibuja una flecha desde A hasta B para mostrar esta relación. Sin embargo, no necesariamente se requieren relaciones entre ítems. En muchos casos no se dibujan flechas porque el equipo no percibe que haya una fuerte relación lógica o direccional. Después de buscar metodológicamente una relación entre A y cualquier otro ítem, luego entre B y cualquier otro, el equipo dispone de un diagrama de relación (similar al de la sección B de la figura 8), llamado por algunos “diagrama *spaghetti*”, por razones obvias.

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

Como resultado, el equipo decidió enfocar su esfuerzo de mejoramiento en la calidad de la supervisión. Los miembros encontraron que los supervisores de su organización, o no habían sido entrenados apropiadamente, o no habían sido

proyectados como líderes que fijaran normas altas, comprometieran al personal, compartieran información abiertamente e identificaran problemas del sistema que interferían con la capacidad de los trabajadores para llevar a cabo sus labores. El equipo pensaba que si la calidad de la supervisión fuese abordada y mejorada dramáticamente, ello tendría un impacto poderoso y positivo sobre todos los demás contribuyentes a la totalidad del problema moral.

FIGURA 2. DIAGRAMA DE AFINIDADES PARA DETERMINAR LAS CAUSAS DE UN PROBLEMA MORAL

Supervisores ineficaces, injustos No nos dicen las cosas Vacío de información Tienen favoritos Modelos pobres en su oficio Autoritarios: nos tratan como a niños	Falta de reconocimiento Bajo sueldo No hay recompensa por méritos Se castiga la toma de riesgos No hay respuesta a nuestras ideas No nos valoran	Los empleados no están involucrados ni son valorados Supervisores autoritarios Se ignoran las buenas ideas No hay espacio de acceso
Fricción entre colegas Tensión con los expertos Algunos no hacen su trabajo Envidias en el equipo Refunfuño sin fin El supervisor no interviene	Sistemas/problemas frustrantes Sistemas engorrosos Falta de herramientas para llevar a cabo el trabajo, pero "hágalo de todas formas" Falta de personal El personal paga los platos rotos por los malos sistemas La administración utiliza pañitos de agua tibia en vez de soluciones Los problemas siguen año tras año	Empleados quemados/fatigados Demasiado trabajo Falta de empleados Demasiadas prioridades Administradores impulsados por la crisis; incendios para apagar

Cómo elaborar un diagrama de relación

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

Al elaborar un diagrama de relación, deben seguirse los siguientes cuatro pasos:

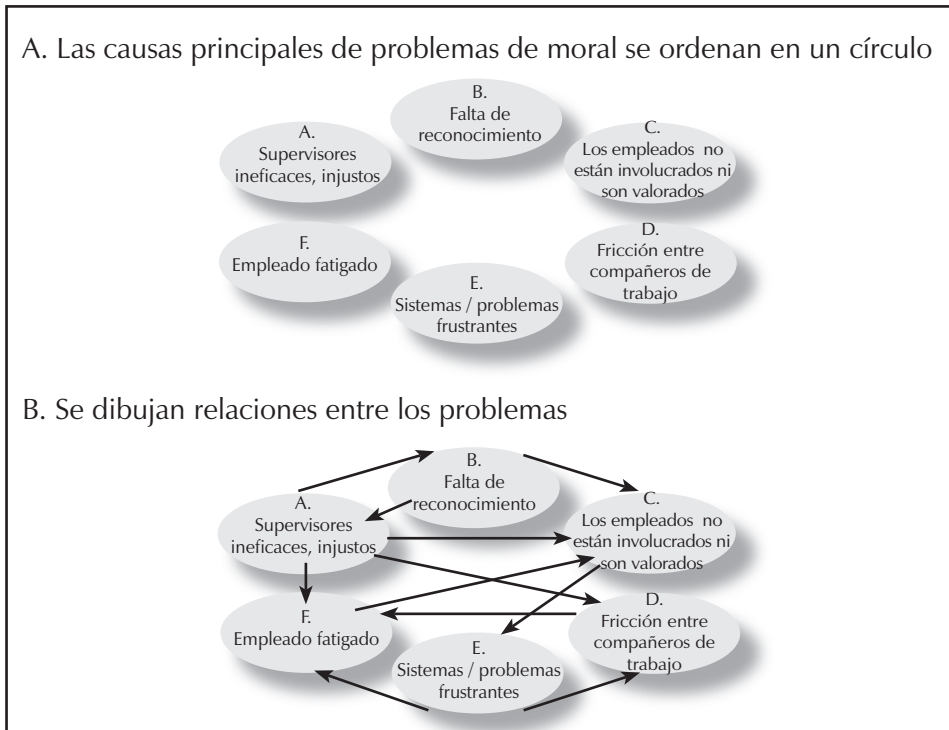
Acomode los encabezamientos en círculo. Marque los encabezamientos A, B, C, etc.

Dibuje flechas de relaciones. Comenzando con A y siguiendo el círculo, dibuje flechas direccionales que muestren relaciones perceptibles entre todos los encabezamientos. No fuerce relaciones que no estén claras. Si los miembros del grupo no están de acuerdo en cuanto a una relación o sobre la dirección de la relación, tome eso como señal de que la relación no está clara y no conecte las dos ideas.

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

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

FIGURA 3. DIAGRAMA DE RELACIÓN EXTRAÍDO DEL DIAGRAMA DE AFINIDADES DE LA FIGURA 2



Empleo de diagramas de relaciones

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

Ordenar las relaciones entre numerosas ideas complejas.

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

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

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

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

4. DIAGRAMAS DE ÁRBOL

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

Cómo elaborar un diagrama de árbol

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

1. Aclare su propósito:

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

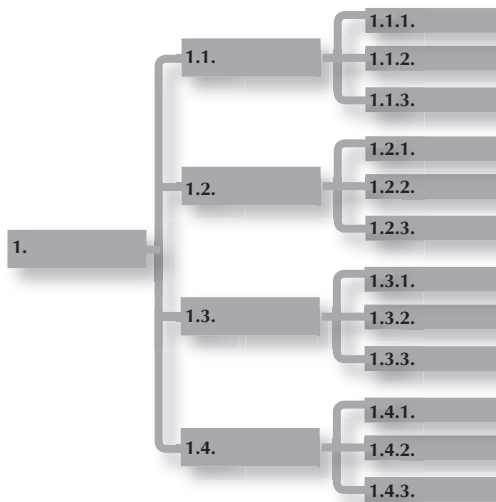
Si usted quiere generar alternativas, pregunte cómo.

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

2. Genere alternativas de causas, tácticas o tareas relacionadas con su formulación, meta o idea central. Algunos equipos realizan tormentas de ideas para generar estas alternativas y las registran en un papelógrafo previamente a su organización, selección y colocación un diagrama de árbol. Otros registran cada ítem en tarjetas o notas autoadhesivas Post-it, de forma que puedan ser fácilmente manipulados y ordenado apropiadamente en el árbol.
3. Evalúe sus ideas y redúzcalas a un número manejable. Una forma fácil de evaluar sus ideas es hacer que cada miembro del equipo codifique cada elemento como “factible”, “no sabemos”, “hasta cuando tengamos más información”, o “imposible”. Después de registrar los resultados, usted debe llegar a un consenso sobre los elementos que quiera colocar en el segundo nivel del árbol.
4. Construya su árbol:

Nivel uno. Escriba su meta, concepto o idea general en el lado izquierdo de un tablero o papelógrafo, o trabaje en una mesa utilizando papeles de notas. Si trabaja con un papelógrafo o tablero, utilice notas autoadhesivas Post-it para registrar los elementos. Estas pueden ser manipuladas fácilmente, sin tener que dibujar de nuevo toda la gráfica. Recuerde a las personas que las preguntas de por qué, cómo y qué necesitan ser realizadas para pasar a la siguiente etapa.

FIGURA 4. FORMATO BÁSICO DE UN DIAGRAMA DE ÁRBOL



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

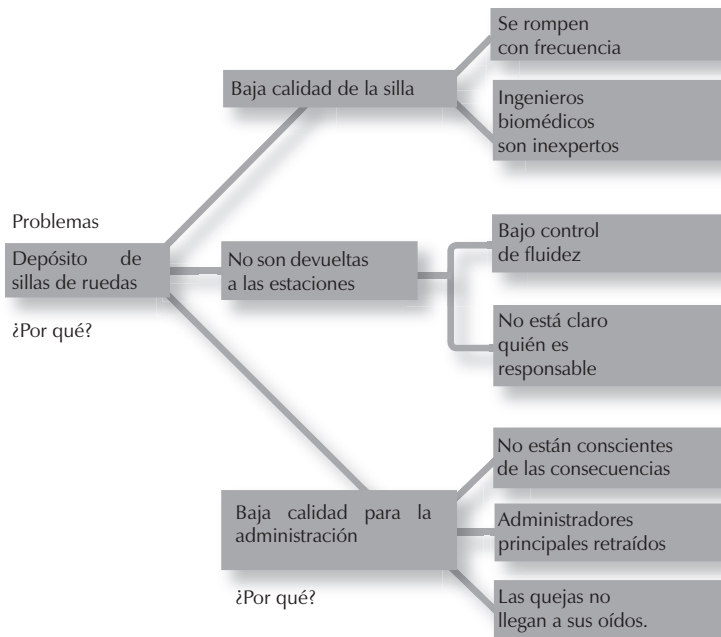
Nivel tres. Concentrándose en un solo elemento del nivel dos a la vez, desglóselo en subniveles. Si es necesario, siga el mismo procedimiento para niveles adicionales, revisando la lógica de su diagrama de árbol moviéndose de derecha a izquierda. En el nivel más detallado pregunte: “¿Esto nos conduce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

Empleo de diagramas de árbol

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

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

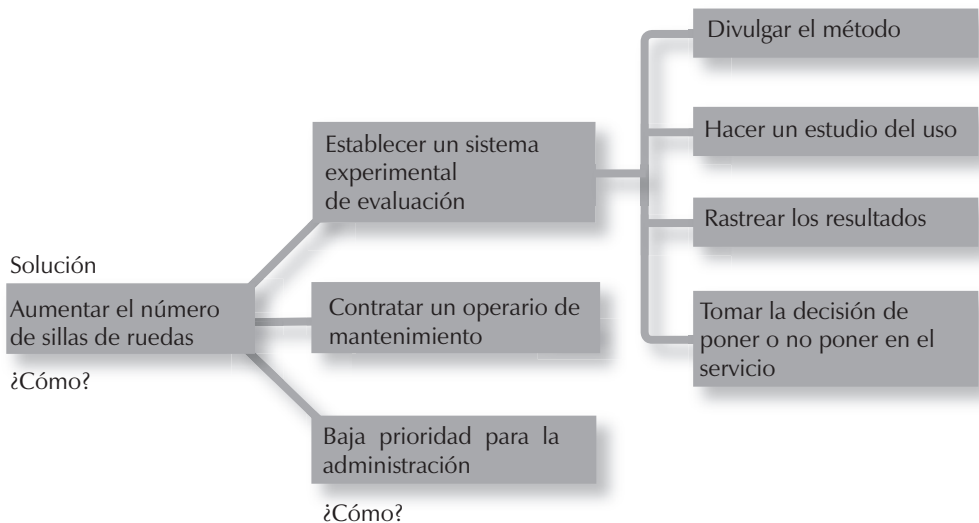
FIGURA 5. EJEMPLO DE UN DIAGRAMA DE ÁRBOL DE “¿POR QUÉ – POR QUÉ?”



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

Para evaluar contramedidas. El diagrama de árbol contramedidas (combinado con una matriz de decisión) le permite ver las relaciones entre su problema y las posibles soluciones, y luego evaluar las soluciones posibles frente a varios criterios para tomar una decisión. Las contramedidas son tácticas dirigidas a aliviar causas raíz: los qué. Métodos prácticos son las tareas específicas necesarias para instituir las contramedidas: los cómo. La figura 7 es un diagrama de árbol de contramedidas.

Figura 6. EJEMPLO DE UN DIAGRAMA DE ÁRBOL DE “¿CÓMO-CÓMO?”



Para contar la historia de un mejoramiento. Los diagramas de árbol pueden utilizarse también para contar la historia de un mejoramiento, mostrando el desarrollo del entendimiento de un problema, el método o verificación, las contramedidas que usted ha decidido tomar y las acciones necesarias para instituir esas contramedidas. La figura 8 muestra un diagrama de árbol de contramedidas utilizado para ilustrar una historia de mejoramiento.

Para aclarar ideas. Los diagramas de árbol se utilizan también para aclarar ideas o metas confusas, desglosando sus múltiples elementos para que dejen de ser turbios. Por ejemplo, considere la meta de mejorar los sistemas que afectan la satisfacción del médico. ¿Qué sistemas? ¿Qué significa esto? Un diagrama en el árbol puede ser utilizado para ayudar a un grupo a desglosar lo general en lo específico o lo abstracto en lo operacional, a fin de que el grupo tenga claridad sobre lo que está investigando. Para un ejemplo de este tipo de diagrama ver la figura 9.

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

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

Para crear un plan de contingencia, de posibles obstáculos. Un diagrama de árbol del tipo a veces llamado diagrama de programa-proceso-decisión le ayuda a organizar sus respuestas a obstáculos que usted piensa puedan ocurrir a medida que implemente un plan. Para cada paso de su plan pregunte: “¿Qué puede fallar aquí?” El nivel dos de su diagrama de árbol muestra las posibilidades. Luego, en el nivel tres, especifique las acciones que usted puede tomar para evitar o corregir cada obstáculo o minimizar su efecto (figura 10).

Figura 7. DIAGRAMA DE ÁRBOL DE CONTRAMEDIDAS Y MATRIZ DE DECISIÓN

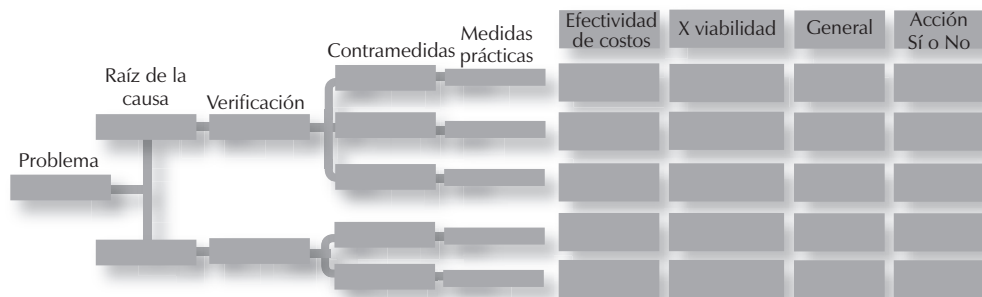


FIGURA 8. DIAGRAMA DE ÁRBOL DE CONTRAMEDIDAS PARA ILUSTRAR UN MEJORAMIENTO

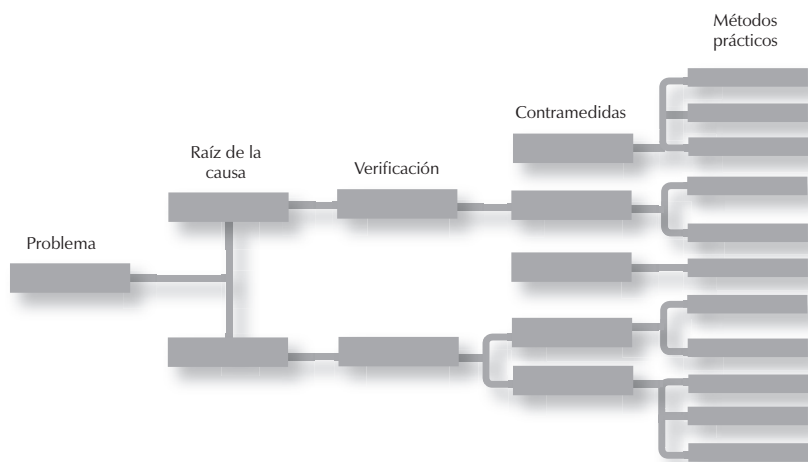
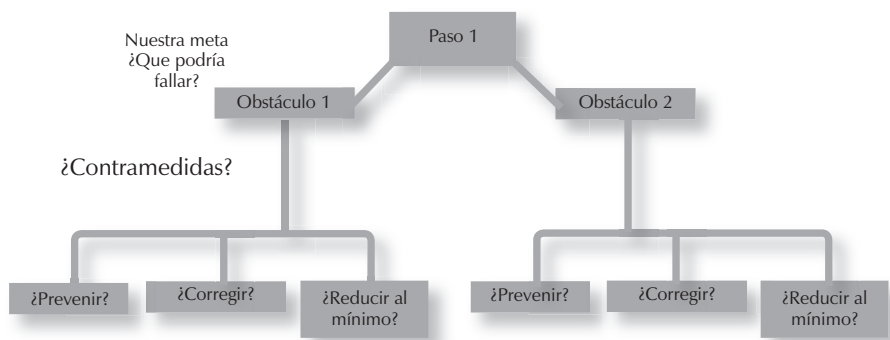


FIGURA 9. DIAGRAMA DE ÁRBOL UTILIZADO PARA ACLARAR IDEAS

Sistemas que afectan la satisfacción de los médicos	Admisiones		Eficiencia	
			Comunicación	
	Dar de alta		Cortesía	
			Rapidez	
			Soporte de enfermería	
	Programación auxiliar		Transporte	
			Puntualidad	
			Acceso del paciente cuando el médico visita	
			Secuencias apropiadas	
	Resultados	Radiología		Puntualidad
				Exactitud
				Interpretación
				Legibilidad
		Laboratorio		Exactitud
				Completo
				Puntualidad
				Legibilidad
	Facturación		Exactitud	
			Cortesía	
			Puntualidad	
Comunicación con administración		Respuesta a las quejas		
		Compartir información		
		Sistemas para comprometer a los médicos en las decisiones		

FIGURA 10. DIAGRAMA DE ÁRBOL UTILIZADO PARA CREAR UN PLAN PARA CONTINGENCIAS*



* A veces también llamado diagrama de programa proceso-decisión.

Consejos

Los siguientes consejos pueden ser útiles para seleccionar sus herramientas:

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

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

5. DIAGRAMA DE ISHIKAWA

¿QUÉ ES?

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

USO

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

¿PARA QUÉ SIRVE?

La práctica de construir el diagrama de causa y efecto es un proceso educacional.

Este se vuelve una guía para discusión.

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

El diagrama muestra el grado de conocimiento (desarrollo tecnológico) del grupo. Al terminar el montaje del diagrama el grupo conocerá todos los aspectos del problema, sabrá lo que se hará y habrá consenso. Los proyectos resultantes pasarán a pertenecer a todos.

OTROS NOMBRES

Diagrama de espina de pescado

Diagrama causa-efecto

PROCEDIMIENTO

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

Para elaborar el diagrama se debe seguir los siguientes pasos:

Defina el problema o resultado no deseado encontrado.

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

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

Talento Humano (entrenamiento, capacitación, inducción, etc.)

Procedimiento o Método de trabajo (existencia de procedimientos, seguimiento, etc.)

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

Información (expectativa del cliente, datos adicionales).

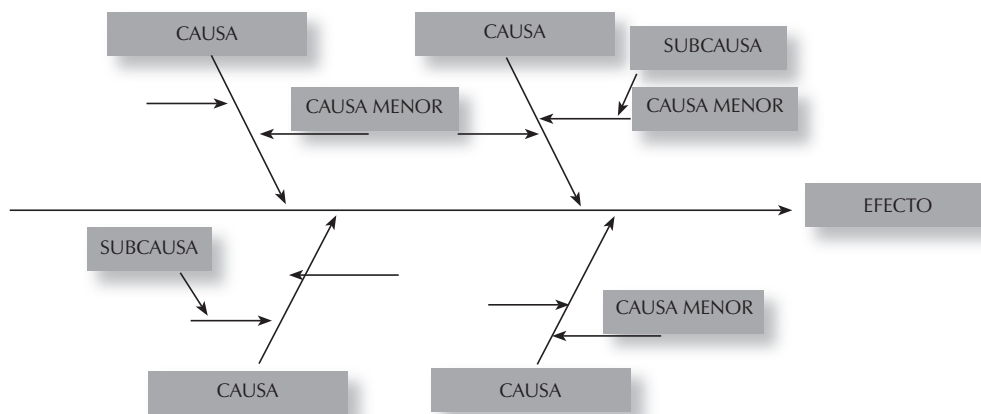
Identifique las causas y subcausas que contribuyen al problema: Las subcausas constituyen las causas de las categorías mayores, regístrelas en las flechas que llegan a las diagonales, las cuales se escribirán de acuerdo con la categoría a que correspondan.

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

Es importante señalar que en el diagrama causa-efecto solo se registran las causas y no las soluciones del problema/área de análisis. Para cada causa identificada se pueden realizar las preguntas que se consideren que aporten valor tales como: ¿qué?, ¿quién?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿por qué?, ¿cómo?

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

FIGURA 11. DIAGRAMA CAUSA-EFECTO



6. RECOLECCIÓN DE DATOS

¿QUÉ ES?

Es una recolección de datos para reunir y clasificar las informaciones según determinadas categorías de un evento o problema que se desee estudiar. Es impor-

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

USO

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

¿PARA QUÉ SIRVE?

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

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

Facilita el inicio de pensamiento estadístico.

Ayuda a traducir las opiniones en hechos y datos.

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

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

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

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

OTROS NOMBRES

- Hoja de recogida de datos.

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

PROCEDIMIENTO

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


A manera de ejemplo:

Figura 12. FORMATO PARA REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE QUEJAS.

EJEMPLO A:

Hoja de verificación para el seguimiento de quejas, según tipo.

TIPO DE QUEJA	INCIDENCIA DE LAS QUEJAS														
	Lun	Mar	Miér	Jue	Vier	Lun	Mar	Miér	Jue	Vier	Lun	Mar	Miér	Jue	Vier
EQUIVOCACIÓN EN LA FACTURA															
RETRASO EN LA COMIDA															
PERSONAL DESCORTÉS															
EQUIPO DESCOMPUESTO															
TOTALES															



7. GRÁFICO DE PARETO

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

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

Canaliza los esfuerzos hacia los “pocos vitales”.

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

Es el primer paso para la realización de mejoras.

¿PARA QUÉ SIRVE?

Sirve para identificar el porcentaje de las causas que ocasionan la mayor parte de los problemas (los pocos vitales) de manera que las acciones que se tomen se enfoquen hacia donde se produzcan los mayores beneficios. Se aplica en todas las situaciones en donde se pretende realizar una mejora, en cualquiera de los componentes de la Calidad:

Calidad Intrínseca, Moral, Atención, Costo, Seguridad.

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

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

PROCEDIMIENTO

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

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

2. Diseñar una tabla para el conteo de datos.

3. Diligenciar la tabla de conteo y calcular totales.

4. Elaborar una tabla de datos para el diagrama que incluya la lista de ítem, los totales individuales, los totales acumulados, la composición porcentual y los porcentajes acumulados.
5. Organizar los ítem por orden descendente de cantidad y llenar la tabla de datos, el ítem otros siempre ocupará el último renglón independientemente de su magnitud, debido a que está compuesto de un grupo de ítem, cada uno más pequeño que el anterior.
6. Dibujar dos ejes verticales y uno horizontal, el izquierdo corresponde a la magnitud de eventos ocasionados por cada ítem, se divide de 0 hasta el total general. El derecho mide el porcentaje y va de 0 hasta 100%. El horizontal representa cada uno de los ítems y será dividido de acuerdo con la cantidad de estos.
7. Construir el diagrama de barras.
8. Dibujar la curva acumulada (curva de Pareto).
9. Escribir en el diagrama cualquier información que sea relevante, como título, unidades, periodo, lugar de la investigación, número total de datos, etc.

A manera de ejemplo:

FIGURA 13. GRÁFICO DE PARETO - HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EJEMPLO: MEDICAMENTOS FALTANTES

SERVICIO	SALA	LUNES	MARTES	MIÉRC.	JUEVES	VIERNES
GINECOOBS-TETRICIA	NORTE	aaaa bb cc dd e	aaaaa b ccc d	aaaaa bbbbb cccc dd e	aaaa b ccc dd	aaaaa b cccc ddd
	SUR	aa b c	aaa bb cc e	aaaa bbbbb cc dd	aa b c d	aa bb c d
ORTOPEDIA	NORTE	aaa bb cc d	aaa b c	aaa bbbb c d	aaa b c d e	aaaa b cc d
	SUR	aa b cc e	aaa b c d	aaa bbbb cc d	aaa b d	aa b cc d

a: LISALGIL c: KEFLIN e: OTROS
 b: PROSTAFILINA d: SOLUCIÓN SALINA


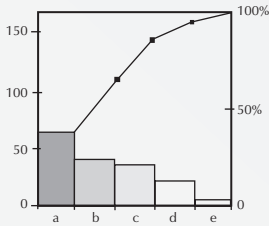


FIGURA 14. GRÁFICO DE PARETO POR TIPO DE MEDICAMENTO

TIPO DE MEDICAMENTO	CANTIDAD DE FALTANTES	TOTAL ACUMULADO	PORCENTAJE SOBRE TOTAL	PORCENTAJE ACUMULADO
LISALGIL	64	64	38,8	38,8
PROSTAFILINA	39	103	23,7	62,5
KEFLIN	36	139	21,8	84,3
SOLUCIÓN SALINA	21	160	12,7	97
OTROS	5	165	3	100
TOTAL	165	-	100	



a: LISALGIL
b: PROSTAFILINA
c: KEFLIN

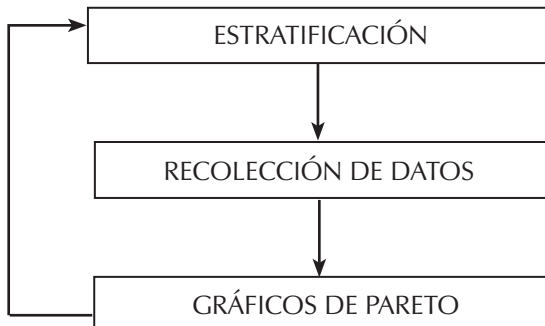
d: SOLUCIÓN SALINA
e: OTROS

Conclusión: El gráfico de Pareto indica claramente que el faltante de mayor incidencia es el Lisalgil. Por tanto, debe ser atacado primero.

Además de esto, si disminuyéramos los faltantes de Lisalgil, Prostaflina y Keflin, estamos atacando casi el 85% de todos los faltantes existentes.



ANÁLISIS DE PARETO



8. ESTRATIFICACIÓN

¿QUÉ ES?

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

ESTRATIFICACIÓN	
POR TIEMPO	Hora, Día de la semana, Día del mes, Mes, Turno, Horario (diurno o nocturno)
POR LUGAR	Sección, Servicio, Piso, Máquina
POR TIPO	Materia Prima, Especialidades
POR SÍNTOMA	Defecto, Ocurrencia
OTROS FACTORES	Turno, Empleado, Método, Proceso, Instrumentos de Medición, Condiciones Climáticas, Implementos de trabajo

¿PARA QUÉ SIRVE?

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

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

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

¿CÓMO SE HACE?

Defina el efecto o característica que quiere observar.

Liste los aspectos que cree tienen relación con el fenómeno.

Recolecte la información de acuerdo con la elección que hizo.

9. MATRIZ PARA LA FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO (5W-1H):

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

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

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

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

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

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

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

FIGURA 15. MATRIZ 5W-1H

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	POR QUÉ	CÓMO
Defina sobre qué se va a trabajar. Defina las actividades por realizar para bloquear la(s) causa(s)	Determine la responsabilidad en la ejecución de las acciones en cada etapa del plan en cuanto a personas.	Defina cuándo se hará, cronograma con fecha de terminación.	Determine la extensión y ubicación de las medidas por implementar.	Defina las razones por las cuales se decidió que se trabajara en dicha actividad, en razón del impacto que este genera	Determine la forma como va a mejorar la situación, forma como se implementarán las acciones.

A manera de ejemplo:

Problema identificado: Tiempo de espera prolongado en consulta externa

Objetivo: Cumplimiento de los horarios establecidos.

Causa: Incumplimiento del horario por el personal

Actividades por secuencia e importancia

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

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

Ejemplo:

1. Informar al público sobre horario de atención
 - 1.1. Elaborar afiches.
 - 1.2. Programar anuncios por radio.
 - 1.3. Programar entrevistas con los pacientes.

Así mismo, las tareas se enuncian con verbos en infinitivo, pues indican la acción por desarrollar.

Verificación del cumplimiento de la actividad (metas)

Para cada una de las tareas, se especifica qué se desea lograr y en qué tiempo se alcanzará dicho logro, especificando la ejecución de las acciones. Ejemplo: Elaborar 30 afiches del horario de atención hasta mes / año.

Recursos necesarios

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

Tiempo requerido

Se especifica qué tiempo es necesario para realizar cada una de las tareas. (Ejemplo: para elaborar los bocetos de los afiches se requieren 8 días).

Además, es muy importante realizar en una matriz aparte el cronograma de actividades que permitirá visualizar en forma sinóptica el tiempo de ejecución de cada una de las tareas.

A manera de ejemplo:

FIGURA 16.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO: _____

Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Taller para el personal de consulta externa		X		X		X		X		X			
Elaborar los horarios	X				X				X				

Responsables

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

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

Trabajo de grupo

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

EJEMPLO SIMPLIFICADO DE UN PLAN DE ACCIÓN
 PROBLEMA IDENTIFICADO: Tiempo de espera prolongado en consulta externa
 OBJETIVO: Cumplimiento de horarios por el personal médico

Actividades por secuencia e importancia (tareas)	Verificación del cumplimiento de la actividad	Recursos		Tiempo requerido	Responsables
		Existentes	Adicionales		
1. Definir horarios 1.1. Reunión previa para analizar horarios actuales 1.2. Reunión de concertación con los médicos	Horarios ajustados en mes/año Una reunión mensual con los médicos	Salón de reunión Papelería Encuestas Guías	Revisión de libros sobre el tema	2 días 1 semana 2 semanas	Director médico Equipo de calidad
2. Control de la asistencia médica 2.1. Establecer hojas de firma de llegada 2.2. Consolidar los datos	Hojas establecidas en cada unidad en mes/año Aplicación de encuestas al 100% de los médicos en mes/año				
3. Motivar a los médicos 3.1. Identificar factores motivantes 3.2. Aplicar encuesta a los médicos 3.3. Presentar resultados de la encuesta 3.4. Definir incentivos 3.5. Negociar con autoridades de la Institución	Una reunión con autoridad responsable en mes/año				
4. Supervisión del personal					

10. INFORME DE TRES GENERACIONES

¿QUÉ ES?

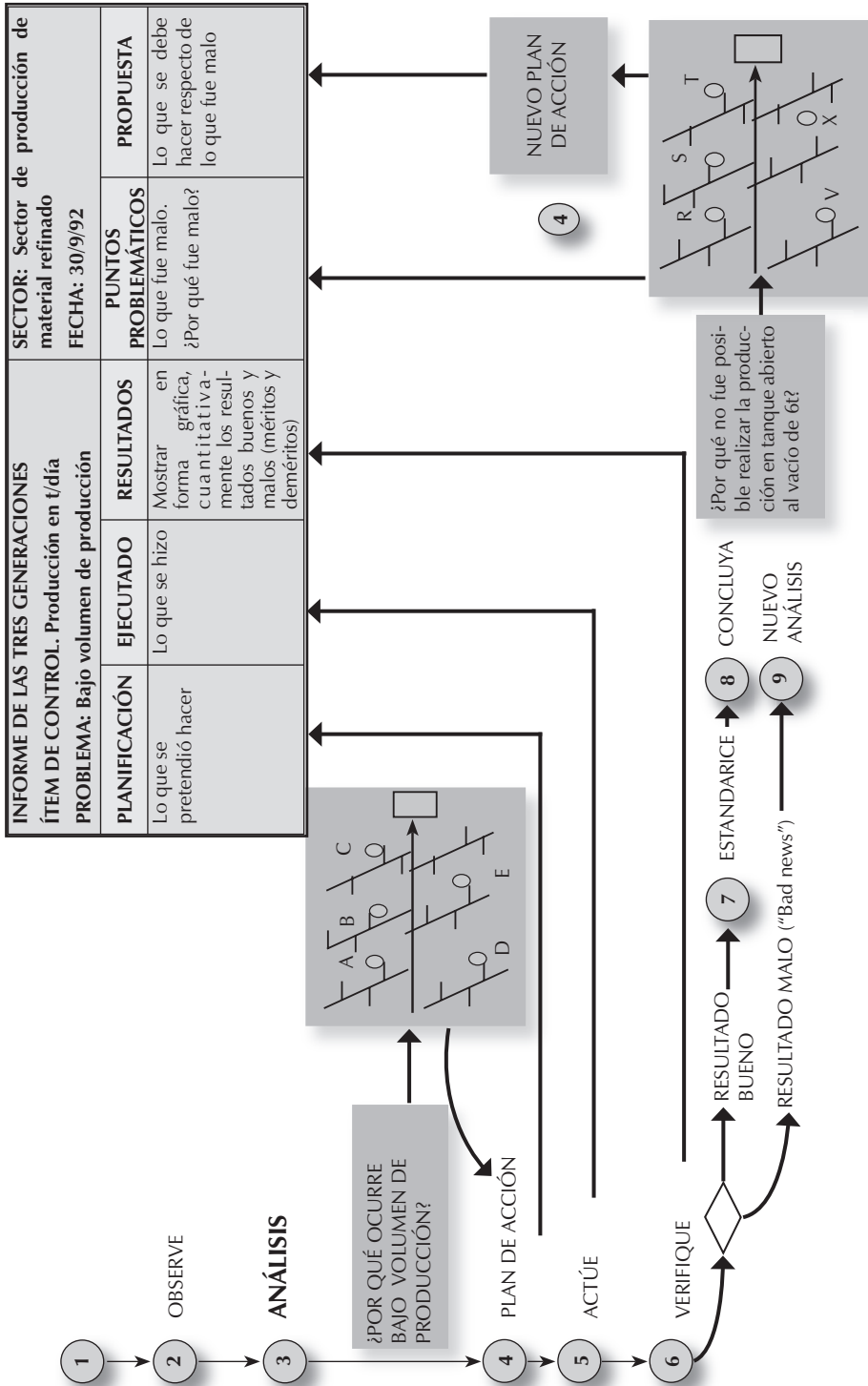
Es un método que nos permite hacer seguimiento a la gestión de los objetivos planteados en el plan de mejoramiento, siguiendo el ciclo P.H.V.A., en tres momentos específicos y respondiendo a las preguntas: ¿Qué se planeó? ¿Qué se ejecutó? ¿Cuáles fueron los resultados alcanzados?, mostrando la brecha entre lo programado y lo no ejecutado, identificando los problemas y volviendo a girar el ciclo con propuestas de mejoramiento para alcanzar los objetivos.

FIGURA 17. FORMATO PARA HACER SEGUIMIENTO

OBJETIVO #		DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO	
META		MEDIDA	RESPONSABLE
METAS PLANEADAS PARA EL PERÍODO	RESULTADOS LOGRADOS	POR EJECUTAR	PROBLEMAS QUE DIFICULTAN EL CUMPLIMIENTO DE META FINAL
Metas de cada área	Coloque el logro al momento y si fuere el caso, haga referencia a un indicador de los que colocará en la próxima hoja	Acciones que llevará a cabo en el próximo período para el logro de la meta	Si existe algún impedimento para el logro de la meta final y el resultado final que espera

ANEXE UNA GRÁFICA DE SEGUIMIENTO EN EL AÑO DE CADA UNO DE LOS INDICADORES DEFINIDOS PARA CADA OBJETIVO Y QUE CORRESPONDEN A SU ÁREA

FIGURA 18. ETAPAS PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE LAS TRES GENERACIONES



ANEXO No. 2

FORMATO PARA ELABORAR EL PLAN DE TRABAJO DEL COMITÉ

PLAN DE TRABAJO DEL COMITÉ DE					
OBJETIVO DE LA INSTITUCIÓN AL QUE EL COMITÉ CONTRIBUYE					
META DE LA INSTITUCIÓN					
OBJETIVO ESPECÍFICO DEL COMITÉ					
META DEL COMITÉ					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO					
QUE (Actividades)	QUIEN (res- ponsable)	CUÁNDO (Fecha de ter- minación)	DÓNDE Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)

ANEXO No. 3

FORMATO ESTÁNDAR PARA EL SEGUIMIENTO DE PLANES

Formato estándar para el seguimiento de planes			
Comité			
ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERIODO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LAS META

ANEXO No. 4

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA PARA APOYAR EL TRABAJO DE LOS COMITÉS

Bibliografía en métodos de trabajo para cualquier comité

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

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

Canadian Council on Health Services Accreditation. A guide to the development and use of performance indicators, CCHSA, 1996.

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

The Joint Commission. Accreditation Manual for Hospitals-Volume II, Scoring Guidelines, 1994.

Bibliografía para un comité de historias clínicas

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

Segarra, María Mercedes; Castillo de Solano, Alcira. Registros Médicos y de Salud, Módulos de Aprendizaje, Serie Paltex para técnicos medios y auxiliares. Módulo 1, Registros de Salud e Historia Clínica. Organización Panamericana de la Salud. 1991.

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

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

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

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

Bibliografía para Comité de Infecciones

López Fernández, Fernando José. Guía de Higiene y Prevención de la Infección Hospitalaria, Díaz de Santos, 1998.

Ramírez, Martha Cecilia; Díaz de Correa, Yamile; Luna Villamil, Martha Alicia. Infecciones Intrahospitalarias. Seguro Social – Acofaen. 1998.

Malagón Londoño, Gustavo; Hernández Esquivel, Libardo. Infecciones Hospitalarias, 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. 1999.

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

Bibliografía para comités de ética hospitalaria

Wilson Ross, Judith. Manual para Comités de Ética de Hospitales, American Hospital Publishing, Inc., 1986.

Bibliografía para comités de farmacia

Moreno Rojas, Carlos; De Quadros, Ciro. Administración de sistemas de suministro de medicamentos y vacunas. Manual V. Volumen II, Serie HSP-UNI/Manuales Operativos Paltex. Organización Panamericana de la Salud – Fundación W. K. Kellogg. 1996.

Bibliografía para comités de credenciales

Rozovsky, Fay A.; Rozovsky, Lorne; Harpster, Linda. Medical Staff Credentialing. AHA. 1994.

ANEXO No. 5

FORMATO PARA DOCUMENTACION DE REUNIONES DE COMITES

Institución: XXX	
Comité: XXX	
Reunión #:	Fecha
Asistentes:	
Temas a tratar Colocar aquí los puntos de la agenda	
Resumen de los temas tratados, decisiones y conclusiones <i>Para cada tema documentar los puntos y consideraciones principales, las Decisiones tomadas, los pasos a seguir y los responsables. Registrar el material que se anexa como memoria y soporte de las decisiones.</i>	
Puntos a considerar en futuras reuniones pero no la próxima	
Preparación de la próxima reunión: Fecha: Temas a tratar:	



www.imprenta.gov.co
Conmutador: PBX (0571) 457 80 00
Carrera 66 No. 24-09
Bogotá, D. C., Colombia

