

**PLANEACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO  
DE LA CALIDAD (PAMEC) EN LA INSTITUCIÓN LASER EXCIMER DEL  
MUNICIPIO DE MEDELLÍN EN EL AÑO 2011**

**ANA MARÍA MAYA MUÑOZ  
CYNTIA MOGOLLÓN JAIMES  
DAVID MONSALVE LÓPEZ**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
SALUD PÚBLICA  
MEDELLÍN  
2011**

**PLANEACION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO  
DE LA CALIDAD (PAMEC) EN LA INSTITUCIÓN LASER EXCIMER DEL  
MUNICIPIO DE MEDELLÍN EN EL AÑO 2011**

**Planning of audit program for improving the quality (PAMEC) in the  
institution Laser Excimer in the city of Medellin in 2011**

**ANA MARÍA MAYA MUÑOZ  
CYNTIA MOGOLLÓN JAIMES  
DAVID MONSALVE LÓPEZ**

**Trabajo de grado para optar el título de Auditoria en Salud**

**ASESOR  
JOAQUÍN ARANGO ESCOBAR**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
SALUD PÚBLICA  
MEDELLÍN  
2011**

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2. JUSTIFICACIÓN .....	7
3. MARCO TEÓRICO .....	8
4. OBJETIVOS.....	13
5. METODOLOGÍA .....	14
7. RESULTADOS.....	17
8. CONCLUSIONES .....	44
9. RECOMENDACIONES .....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	46

## **Resumen**

Se realizo programa para el mejoramiento de la calidad en la empresa Laser Excimer de cirugía refractiva, para lograr altos estándares de calidad en la atención y principalmente en la seguridad en la atención de los pacientes, por lo cual la autoevaluación del programa se baso en los Estándares del Galardón Hospital Seguro versión 2011 – 2012 de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CLÍNICAS Y HOSPITALES.

La planeación esta conforme a la normatividad vigente y basada en las guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud del Ministerio de la protección Social versión 2007.

## **Abstract**

Program was conducted to improve the quality of the company Excimer Laser refractive surgery, to achieve high quality standards of care and safety primarily in the care of patients, making the program self-assessment was based on the Hospital Security Award standards version 2011 - 2012 of the Colombian Association of clinics and hospitals.

Planning is under current regulations and based on the basic guidelines for the implementation of audit guidelines for improving the quality of health care the Ministry of Social Protection 2007 version.

**Palabras claves:** PAMEC Management Quality Circles, Total Quality Management, Quality Control, Quality of Health Care, Health Care Quality, Access, and Evaluation

## **INTRODUCCIÓN**

La Empresa Laser Excimer S.A de cirugía refractiva en busca de su posicionamiento en el mercado implementó el Programa de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), para así lograr prestar servicios de consulta oftalmológica y optométrica con altos estándares y siempre buscando la seguridad de sus procedimientos para lograr el mayor bienestar para sus pacientes.

La realización del programa fue asesorada por Estudiantes de la especialización Auditoria en Salud de la universidad CES, quienes lo presentaron como trabajo de grado. Y ya que se buscaba la seguridad del paciente como objetivo primordial se baso y evaluó la calidad con los Estándares del Galardón Hospital Seguro versión 2011 – 2012 de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CLÍNICAS Y HOSPITALES.

Para la planeación de la ruta critica del programa se utilizaron las guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud del Ministerio de la protección Social versión 2007 y regidos por la normatividad vigente entre ellas: constitución política, ley 100 de 1993, decreto 1011 de 2006, resolución 1043 de 2006, resolución 1446 de 2006, decreto 4295 de 2007.

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A la vez que aumentan los servicios de salud especializados y la atención con nueva tecnología, se van presentando mayores exigencias frente a dichos servicios, donde los usuarios desean cada vez un mayor nivel de calidad y el estado junto con las instituciones de salud evidencian la necesidad de garantizar a sus clientes las mejores características para su atención en salud, entendiendo por esto el interés de mantenerse en busca del mejoramiento continuo y la prestación de servicios de calidad.

Además ligado al derecho a la salud se encuentra el derecho a una salud de calidad, pues no es suficiente que un sistema de salud cuente con redes de atención y prestación de servicios si estos no presentan un nivel de calidad adecuado o se encuentran mínimamente en un proceso de planeación para la implementación de un sistema de calidad que les permita garantizar a los usuarios la satisfacción de sus expectativas y necesidades, generando condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible.

En Colombia es de obligatorio cumplimiento la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad (PAMEC), entendiendo por auditoría para el mejoramiento, “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios”(1), es decir que cada institución deberá realizar la planeación del PAMEC y presentar su cronograma de actividades donde se contemple mínimamente el proceso de atención al usuario.

La planeación del PAMEC es una de las etapas más importantes dado que en ella se definen las actividades que se van a realizar durante todo el proceso, teniendo en cuenta la complejidad de la institución en relación a sus interacciones y procesos, por lo tanto cabría decir que de esta etapa dependerá en gran parte el éxito de dicha herramienta de calidad

Según lo mencionado resulta pertinente decir que el alcance de los objetivos de este proyecto beneficiaran en primera instancia a la institución Laser Excimer en el municipio de Medellín al dar cumplimiento con lo estipulado por la ley para su funcionamiento y a su vez permitirá a los usuarios recibir servicios que están en un constante proceso de mejoramiento.

Teniendo en cuenta lo anterior queremos iniciar la implementación del PAMEC en la Institución Laser Excimer de cirugía Refractiva, mediante la planeación de éste y el desarrollo de las etapas que según el cronograma estén planteadas para el año 2011. De modo que dicha institución pueda continuar con su ejecución siguiendo las pautas dadas en la planeación, cumpliendo así con lo exigido por la seccional de salud respecto al PAMEC. Conclusión

## 2. JUSTIFICACIÓN

Un país que se preocupa por la salud de sus ciudadanos debe ocuparse de que todos los servicios cumplan con los estándares mínimos de calidad y que las instituciones trabajen continuamente en el proceso de garantía de la calidad, es importante no solo que existan servicios de salud sino que se presten de forma pertinente, oportuna, segura, y con una excelente calidad para todos usuarios, de modo que tengan la posibilidad de ser atendidos con un mínimo de riesgos y obteniendo óptimos beneficios por todas las instituciones que prestan servicios de salud.

Debido a esto el Sistema General de Seguridad Social en Salud implanta como norma la prestación de servicios con calidad mediante la ley 1122 de 2007 y consecutivamente reglamenta a través del Decreto 1011 de 2006 el control y mejoramiento en todos sus componentes, además define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, fijando los responsabilidades para cada uno de sus representantes. De tal forma que las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán desarrollar el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad a través de la adopción de parámetros y estándares de calidad con el fin de hacer una evaluación y corrección continua a los procesos, para cumplir sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

Es decir que la planeación del PAMEC permitirá a la institución Laser Excimer además de cumplir con los requisitos de funcionamiento según el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, tener una guía adecuada para su posterior puesta en marcha para corregir sus procesos a través de la identificación de problemas y oportunidades de mejora y la elaboración de soluciones y medidas de mejora de la calidad, presentando un beneficio para los usuarios del servicio de cirugía refractiva, al propender por una atención de mayor calidad.

De igual forma a nosotros como estudiantes de Auditoria en Salud nos será de utilidad para poner en práctica algunos de los conocimientos obtenidos en la especialización, al tener una experiencia en una institución de salud de poca complejidad pero que nos dará una idea de las funciones y utilidad de un Auditor en Salud.

### 3. MARCO TEÓRICO

Desde 1991 Colombia es regida por una nueva constitución que la declara un estado social de derecho, la cual reglamenta en su artículo 49 que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”, con el fin de cumplir este mandato se crea la ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y específicamente en el libro II El Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el objetivo de “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención”, luego en el año 2006 con la ley 1011 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual dispone que dicho decreto se aplicará a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, en el mismo se definen conceptos concernientes al sistema de Garantía como:

**Atención en salud:** se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

**Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

**Sistema Obligatorio de Garantía De Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS):** Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Tiene como componentes el Sistema Único de Habilitación, la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

**Calidad de la atención de salud:** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Frente al concepto de calidad se deben tener en cuenta varias dimensiones que se diferencian en su importancia según el contexto desde el que se planteen, entre estas encontramos competencia profesional que comprende la capacidad y el desempeño de los profesionales de la salud, acceso a los servicios de salud entendida como la eliminación de barreras que dificultan la atención en salud, eficacia como la capacidad de alcanzar el resultado que se espera, satisfacción al cliente que se refiere a la percepción general del cliente frente al servicio prestado y puede comprometer la calidad general de la atención, eficiencia que comprende la relación entre los resultados y los recursos para prestar la atención al paciente, continuidad entendida como la prestación de servicios de salud a los pacientes sin interrupciones innecesarias, seguridad la cual implica la prestación de servicios con un mínimo de riesgos, y comodidad que se refiere a las características del establecimiento que aumentan la satisfacción del cliente que no tienen que ver con la atención clínica(2).

En este punto cabe resaltar, que según la legislación colombiana se deben cumplir con características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, definidas en el Decreto 1011 de 2006 de la siguiente forma:

**Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

La necesidad de un mayor nivel de equidad y universalidad, además del afán de racionalizar y optimizar el gasto público y privado en el consumo de los servicios de salud conlleva al sistema de salud y a todos sus actores a la implementación de estrategias como lo es el aseguramiento de la calidad mediante herramientas

de mejoramiento continuo como el programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad, con la cual se realiza una evaluación de la calidad de los procesos de la institución de servicios y se compara con los resultados esperados basados en estándares de calidad(3).

La tendencia actual de implementar el PAMEC para la calidad asistencial con medidas que apunten a mejorar la estructura de la atención, entre estas la infraestructura física, la dotación tecnológica, suficiencia de recursos humanos y la implantación de sistemas de administración eficientes, además del adecuado desarrollo de los procesos de institución, deberá constituir “un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud que al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, incentive el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, así como impacte en fortalecer la viabilidad de la institución y del sistema dentro de un contexto de efectividad, eficiencia y ética”(4).

Antes de enfocarnos en la estructura del PAMEC resulta pertinente hacer una mirada global sobre el proceso de garantía de calidad, donde la Garantía de la calidad comprende las estrategias y acciones para identificar las brechas y deficiencias basadas en los resultados esperados para mantener y promover la calidad de la atención, así mismo está fundamentada en cuatro principios:

**La garantía de la calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades del paciente y de la comunidad a la que sirve:** Se hace necesario identificar las necesidades del paciente y la comunidad para poder hacer una planificación de programas y promover la aceptación de los servicios.

**La garantía de la calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios:** Se hace análisis de los procesos para determinar las falencias y causas de las deficiencias, para su posterior corrección y prevención de problemas.

**La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios:** Para la adecuada identificación de los problemas de los procesos debe tenerse en cuenta información real y no basarse en suposiciones.

**La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad:** El trabajo en equipo representa una ventaja a la hora de identificar y solucionar problemas, ya que cada participación de los integrantes del equipo permitirá tener una perspectiva de diferentes puntos de vista(5).

Teniendo en cuenta que el proceso de garantía de la calidad se integra a la organización de manera que forma parte de ella y sus funciones regulares se hace necesario identificar los diez pasos del proceso de garantía de la calidad: Fijación de normas y especificaciones, Comunicación de normas y especificaciones,

Vigilancia de la calidad, identificación de problemas y oportunidades de mejora, Definición del problema operacional, Selección del equipo, análisis y estudio del problema para identificar las causas de fondo, elaboración de soluciones y medidas de mejora de calidad y ejecución y evaluación de actividades de mejora de calidad(6).

Finalmente, como parte esencial definiremos aspectos importantes del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), inicialmente definiremos lo definiremos como “la forma a través de la cual se operativiza el modelo en una institución determinada”(7).

Este se compone de nueve pasos, precedidos una planeación que tiene como producto o resultado, un documento que registra en detalle lo que la Institución va a implementar como Programa de mejoramiento continuo.

**1. Autoevaluación:** En esta etapa se realiza un diagnostico de los procesos de la institución frente a los estándares de calidad para identificar las oportunidades de mejora.

**2. Selección de procesos a mejorar:** Se clasifican las oportunidades de mejora en los procesos correspondientes.

**3. Priorización de procesos:** A través de matrices de priorización, jerarquización, paretos, etc, se identifican los procesos que requieren ser mejorados según su nivel de impacto en la institución.

**4. Definición de la calidad esperada:** Se definen los estándares y metas a alcanzar según estándares establecidos por la ley o los propios.

**5. Medición inicial del desempeño:** Se definen los métodos para realizar la medición y se llevan a cabo para identificar las fallas en los procesos basados en estándares definidos como calidad esperada.

**6. Plan de mejoramiento para los procesos seleccionados:** Se define el plan de mejora que contiene las acciones a realizar según lo encontrado en la medición inicial.

**7. Ejecución de planes de mejoramiento:** Se llevan a cabo las acciones definidas en el plan de mejora, este paso requiere de la colaboración de todos los empleados de la organización.

**8. Evaluación de resultados de las acciones implementadas:** Se realizan procesos periódicos de seguimiento a las acciones del plan de mejora para identificar si las acciones están siendo efectivas.

**9. Aprendizaje organizacional:** Se realizan actividades para la retroalimentación, estandarización de procesos y comunicación de resultados de modo que se prevenga la reaparición de las brechas<sup>7</sup>.

Tras la revisión de diferentes documentos generales y legales sobre la legislación colombiana en cuanto a calidad en los servicios de salud cabe finalizar diciendo que “la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud tiene prolongados antecedentes en nuestro país. Entender a la auditoría como una herramienta de gestión de la calidad y, a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial, implica que la auditoría y la organización, así como los auditados deben conocer los elementos básicos que determinan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa”<sup>7</sup>.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **Objetivo General**

Planear el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Institución Laser Excimer en el municipio de Medellín en el 2011.

##### **Objetivos específicos**

- Identificar las características de la institución Laser Excimer y los servicios prestados en el municipio de Medellín.
- Planear todas las etapas del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de Calidad en la Institución Laser Excimer en el municipio de Medellín.
- Desarrollar las etapas del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad concernientes al año 2011 según el cronograma.

## 5. METODOLOGÍA

Se recopilara la información de la IPS Laser Excimer, entre la que consideraremos el direccionamiento estratégico, misión, visión, valores, política de calidad, principios, portafolio de servicios, descripción de procesos y en general todo el funcionamiento de los servicios prestados por esta institución, con el fin de conocer a fondo la institución y poder realizar una planeación adecuada del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención.

Posterior a tener la información de la institución, nos fundamentaremos en los documentos facilitados por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, documentos que son el marco normativo y técnico que deben tener en cuenta las IPS para la implementación del PAMEC:

- Decreto 1011 de 2006, Título IV
- Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007
- Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007

Una vez documentados empezaremos a realizar el diseño y formulación del PAMEC, es decir su planeación, en la cual describiremos las actividades a implementar por parte de la Institución Laser Excimer como parte del programa de mejoramiento continuo. El documento resultado de la planeación será entregado a la seccional de salud como evidencia del proceso de auditoría, en el se incluirá la siguiente información según el anexo #29 Guía para la formulación e implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC):

**1. Introducción:** Con la información de la Institución Laser Excimer: Nombre, Ubicación, Servicios que presta y complejidad de los mismos, zona de influencia, población que atiende, antecedentes en el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, etc.

**2. Marco operativo:** Con las normas para la implementación del PAMEC y demás documentos que influyan en el desarrollo del mismo.

**3. Objetivos:** Con los objetivos generales y específicos de la Institución Laser Excimer relacionados directamente con el PAMEC, es decir lo que se espera alcanzar con el programa de mejoramiento continuo del proceso de la atención en salud.

**4. Ruta crítica del PAMEC:** Especificando las actividades a realizar en cada una de los pasos del PAMEC: Autoevaluación, Selección de procesos objeto de la auditoría, Priorización de procesos, Definición de la calidad esperada, Medición inicial del desempeño, Definición de planes de mejoramiento, Ejecución de planes de mejoramiento, Evaluación de resultados de las acciones implementadas y Aprendizaje organizacional.

En la etapa de medición inicial del desempeño resulta importante resaltar que se definirán los métodos de medición entre los cuales al plantearse auditorías internas y Autocontrol, se hará la planeación de estas, delimitando las actividades como revisión documental, inspección y/o verificación ocular, análisis de datos, etc.

Inicialmente obtendremos un cronograma de las actividades a realizar a lo largo del 2011 para cumplir con la entrega de la planeación de todas las etapas del PAMEC, a medida que este sea desarrollado se podrán implementar las etapas correspondientes al calendario del 2011, estimando la puesta en marcha de la primera y segunda etapa del PAMEC, correspondientes a Autoevaluación y Selección de procesos objeto de mejora.

#### **Plan de divulgación de los resultados**

Como resultado final entregaremos el documento de planeación del PAMEC y el registro de las actividades de las etapas del mismo que se alcancen a llevar a cabo para el tiempo de la presentación de resultados.

Expondremos a profesores, jurados y estudiantes de Auditoría en salud de la Universidad CES las experiencias adquiridas en este proceso, al igual que las dificultades y aspectos favorables encontrados a través del tiempo en el desarrollo del proyecto.

## **6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Teniendo en cuenta los principios fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia consagrados en la Declaración de Helsinki de 2004 y en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, en su artículo 11 numeral b este proyecto no representa riesgo puesto que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas o sociales de los individuos que hacen uso de los servicios prestados por la Institución Laser Excimer.

**7. RESULTADOS**

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL  
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA  
ATENCIÓN EN SALUD**

**PAMEC**

**LASER EXCIMER S.A.**

**2011**

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	21
MARCO OPERATIVO.....	22
OBJETIVOS.....	25
General .....	25
Específicos .....	25
METODOLOGÍA .....	26
AUTOEVALUACIÓN .....	28
Identificación de grupo responsable de la Autoevaluación.....	29
Capacitación para autoevaluación .....	29
Presentación final y consolidación de la información .....	29
SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR .....	30
DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA.....	33
Identificación de necesidades y expectativas de los clientes .....	33
Definición de indicadores de los procesos de mejora .....	33
MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS...34	
Planeación del procedimiento de Auditoria .....	34
Ejecución del procedimiento de auditoria.....	35
FORMULACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO .....	37
Preparación del plan de mejoramiento.....	37
Capacitación del equipo de mejoramiento .....	37
Formulación del plan de mejoramiento .....	37
Ejecución del plan de mejoramiento.....	39
EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO .....	40
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL .....	41

Capacitación del grupo de trabajo.....	41
Definición del plan de estandarización .....	41
Elaboración de procesos estandarizados.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	46
ANEXOS.....	48

## LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 FORMATO AUTOEVALUACIÓN .....	48
Anexo 2 INFORMACIÓN SENSIBILIZACIÓN PAMEC .....	54
Anexo 3 MAPA DE PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LASER EXCIMER S.A. ....	57
Anexo 4 FORMATO SELECCIÓN DE PROCESOS .....	58
Anexo 5 DEFINICIÓN FACTORES DE ÉXITO .....	60
Anexo 6 FORMATO PRIORIZACIÓN DE PROCESOS OBJETO DE MEJORA....	61
Anexo 7 FORMATO DESDOBLAMIENTO DE LA CALIDAD.....	62
Anexo 8 INFORMACIÓN CAPACITACIÓN INDICADORES.....	63
Anexo 9 FORMATO PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS .....	65
Anexo 10 FORMATO PLANEACIÓN DE AUDITORIAS .....	66
Anexo 11 INFORMACIÓN CAPACITACIÓN EQUIPO DE MEJORAMIENTO .....	67
Anexo 12 FORMATO MATRIZ 5W1H.....	72
Anexo 13 FORMATO ACCIONES DE MEJORA .....	73
Anexo 14 FORMATO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	74
Anexo 15 FORMATO REGISTRO RESULTADO DE INDICADORES.....	75
Anexo 16 FORMATO DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.....	76
Anexo 17 FORMATO ESTANDARIZACIÓN .....	77
Anexo 18 FORMATO PROCEDIMIENTO OPERACIONAL .....	78
Anexo 19 FORMATO MANUAL DE ENTRENAMIENTO .....	79

## **INTRODUCCIÓN**

Laser Excimer S. A. es una IPS de baja complejidad, ubicada en la calle 7 # 39-290 Clínica Medellín del Poblado Consultorio 502, Medellín, presta servicios de consulta de oftalmológica y optometría apoyada con ayudas diagnósticas de topografía, autorefracción y paquimetría. La zona de influencia de Laser Excimer es Medellín y los municipios cercanos y atiende población con patologías refractivas principalmente.

Su compromiso es brindar servicios de oftalmología, a través de un grupo humano con vocación de servicio y comprometido con su labor diaria, de manera que la atención brindada a los clientes directos y usuarios internos, satisfaga sus necesidades y cumpla con la legislación vigente, logrando un mejoramiento continuo de la personas y servicios.

Láser Excimer S.A. consciente de la necesidad de implementar estrategias para ir en busca del mejoramiento de la calidad en sus servicios, con el fin de aumentar la satisfacción de sus usuarios y cumplir con lo estipulado por la ley, inicia la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC con asesoría de estudiantes de Auditoría en Salud de la Universidad CES, los cuales desarrollaran este proyecto como trabajo de grado, permitiendo obtener beneficios a las partes implicadas en este proceso.

## **MARCO OPERATIVO**

### **Constitución Política de Colombia:**

**Artículo 48:** Define la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

**Artículo 49:** Se delegan como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

### **Ley 100 de 1993:**

**Artículo 153:** Fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentran Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre Escogencia, Autonomía de las Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y CALIDAD.

**La CALIDAD** Caracterizada como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

**Artículo 178:** Dentro de las funciones de las Entidades Promotoras de Salud se incluyen: “Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.

**Artículo 227:** Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud: Establece la responsabilidad del Gobierno de definir el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.

**Decreto 1011 de 2006** por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social y sus resoluciones reglamentarias.

**Resolución 1043 de 2006** por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 1446 de 2006**, por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan indicadores de monitoreo del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud.

**Decreto 4295 del 2007**, por el cual se reglamenta parcialmente la **Ley 872 de 2003**. “Artículo 1o. Norma Técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del **Decreto 1011 de 2006** y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

**PARÁGRAFO.** El Ministerio de la Protección Social expedirá las guías aplicativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y ajustará las normas técnicas en el marco de la Ley 872 de 2003”. Resolución 2181 de 2008, por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para las IPS de carácter Público. En sus apartes reza, entre otras:

“Implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de acuerdo a lo establecido en el artículo **32 del Decreto 1011 de 2006** y en las pautas indicativas de auditoría expedidas por el Ministerio de la Protección Social, que permiten evaluar y cerrar las brechas para el logro de los resultados esperados por los estándares de acreditación”.

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

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

## **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es Prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de Ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones Seguras y competitivas internacionalmente”; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”.

El Decreto 3257 de 2008, establece la independencia del Subsistema Nacional de Calidad del Sistema nacional de Competitividad y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, pero prevé que estos dos sistemas deberán actuar de manera coordinada en donde hayan aspectos comunes. La Unidad Sectorial de Normalización en Salud es el organismo que tiene la función de articular técnicamente a los dos sistemas.

El Ministerio de Sanidad y Política Social, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como establece la ley 16/2003, de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, ha situado la seguridad del paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad.

Estándares del Galardón Hospital Seguro versión 2011 - 2012 de la ASOCIACION COLOMBIA DE CLINICAS Y HOSPITALES.

## **OBJETIVOS**

### ***General***

Implementar el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad en la institución Láser Excimer, con el fin de optimizar procesos y recursos que permitan aumentar el nivel de satisfacción de los usuarios y clientes internos a través del incremento de la calidad de la atención y la disminución de riesgos al prestar los servicios de oftalmología y optometría junto con el apoyo diagnóstico para estas especialidades.

### ***Específicos***

- Determinar la metodología con la que se llevara a cabo cada uno de los pasos de la ruta crítica.
- Concientizar al personal sobre la necesidad de mantenerse en continua evaluación, permitiendo identificar falencias para su posterior análisis y mejora.
- Fomentar un pensamiento encaminado hacia la seguridad del paciente.
- Capacitar al personal con el fin de que participen de cada una de las etapas de la ruta crítica del PAMEC.

## METODOLOGÍA

La implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), será llevado a cabo según las “Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud 2007”, las expectativas de la gerencia de la institución y la totalidad del personal de la institución. Los pasos de la ruta crítica se irán desarrollando conforme al siguiente cronograma tentativo el cual está sujeto a cambios a necesidad según el avance en cada una de las etapas:

ETAPA (QUE)	METODOLOGÍA – MÉTODO (CÓMO)	RESPONSABLE (QUIEN)	FECHA DE EJECUCIÓN (CUANDO)
<b>AUTOEVALUACIÓN</b>	Sensibilización sobre el PAMEC mediante comunicación verbal apoyada con presentación power point y selección de responsables	Estudiantes Auditoría en Salud	25 de marzo de 2011
	Capacitación de los responsables de la autoevaluación. Mediante instrumento sugerido para estándares de Galardón Hospital Seguro, se identifican las oportunidades de mejora, fortalezas y sus respectivos soportes.	Personas responsables de cada proceso	Abril - Mayo de 2011
<b>SELECCIÓN DE PROCESOS MEJORAR</b>	Según mapa de procesos de la institución o estructura organizacional seleccionar los procesos que presentan no conformidades según la autoevaluación, mediante el análisis de la relación entre procesos.	Personas responsables de cada proceso	Junio 3 – 17 de 2011
<b>PRIORIZACIÓN DE PROCESOS</b>	Aplicar la matriz de priorización, jerarquización o Pareto. Priorización por decisión de alta gerencia.	Grupo Pamec	Junio 20 – 24 de 2011
	Análisis de caracterización de los procesos priorizados	Grupo Pamec	Junio 28 – Julio 15 de 2011
<b>DEFINICIÓN DE CALIDAD ESPERADA</b>	Realizar desdoblamiento de la calidad para cada proceso priorizado	Grupo PAMEC	Julio 18 – Agosto 5 de 2011
	Identificar los indicadores de evaluación de los procesos priorizados	Personas responsables de cada proceso priorizado	Agosto 8 – Septiembre 2 de 2011
	Definir la meta a alcanzar de	Grupo PAMEC	Septiembre

	cada uno de los procesos priorizados en sus respectivos indicadores y sus fichas técnicas		5 -9 de 2011
<b>MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS</b>	Capacitar a los Auditores Internos	Estudiantes Auditoria de Salud	Septiembre de 2011
	Realizar plan de auditorias	Estudiantes Auditoria de Salud	Septiembre – Octubre de 2011
	Realizar las auditorías mediante listas de chequeo y hojas de evaluación.	Auditores internos	Octubre de 2011
	Comparar resultado de cada indicador con su meta para identificar la brechas	Personas responsable de cada proceso priorizado	Octubre de 2011
	Realizar el informe de las auditorias.	Auditores internos	Noviembre de 2011
<b>PLAN DE MEJORAMIENTO PARA PROCESOS SELECCIONADOS</b>	Analizar las brechas encontradas mediante aplicación de la espina de pescado, tablas de frecuencia, lluvia de ideas.	Grupo PAMEC	Noviembre de 2011
	Diseñar un plan de estrategias para la disminución de las brechas según las causas identificadas.	Grupo PAMEC	Noviembre - Diciembre de 2011
<b>EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO</b>	Implementar las estrategias descritas en el plan de mejoramiento	Personas responsables de cada proceso priorizado	Diciembre 2011 – Febrero de 2012
<b>EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>	Realizar seguimiento del plan de mejoramiento para los procesos seleccionados mediante una segunda medición del desempeño	Líder del PAMEC	Marzo de 2012
<b>APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL</b>	Estandarizar los procesos en los que se evidencie mejoramiento y socializarlos con los responsables de cada proceso..	Grupo PAMEC	Abril - Mayo de 2012

## AUTOEVALUACIÓN

Para realizar la autoevaluación de la IPS LASER EXCIMER, se deliberó sobre que estándares utilizar para hacer un diagnóstico de la institución. Teniendo en cuenta que en la Resolución 2181 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, plantea que la calidad esperada sea mayor a los estándares mínimos de habilitación, puesto que estos son el piso desde donde se debe partir para prestar un servicio de calidad y con la seguridad mínima, según las políticas institucionales y que es una institución pequeña sin altos recursos económicos; el equipo asesor se reunió con las directivas de la institución y se decidió realizar el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) con enfoque a riesgos y la seguridad del paciente; basado en esto el equipo asesor sugirió utilizar los estándares del Galardón Hospital Seguro versión 2011 – 2012 de la ASOCIACION COLOMBIA DE CLINICAS Y HOSPITALES dado que en dicha asociación se “seleccionaron estándares con la mayor evidencia posible y fiabilidad para el proceso de evaluación y un plan de mejora basado en estos referentes traerá indudables beneficios para las propias IPS y para sus usuarios, eje y razón de ser de los servicios de salud”(8).

Así mismo entre los objetivos del galardón está el desencadenar procesos de mejoramiento de la seguridad que es lo que se busca en si al enfocar el PAMEC de la institución en el riesgo y la seguridad de los clientes tanto internos como externos. Dado que la resolución 2181/08 incita a que las instituciones de salud del país tengan como meta la acreditación el Galardón es un buen referente para empezar a buscar los niveles de excelencia que nos exige la acreditación.

Ya definido que se utilizarían los estándares del Galardón Hospital Seguro versión 2011 – 2012 de la ASOCIACION COLOMBIA DE CLINICAS Y HOSPITALES, el equipo asesor diseñó un formato para hacer más operativa la evaluación, en éste se enunciaron cada uno de los estándares con sus respectivos criterios y a estos se les añadió dos casillas para definir las fortalezas y las oportunidades de mejora y otra para marcar si no aplica para la institución, dando como resultado el siguiente cuadro para cada uno de los criterios (ver anexo 1):

A. FUNDAMENTOS ESTRUCTURALES PARA LA SEGURIDAD				
Estándar 1: La institución garantiza el cumplimiento de las normas obligatorias que guardan relación directa con la seguridad.				
COD	CRITERIO	NA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
A1.1	La institución cumple con todos los estándares de habilitación que le son aplicables de acuerdo con su portafolio de servicios y grado de complejidad de los mismos, incluidos los lineamientos vigentes sobre construcción sísmo-resistente.			

Para el diligenciamiento de la casilla de fortalezas se tendrá en cuenta la existencia de evidencias.

Se realizara una reunión entre el equipo asesor, las directivas de la institución y el encargado de calidad de la empresa con el objetivo de sensibilizar al personal de la institución sobre el desarrollo de la ruta crítica del PAMEC, además de los lineamientos generales del Sistema Obligatorio para la Garantía de la Calidad (ver anexo 2). Se delegara al encargado de calidad para que imparta esta charla a los empleados que no puedan asistir a la capacitación con los asesores y así involucrar a cada uno de estos en la realización del PAMEC.

### ***Identificación de grupo responsable de la Autoevaluación***

En dicha reunión se identificara el grupo que va a realizar la autoevaluación, del cual harán parte la mayoría del personal de la institución dado el tamaño de la misma, de igual forma quedaran definidos los responsables de cada uno de los estándares, quienes harán entrega del instrumento con los respectivos hallazgos al encargado de calidad, el cual redactara el informe final a presentar en la reunión de cierre. La información sobre el grupo responsable se anexara al informe final.

### ***Capacitación para autoevaluación***

Antes de dar inicio al proceso de autoevaluación se realizara una homologación del significado de cada uno de los estándares por analizar y una capacitación general a cada uno de los responsables de los estándares para el diligenciamiento del instrumento donde se consignaran los hallazgos. Para la realización de la etapa de autoevaluación se tiene destinado un mes, en el cual se deberá contar con recursos como documentación de la institución, espacio físico, papelería necesaria y tiempo de cada uno de los participantes. Durante el desarrollo de la autoevaluación los responsables de cada estándar tendrán un acompañamiento de los asesores para la resolución de dudas sin que esto implique su responsabilidad directa en el desarrollo de la autoevaluación.

### ***Presentación final y consolidación de la información***

Al finalizar el proceso de autodiagnóstico se llevará a cabo una plenaria con cada uno de los responsables, las directivas, el líder del proceso de autoevaluación y el grupo de asesores externos, donde se hará una presentación por cada uno de los responsables para poner en común cada uno de los hallazgos encontrados en los estándares aplicados. Seguidamente el Gerente procederá a hacer el cierre de la plenaria dando sus opiniones respecto al proceso realizado.

Para la consolidación del informe del autodiagnóstico, cada responsable de los estándares hará entrega de los hallazgos al líder del proceso de autoevaluación, en este caso el encargado de calidad quien lo redactará apoyado en la información brindada por los responsables del proceso. Se hará una presentación del consolidado a las directivas de la institución y a los asesores externos, ya que este será el insumo para la ejecución de la siguiente etapa de la ruta crítica.

## SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

Teniendo en cuenta las oportunidades de mejora identificadas en la etapa de autoevaluación y la presentación general del informe de la autoevaluación se hará entrega del consolidado a cada uno de los responsables.

El practicante de calidad encargado de la caracterización de los procesos de la institución realizara una presentación breve y una diferenciación de los mismos para uniformar la información de los participantes de esta etapa (ver anexo 3).

Cada responsable clasificara las oportunidades de mejora en los procesos, según sean parte de la función o del ciclo PHVA correspondiente al proceso mediante la siguiente matriz de selección de procesos (ver anexo 4).

OPORTUNIDAD DE MEJORA	PROCESO	FUNCIÓN		PROCESO			
		C	I	P	H	V	A

**C:** Comunicación, oportunidades de mejora relacionados con la comunicación entre los participantes de cada proceso.

**I:** Información, oportunidades de mejora relacionadas con la divulgación de información de forma oportuna y pertinente.

**Ciclo PHVA:** Oportunidades de mejora correspondiente a cada una de las etapas.

**P:** Planear

**H:** Hacer

**V:** Verificar

**A:** Actuar

Se nombrara un responsable para la realización del consolidado donde se registre la lista de los procesos objeto de mejora.

## PRIORIZACIÓN DE PROCESOS OBJETO DE MEJORA

Para dar inicio a esta etapa se realizara una reunión con las participantes de la misma para identificar los factores de éxito de Laser Excimer, en la cual se explicara que dichos factores de éxito (ver anexo 5) corresponden a todos los aspectos críticos para la institución que permiten el logro de los objetivos evidentes en la misión.

Una vez entendido este concepto se hará una puesta en común para definir los factores de éxito y se nombrara un encargado que tomara nota y realizara un documento con las respectivas definiciones, esto permitirá que cada persona de una valoración objetiva respecto al impacto de las oportunidades de mejora en la institución.

Según el tiempo disponible de los participantes se podrá realizar la priorización de los procesos objeto de mejora en la misma reunión o se reprogramara para otra fecha.

Para la priorización se utilizara la siguiente matriz de priorización, la cual resulta de fácil diligenciamiento y acorde con el tiempo disponible de la institución (ver anexo 6).

	Factor de éxito 1	Factor de éxito 2	Factor de éxito 3	Factor de éxito 4	Factor de éxito 5	Total
Proceso 1						
Proceso 2						
Proceso 3						
Proceso 4...						

Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, pág.45. Ministerio de la Protección Social. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

Para cada proceso se irá dando un puntaje de 1 a 5 según sea su impacto en relación a cada factor de éxito, posteriormente se multiplicaran cada uno de los puntajes para obtener el puntaje total e identificar cuales procesos resultan más conveniente dar prioridad.

Para el diligenciamiento de la matriz se nombrara un moderador, quien será el encargado de dar la palabra, llevar un orden y tener en cuenta la opinión de todos los participantes, además realizara la pregunta de evaluación para cada proceso frente a los factores de éxito.

**Pregunta:** ¿Cuál es el impacto que el proceso de... tiene en el factor de éxito...?

Cada participante dará su calificación y explicación del porque esta cantidad, una vez puesto en común cada una de las opiniones se llegara a un acuerdo para la calificación final, esto puede ser identificando la moda, es decir el valor que más se repite.

Posteriormente se organizaran los procesos de forma ascendente según el puntaje obtenido en la matriz de priorización y se llegara a un acuerdo sobre la cantidad de procesos a trabajar en las siguientes etapas, de acuerdo con la capacidad de la institución respecto a recurso humano, físico y financiero.

## DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

Teniendo los procesos prioritarios seleccionados en la etapa anterior, el grupo responsable del PAMEC acompañados por los asesores entraran a definir la calidad que se espera de los mismos; esta se debe definir teniendo en cuenta que se deben obtener resultados encaminados a la seguridad del paciente ya que es el enfoque dado desde el principio.

Teniendo en cuenta la caracterización de los procesos, se identificarán las salidas de cada uno, los clientes internos y externos de la institución con sus necesidades y expectativas, además de los indicadores con sus respectivas metas.

### ***Identificación de necesidades y expectativas de los clientes***

Se realizará una reunión entre los asesores y el grupo responsable del PAMEC, en la cual se llevará a cabo la técnica del desdoblamiento de la calidad, a través del diligenciamiento del siguiente cuadro para cada (ver anexo 7):

<b>Proceso:</b> Consulta oftalmológica					
<b>Usuario/ cliente</b>	<b>Necesidades expectativas</b>	<b>y</b>	<b>Características del servicio</b>	<b>Características del proceso</b>	<b>Indicadores de gestión</b>
Paciente	Obtener atención		Oportuno		Promedio de días de asignación de citas

En la casilla de usuario se pondrán los diferentes grupos de interés del proceso (clientes internos y externos, proveedores), en la siguiente casilla se anotarán sus respectivos deseos y necesidades, es decir, lo que esperan obtener de este proceso; seguidamente las características del servicio y del proceso, las cuales corresponden a los atributos de la calidad (pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad, seguridad, competencia, eficiencia, coordinación, aceptabilidad y efectividad) y sus indicadores de gestión, con los cuales se medirán los resultados de cada proceso.

### ***Definición de indicadores de los procesos de mejora***

En esta etapa el grupo responsable del PAMEC recibirá una pequeña capacitación sobre indicadores a cargo de los asesores, en dicha capacitación se pondrá en común el concepto de indicador, como construir un indicador y como realizar una buena medición, según el Ministerio de la Protección Social en el anexo técnico de la resolución 1446 de 2006: Sistema de información de la calidad (ver anexo 8).

Una vez unificados estos conceptos se procederá a definir los indicadores que consideren necesarios para medir la calidad de cada proceso objeto de mejora, de forma cuantitativa para poder ser comparada y así poder realizar un análisis de la información para tomar las mejores decisiones. Deben considerar que la información de estos se garantice durante la realización del proceso para que se puedan monitorizar y evaluar durante la ejecución de este plan.

## MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORIZADOS

En esta etapa se llevara a cabo una auditoria para identificar las brechas existentes entre la calidad de la institución y la calidad definida como esperada en la etapa anterior. Para esto se desarrollaran una serie de procedimientos de auditoría los cuales son responsabilidad de toda la institución, ya que va en busca de los mayores beneficios para el usuario.

### **Planeación del procedimiento de Auditoria**

Se realizara la programación de las auditorias pertinentes para la medición de cada uno de los procesos objeto de mejora priorizados, para ello se tendrá en cuenta el siguiente formato que permitirá tener un resumen de la información consolidada sobre las fechas, procesos a auditar, equipo responsable, objetivo y alcance, criterios de auditoría, lugar, duración y recursos para la realización de las auditorias, y demás información pertinente del formato para institución (ver anexo 9):

LASER EXCIMER	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD				CÓDIGO:			VERSIÓN:	
	FORMATO AUDITORIAS DE...				PÁGINA:			REVISADO:	
					FECHA ELABORACIÓN:			FECHA APROBACIÓN:	
PROCESO AUDITAR	OBJETIVO Y ALCANCE	CRITERIOS DE AUDITORIA	FECHA		EQUIPO	LUGAR	DURACIÓN	RECURSOS	OBSERVACIÓN
			INICIA	FINALIZA					
ELABORADO POR:					APROBADO POR:				

Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, pág.61. Ministerio de la Protección Social. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

Cada auditoria se llevara a cabo con la previa realización de la planeación de la misma en el siguiente formato para facilitar la su comprensión (ver anexo 10):

LASER EXCIMER	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD				CÓDIGO:			VERSIÓN:	
	FORMATO PLAN DE AUDITORIAS DE...				PÁGINA:			REVISADO:	
	TIPO DE DOCUMENTO		FORMATO		FECHA ELABORACIÓN:			FECHA APROBACIÓN:	
PROCESO OBJETO DE MEJORA:					CRITERIOS:				

OBJETIVO:					
ALCANCE:			METODOLOGÍA:		
LUGAR:					
QUÉ (ACTIVIDADES)	CÓMO (TÉCNICAS DE APOYO)	QUIÉN (EQUIPO AUDITOR)	CUÁNDO (FECHA DE INICIO-TERMINACIÓN)	DÓNDE (ÁREA O PROCESO)	OBSERVACIONES
AUDITORES:					

Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, pág.62. Ministerio de la Protección Social. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

En este formato se consignara más específicamente los detalles de la auditoría:

**Objetivos de la auditoría:** definición clara de lo que se quiere lograr y logros parciales o fases que llevan al desarrollo del objetivo general.

**Alcance:** Extensión y límite de la auditoría, definiendo áreas y en detalle que se va auditar.

**Criterios:** Políticas, procedimientos, normas, manuales, estándares ó requisitos que se tomarán como referencia para la verificación.

**Metodología:**

**Técnicas de apoyo:** Técnicas e instrumentos de análisis para la realización de la auditoría, que permitan obtener la información pertinente de la situación del proceso auditado.

**Equipo auditor:** Personas que conforman el grupo responsable de la realización de la auditoría y del informe final de los hallazgos. Estas personas deben tener las capacidades necesarias además del conocimiento previo de los procesos a auditar.

### ***Ejecución del procedimiento de auditoría***

Se realizara una reunión de inicio donde se hará la presentación del equipo auditor y de los detalles de la auditoría, haciendo lectura del plan de auditoría.

Se llevaran a cabo las actividades programadas, haciendo uso de los respectivos papeles de trabajo, construidos previamente, para la obtención de información y de las evidencias necesarias para sustentar los hallazgos de la auditoría. Las personas participantes del proceso a auditar deberán estar disponibles para la visita del grupo auditor para contestar a entrevistas si es el caso y para presentar la documentación y demás archivos requeridos por los auditores.

Una vez terminado el procedimiento de auditoría, se realizara la reunión de cierre donde se presentaran los hallazgos y observaciones pertinentes sobre el proceso

auditado. El equipo auditor tendrá una semana a partir de la reunión de cierre para redactar el informe final con los hallazgos de la auditoría, el cual será presentado y entregado a la institución en una fecha específica definida por ambas partes.

## **FORMULACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO**

Ya habiendo desarrollado las actividades del plan de auditoría mediante los respectivos planes, se tendrán los resultados de los indicadores y las brechas de calidad, entonces se procederá a formular un plan de mejoramiento sistémico que ayude a que la toma de decisiones y que este encaminado realmente al mejoramiento de la calidad en salud, lo cual es el objetivo general del PAMEC.

En este plan se deberá establecer las actividades que ayudaran al mejoramiento de la calidad de los procesos elegidos como prioritarios y que se le hayan encontrado brechas de calidad en la medición inicial; todo esto descrito en etapas anteriores, además se establecerá los responsables de estas actividades, como se llevaran a cabo, en que tiempo, lugar y el motivo por el cual se realizaran; también se garantizara su ejecución.

### ***Preparación del plan de mejoramiento***

Su objetivo principal es la consecución de los insumos necesarios para garantizar la elaboración y ejecución del plan y así cerrar las brechas encontradas. Se generara un programa de capacitación para los responsables, también un programa de comunicación para que la información sobre la ejecución de este se disperse por los responsables y demás empleados de la institución dando a conocer las dificultades, logros y resultados de los indicadores; por ultimo en esta etapa se definirán todos los aspectos logísticos como sitios de reuniones, forma de registro de las reuniones y todas la necesidades físicas y económicas para llevar a cabo la ejecución del plan. Para el desarrollo de esta etapa se elaborara un formato tipo cronograma donde se especifiquen los detalles con las fechas de realización de cada una de las reuniones de los diferentes actores del PAMEC en las cuales se definirán y elaboraran las acciones antes mencionadas.

### ***Capacitación del equipo de mejoramiento***

La idea de esta capacitación es homologar los conceptos del equipo y verificar el funcionamiento como grupo de trabajo. Se hará un taller con el equipo en el que el grupo de asesores establecerá concretamente como hacer la definición de los problemas de calidad, y la documentación de esta (ver anexo 11). Se explicara sobre la identificación de brechas (diferencia entre la calidad observada y la calidad esperada); se impartirá información básica sobre aplicación y análisis de herramientas estadísticas (lluvia de ideas, diagramas causa-efecto, estratificación, hojas de verificación y diagramas de Pareto, matriz 5W1H entre otros) de acuerdo con la necesidad del programa de mejoramiento actual.

### ***Formulación del plan de mejoramiento***

Una vez realizada la capacitación se programaran fechas según la disponibilidad del personal participante del PAMEC para llevar a cabo reuniones donde se

utilicen las herramientas antes mencionadas para centrarse en el cierre de las brechas encontradas, de modo que se identifiquen las causas y se hagan planteamientos grupales sobre las posibles soluciones a los problemas de calidad que surgieron a partir de la medición inicial antes realizada.

Posteriormente se tomara la matriz 5W1H complementada con la construcción de indicadores que permitan hacer el seguimiento a los resultados de las acciones planteadas comparando los datos obtenidos de estos con las metas que se plantearon (ver anexo 12).

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	POR QUÉ	CÓMO
Objetivos y acciones de mejora	Responsable de ejecutar las acciones	Tiempo en que se ejecutara la tarea	En que procesos, áreas o ubicación	Propósito que se persigue en la mejora	Medios y recursos necesarios para ejecutar la tarea

Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, pág.134. Ministerio de la Protección Social. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

En esta matriz se consignara las acciones a implementar para el cierre de brechas, dando respuesta a las preguntas ¿Qué?, ¿Quién?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Por qué? O ¿para qué? Y ¿Cómo?; al contestar estas preguntas se debe ser lo más concreto posible y las acciones para dar solución a los problemas deben ser factibles y medibles a través de los indicadores propuestos.

Para cada problema identificado se llenará un formato donde se enumeraran las acciones de mejora por secuencia cronológica o por importancia, así mismo cada acción deberá estar seguida por las actividades que requerirá su implementación (ver anexo 13).

PROBLEMA IDENTIFICADO:					
OBJETIVO:					
Actividades por secuencia e importancia	Verificación del cumplimiento de la actividad	Recursos		Tiempo requerido	Responsables
		Existentes	Adicionales		
Tareas y subtareas	Metas que se desean lograr y en qué tiempo			Tiempo necesario para realizar cada una de las tareas	Persona responsable de la realización de cada tarea

Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, pág.137. Ministerio de la Protección Social. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

Aparte se realizará un cronograma de actividades donde se vea de forma general el tiempo de ejecución del plan de mejoramiento (ver anexo 14).

ACTIVIDADES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D

Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, pág.136. Ministerio de la Protección Social. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

***Ejecución del plan de mejoramiento***

Se repartirá el plan de mejoramiento y se informarán las tareas a los responsables con el respectivo tiempo de cumplimiento. Se pondrá en marcha el plan de mejoramiento según el cronograma establecido.

## EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

El insumo fundamental para hacer seguimiento a los planes de mejoramiento son los resultados obtenidos de los indicadores para saber oportunamente si estos cumplen las metas propuestas, para esto se llevara un registro del resultado de los indicadores en el tiempo (ver anexo 15).

Indicador	Formula	Meta	Resultados													
			E	f	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		

Se establecerá la comunicación y seguimiento de las actividades mediante un informe de tres generaciones, de modo que se presenten de manera oportuna las brechas persistentes y se puedan solucionar los problemas para alcanzar la meta propuesta.

Con el informe de tres generaciones se responde a: ¿Qué se planeo? ¿Qué se ejecutó? y ¿Cuáles fueron los resultados? Para identificar las brechas de la ejecución de la planeación (ver anexo 16).

OBJETIVO #		DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO:	
META:		MEDIDA:	RESPONSABLE:
METAS PLANEADAS PARA EL PERIODO	RESULTADOS LOGRADOS	POR EJECUTAR	PROBLEMAS QUE DIFICULTAN EL CUMPLIMIENTO DE LA META FINAL
Metas de cada área	Logro al momento. Indicador si es el caso	Acciones para el próximo periodo para el logro de la meta	Impedimento para el logro de la meta final y el resultado final que espera

Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, pág.138. Ministerio de la Protección Social. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

El responsable del cumplimiento de cada objetivo anexara los indicadores correspondientes si es el caso.

## APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Una vez alcanzada la calidad esperada, es necesario mantenerla y mejorar los resultados de los procesos, para esto resulta pertinente estandarizar los procesos de modo que toda la institución tenga el entrenamiento según el plan de mejora y siga los mismos lineamientos.

### **Capacitación del grupo de trabajo**

Se realizará un taller donde se homologuen los conceptos sobre análisis de procesos, métodos de análisis para la solución de problemas y estandarización.

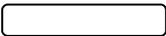
### **Definición del plan de estandarización**

Teniendo en cuenta el plan de mejoramiento desplegado en la realización de las etapas anteriores se definirá la documentación pertinente. Se creara un plan de estandarización donde se identifiquen las áreas, el tiempo, los responsables y la metodología de trabajo, esto debe tratarse conformando un comité de estandarización y dado que esta es una institución pequeña que maneja un comité único, se abrirá un espacio en las reuniones de este comité para trabajar lo relacionado con la estandarización, donde se definirán los procesos a estandarizar, el tiempo disponible y los responsables de los mismos, esto quedara consignado en el acta del comité.

### **Elaboración de procesos estandarizados**

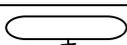
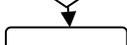
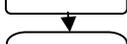
El responsable de la estandarización de cada proceso determinara con la ayuda de los participantes de mismo los objetivos del proceso, como se realizará la medición y la meta esperada. Se realizará una descripción paso a paso de los procesos a estandarizar, donde se listen las tareas que se realizan. Se identificarán las tareas que representan un valor agregado para el usuario en el caso que resulten indispensables.

Se elaborará el diagrama del proceso utilizando formas y fechas conectoras, ubicadas según formen parte de las etapas del PHVA, procurando que quede claro el funcionamiento del proceso para todos los integrantes de la institución. Para la elaboración del flujograma se definirán las formas a utilizar y su significado:

	Inicio o Fin		Conector de página
	Actividad		Documento



Se detallaran las tareas a realizar por el método 5W1H, consignando la información en el siguiente formato de estandarización (ver anexo 17):

LASER EXCIMER						
NOMBRE DEL ÁREA						
PROCESO:				CÓDIGO:		PÁGINA:
RESPONSABLE:				FECHA ACTUALIZACIÓN:		
FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO	PORQUE
						
↓						
						
↓						
						
↓						
						
↓						
						

Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, pág.79. Ministerio de la Protección Social. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

En caso de que alguna tarea no se pueda explicar claramente en formato anterior, se llevaran al procedimiento operacional, donde se explicara en detalle todo lo relacionado con la tarea (ver anexo 18):

LASER EXCIMER	
ÁREA	
PROCEDIMIENTO OPERACIONAL	
PROCESO:	FECHA:
TAREA:	CÓDIGO:
RESPONSABLE:	REVISIÓN:
CONDICIONES Y MATERIALES NECESARIOS	
Determinar las condiciones y los materiales necesarios para desarrollar correctamente la tarea.	
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES	
Actividad 1	Identificar la secuencia de actividades de la tarea y enunciarlas en orden de ejecución.
Actividad 2	Si es necesario utilizar gráficos o cuadros explicativos.
Actividad 3	
Actividad 4	
MANEJO DE MATERIALES	
Formas de almacenamiento, procedimientos previos de preparación.	
RESULTADOS ESPERADOS	
Productos que deben resultar de la tarea si se lleva idóneamente.	
ACCIONES CORRECTIVAS	
Ante imprevistos que alternativas tiene el ejecutante, cómo se corrigen los errores más frecuentes.	

Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, pág.82. Ministerio de la Protección Social. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

Cuando la complejidad de las tareas enunciadas en el proceso operacional pasa su explicación inicial, se procede a realizar el manual de entrenamiento tomando como insumo el formato de procedimiento operacional, en este se describen las actividades críticas, como debe ser su realización, el riesgo que puede presentarse y cómo prevenirlo (ver anexo 19).

LASER EXCIMER						
NOMBRE DEL ÁREA						
MANUAL DE ENTRENAMIENTO						
PROCESO:			FECHA:			
TAREA:			CÓDIGO:		HOJA:	
RESPONSABLE:			REVISADO:			
N°	QUÉ HACER	CÓMO HACER	POR HACER	QUÉ	RIESGO	NEUTRAL

Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud, pág.83. Ministerio de la Protección Social. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

Posteriormente se definirán las formas de documentación y el almacenamiento de los procesos estandarizados, lo cual quedara consignado en el acta del comité.

## **8. CONCLUSIONES**

La ejecución del PAMEC en una institución ayuda en gran medida a encontrar las brechas de calidad en los procesos de esta, información muy útil para emprender procesos de mejoramiento de la calidad y lograr prestar servicios de salud que generen los mayores beneficios para los pacientes.

Existen diferentes herramientas que ayudan a la identificación de falencias en los procesos de las instituciones, facilitando la realización del Programa de mejoramiento de la calidad y poder lograr el mayor impacto de las actividades y lograr resultados encaminados hacia eficacia y eficiencia de los procesos.

## **9. RECOMENDACIONES**

Para la adecuada implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad en salud, es necesario como asesor del mismo tener amplios conocimientos sobre la plataforma estratégica de la institución, de modo que los instrumentos a utilizar para su desarrollo y análisis de estándares sean los adecuados según la razón de ser y las características de la institución.

Así mismo es conveniente presentar a la institución asesorada diferentes opciones de trabajo para que esta determine la que a su parecer sea la más conveniente y brinde mayor grado de comodidad y beneficios.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Arbusa I. y otros. El Sistema Nacional de Salud en el siglo XXI. La gestión de la calidad en la provisión de Servicios Sanitarios. Rev. Adm Saint 2005; 3(3): 431-46

Donabedian A. La calidad de la Atención Médica. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16:S29-S38

Donabedian A. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? Rev. Calidad Asistencial 2001; 16:S80-S87

Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16:S96-S100

Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16:S118-S125

Ugalde M. y otros. EL proceso de evaluación externa de las organizaciones que se presentan a los reconocimientos basados en el Modelo de Excelencia de la EFQM. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16: 330-338

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

## **BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA**

1. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá. 2006

2. Lori DiPrete, B. y otros. Garantía de la Calidad en Salud de países en desarrollo. Usaid. 2da edición.

3. Duque Z José Humberto. Gerencia Integral por Calidad. En Toro R. Luis Ernesto Hospital y Empresa, ediciones Hospital Universitario San Vicente de Paul, 2da edición, Medellín 2003, cap. 12, pág. 313-366.

4. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Pautas de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007
5. Lori DiPrete, B. y otros. Garantía de la Calidad en Salud de países en desarrollo. Usaid. 2da edición.
6. Lori DiPrete, B. y otros. Garantía de la Calidad en Salud de países en desarrollo. Usaid. 2da edición.
7. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Pautas de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007
8. ESTÁNDARES DEL GALARDÓN HOSPITAL SEGURO. Versión 2011 – 2012. Asociación Colombia de Clínicas y Hospitales.

## ANEXOS

### Anexo 1 FORMATO AUTOEVALUACIÓN

<b>AUTOEVALUACIÓN</b>					
<b>PAMEC</b>					
<b>INSTITUCIÓN:</b> Laser Excimer			<b>CÓDIGO:</b> 01		<b>PAGINAS:</b> 6
<b>FECHA:</b> Marzo 4 de 2011			<b>ELABORADO POR:</b> David Monsalve López		
<b>Identifique las oportunidades de mejora y fortalezas según corresponda teniendo en cuenta los criterios expuestos.</b>					
COD	CRITERIO	NA	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	EVIDENCIAS
A1.1	La institución cumple con todos los estándares de habilitación que le son aplicables de acuerdo con su portafolio de servicios y grado de complejidad de los mismos, incluidos los lineamientos vigentes sobre construcción sismo-resistente.				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificación del Cumplimiento de las Condiciones Técnicas y Científicas del Sistema Único de Habilitación e Informe de Visita de la Entidad Territorial Competente.</li> <li>• Manual de Vigilancia y Seguridad de los Usuarios.</li> <li>• Plan de Emergencias Internas y Externas.</li> <li>• Informes de Simulaciones y Simulacros realizados durante el período 2010-2011.</li> <li>• Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico.</li> <li>• Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios, aprobado por la entidad competente.</li> <li>• Indicadores que midan la frecuencia de eventos adversos y/o incidentes atribuibles a fallas o incumplimientos en cada uno de los 6 criterios que hacen parte de este estándar.</li> </ul>
A1.2	La institución cumple satisfactoriamente con las exigencias establecidas en la Resolución 0741 de 1997 sobre seguridad personal de los usuarios.				
A1.3	Se cuenta con un Plan de Emergencias Internas y Externas documentado e implementado conforme a la normativa vigente, incluyendo la organización y realización de simulacros.				
A1.4	La entidad cumple satisfactoriamente con las disposiciones que le son aplicables del Decreto 2200 de 2005.				
A1.5	La entidad cumple satisfactoriamente con las normas aplicables en materia de gestión de Residuos Hospitalarios.				
A1.5	En las áreas construidas a partir de 2005 se garantiza el control de los riesgos eléctricos, acorde a la normativa vigente: Código Eléctrico Nacional (NTC-2050), Resolución 180394 de 2004, expedida por el Ministerio de Minas y Energía (Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas – RETIE), con el fin de prevenir daños a los pacientes, visitantes y clientes internos de la institución.				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cronogramas Anuales de reuniones (2010 y 2011) de los comités y demás grupos de trabajo que guardan relación con la seguridad del paciente.</li> <li>• Actas de dichos comités y grupos de trabajo durante el período 2010 – 2011.</li> <li>• Planes de Trabajo o Planes de Acción 2011 – 2012 de dichos comités y grupos.</li> <li>• Soportes del seguimiento a Planes de Trabajo o Planes de Acción.</li> <li>• Base de datos de eventos centinelas y adversos.</li> <li>• Indicadores que se analizan en cada uno de los comités y demás grupos de trabajo responsables de la seguridad del paciente.</li> </ul>
A2.1	Los comités obligatorios que guardan relación con la seguridad están implementados y funcionan de manera sistemática.				
A2.2	El compromiso y actuación proactiva y sinérgica de los comités, grupos primarios, círculos de calidad u otros grupos de trabajo similares establecidos por la entidad, contribuyen al fomento y desarrollo de una cultura de la seguridad en la institución.				
A2.3	Los comités y demás grupos de trabajo que apoyan el mejoramiento de la seguridad cuentan con planes de trabajo que se ejecutan sistemáticamente y generan resultados demostrables.				
A2.4	Los comités y demás grupos de trabajo que apoyan el mejoramiento de la seguridad le hacen seguimiento a los resultados de su labor con hechos y datos objetivos. Las correspondientes actas y otras evidencias de su gestión se encuentran organizadas y permiten reconstruir las acciones realizadas.				
A2.5	La institución dispone de una base de datos ordenada, conocida por los diferentes comités y grupos de trabajo que guardan relación con la gestión de la seguridad, la cual debe incluir todos los eventos centinelas y adversos ocurridos durante el período 2010-2011 con detalle de la fecha de ocurrencia, datos de identificación del paciente, tipo de evento ocurrido, descripción del mismo y referencia al análisis realizado, de manera que se facilite la búsqueda de la información detallada sobre los mismos.				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento Técnico: Modelo de Atención, formalmente adoptado por la institución, con claros factores diferenciadores que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente.</li> <li>• Soportes que permitan demostrar la socialización o despliegue del modelo de atención.</li> <li>• Indicadores que permitan evaluar la eficacia del modelo; esto es, que ayuden a demostrar que la implementación del modelo de atención ha representado mejoras en materia de</li> </ul>
A3.1	La institución ha documentado y desplegado un modelo de atención sistemático que incluye la seguridad del paciente como uno de sus objetivos principales.				
A3.2	El modelo de atención contiene factores diferenciadores que contribuyen a la mejora de la seguridad.				
A3.3	El modelo de atención adoptado por la institución resulta aplicable en todos los Servicios ofrecidos.				
A3.4	Se evalúa sistemáticamente el funcionamiento y los resultados del modelo de atención y se adoptan las medidas correctivas que correspondan.				

					<ul style="list-style-type: none"> <li>seguridad para el paciente.</li> <li>Opcional: Otros Indicadores de Evaluación de los Resultados del Modelo de Atención, si se tienen.</li> </ul>
A4.1	La institución cuenta con un programa de educación continua o plan de formación que incluye la seguridad del paciente como uno de sus principales componentes.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos de Inducción, entrenamiento y reinducción, formalmente adoptados por la institución.</li> </ul>
A4.2	La formación de los clientes internos en materia de seguridad es una prioridad clara para la institución, y está alineada con su direccionamiento estratégico.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Planes o Programas de Educación Continua de los años 2011 y 2012.</li> </ul>
A4.3	El programa de educación continua o plan de formación cubre a todos los clientes internos, sin diferencias en su modalidad de vinculación.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados consolidados de las evaluaciones realizadas por la institución a sus programas de inducción, reinducción, entrenamiento y educación continua (Por ejemplo, mediciones de cobertura, eficacia de la capacitación medida en términos de aprobación de pruebas, satisfacción de los participantes en los procesos de entrenamiento, entre otras).</li> </ul>
A4.4	Los programas o procedimientos de inducción, entrenamiento y reinducción permiten mantener la cobertura y actualización de los conceptos claves sobre seguridad en todo el personal de la institución.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad de los soportes de las evaluaciones individuales que dan origen a los mencionados consolidados</li> </ul>
A4.5	Se cuenta con procesos de capacitación, inducción, entrenamiento y reinducción para los miembros de la Junta Directiva, los cuales incluyen temas relevantes sobre seguridad. Estos procesos pueden estar vinculados o ser independientes de los del resto de los clientes internos.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores que permitan valorar la Efectividad (Impacto) de los procesos de inducción, entrenamiento, reinducción y formación continua del cliente interno sobre aspectos prioritarios de la seguridad del paciente</li> </ul>
A4.6	Se evalúa sistemáticamente el funcionamiento y los resultados del plan o programa de educación continua y de los procesos de inducción, entrenamiento y reinducción, y se adoptan las medidas correctivas que correspondan.				
B1.1	La institución ha formulado una política de seguridad del paciente, política de seguridad asistencial o, simplemente, política de seguridad, alineada con su direccionamiento estratégico.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Política de Seguridad del Paciente, o declaración equivalente, incluida en el manual de políticas, o en un documento similar, formalmente adoptado por la institución</li> </ul>
B1.2	El proceso de formación de la política (formulación, validación y actualización) ha escuchado la voz del cliente interno, del cliente externo y de otros grupos de interés (Estado, clientes corporativos, proveedores y grupos sociales, si aplica).				<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores que permitan evaluar los resultados de la implementación de la política y de los planes, programas y proyectos derivados de la misma.</li> </ul>
B1.3	La política expresa el compromiso claro de los líderes y demás personal de la organización con la seguridad.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Soportes del proceso de formación, adopción y divulgación de la política de seguridad del paciente o declaración equivalente.</li> </ul>
B1.4	El plan de desarrollo o plan estratégico y los planes de acción vigentes en la institución contienen proyectos o líneas de trabajo claramente enfocados a desarrollar la política de seguridad				<ul style="list-style-type: none"> <li>Planes de acción o Planes Operativos 2011-2012.</li> </ul>
B1.5	Se garantiza la disponibilidad de los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios para cumplir con los compromisos establecidos en la política.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de desarrollo o plan estratégico vigente.</li> </ul>
B1.6	La política de seguridad se divulga sistemáticamente hacia los clientes internos y externos.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación de los recursos destinados a la seguridad del paciente durante 2011 y presupuesto de este rubro para 2012, con detalle de las principales inversiones en el tema.</li> </ul>
B1.7	Se evalúan sistemáticamente los resultados de la implementación de la política, y de los planes, programas y proyectos que de ella se derivan, y se adoptan las medidas correctivas que correspondan.				
B2.1	Se cuenta con procedimientos o mecanismos debidamente documentados e implementados, que favorecen la participación activa de los líderes de la institución en la implementación de la política de seguridad y en la ejecución, monitoreo y evaluación de los planes, programas y proyectos que de ella se derivan.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento, guía, modelo u otro elemento documental, formalmente adoptado por la institución, diseñado para garantizar la participación de los líderes en la implementación y seguimiento a los resultados de la política de seguridad.</li> </ul>
B2.2	Los líderes institucionales ejecutan actividades sistemáticas para conocer directamente la operación, fortalezas, riesgos y oportunidades de mejora, en materia de seguridad, tanto de las áreas asistenciales como de las administrativas.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimiento, guía, modelo u otro elemento documental, formalmente adoptado por la institución, diseñado para favorecer la interacción de los líderes con el personal de las áreas operativas.</li> </ul>
B2.3	La interacción de los líderes con las áreas operativas incluye el diálogo directo con los clientes internos y externos alrededor del tema de la seguridad.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Soportes de la ejecución de los procedimientos o guías descritos por la institución en relación con este estándar.</li> </ul>
B2.4	La presencia de los líderes en las áreas asistenciales y administrativas permite concertar compromisos y desencadenar procesos de mejoramiento sobre los riesgos identificados.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores que permitan monitorear la efectividad del compromiso y participación de los líderes en las acciones relacionadas con la mejora de la seguridad del paciente.</li> </ul>
B2.5	Se cuenta con indicadores fiables y válidos que permitan demostrar los resultados del compromiso y presencia de los líderes en las áreas operativas de la institución. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.				
B3.1	La institución cuenta con un programa permanente, debidamente documentado, amplio y sistemático, con estrategias encaminadas a fortalecer la cultura de la seguridad.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa, o elemento documental equivalente, encaminado a fomentar, mantener y profundizar la cultura de la seguridad del paciente en la institución.</li> </ul>
B3.2	El programa descrito permite promover el autocontrol y la autodisciplina en materia de seguridad, la identificación y control de los riesgos en las áreas de				<ul style="list-style-type: none"> <li>Soportes de la ejecución del programa de fomento de la cultura de la</li> </ul>

	trabajo y el reporte y análisis de los eventos adversos e incidentes que se puedan presentar.				<ul style="list-style-type: none"> <li>seguridad.</li> <li>Resultados consolidados de las mediciones de cultura de la seguridad durante 2011, y períodos previos, si se tienen.</li> <li>Indicadores obtenidos a partir de las mediciones descritas en el ítem anterior, o de otras fuentes, que permitan sustentar las mejoras en materia de cultura de la seguridad.</li> </ul>
B3.3	El programa descrito está a cargo de un líder o equipo de trabajo claramente identificados.				
B3.4	El programa descrito contempla la aplicación de incentivos y estímulos que permitan reconocer los logros en materia de cultura de la seguridad.				
B3.5	La institución cuenta con al menos un mecanismo validado para monitorear Periódicamente la cultura de la seguridad. Los resultados de la medición son utilizados para realimentar el programa de desarrollo de la cultura de seguridad.				
C1.1	Se utilizan al menos dos (2) datos diferentes para corroborar la identidad del usuario siempre que se va a realizar un procedimiento: toma o recepción de muestras de laboratorio, realización de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas y administración de medicamentos, productos biológicos, sangre o componentes sanguíneos.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos y guías de todos los servicios asistenciales que ofrece la institución, en los cuales se pueda observar la inclusión expresa de berreras de seguridad relacionadas con la correcta identificación de los usuarios.</li> </ul>
C1.2	El número de cama o de habitación no se consideran datos válidos para la Identificación de los usuarios.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Evidencias de la socialización o despliegue de estos procedimientos al personal que participa en los mismos</li> </ul>
C1.3	Los recipientes utilizados para recolectar muestras u otros especímenes de laboratorio son marcados en presencia del usuario.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores sobre incidentes y/o eventos adversos relacionados con fallas en la identificación de los usuarios.</li> </ul>
C1.4	Antes de iniciar una transfusión la verificación de la identidad del paciente es realizada por un mínimo de dos (2) miembros del equipo de salud y en presencia del usuario (Chequeo cruzado).				
C1.5	Se presta especial atención al manejo de la identidad en los recién nacidos y en general en los menores de edad que ingresan y egresan de la institución, a fin de evitar confusiones y raptos.				
C1.6	Se cuenta con indicadores fiables y válidos para evaluar el efecto de las medidas de identificación de los usuarios. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.				
C2.1	Se cuenta con pautas o lineamientos escritos y debidamente difundidos, que prohíban expresamente las órdenes verbales y las prescripciones telefónicas en todas las áreas de la institución. Para los casos de código azul se cuenta con mecanismos, como la repetición en voz alta de las órdenes recibidas, u otros, que permitan reducir los riesgos de eventos por fallas en la comunicación verbal.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos, pautas o lineamientos u otros elementos documentales, formalmente adoptados por la institución, en los cuales se prohíben las prescripciones verbales de tipo presencial o telefónico y el uso de abreviaturas o siglas no permitidas en la historia clínica.</li> </ul>
C2.2	Se han adoptado y divulgado lineamientos institucionales que prohíban expresamente el uso de abreviaturas o siglas en la historia clínica. Si la institución decide permitir el uso de algunas siglas y abreviaturas de uso común, se cuenta con un listado de las expresamente permitidas, el cual ha sido evaluado, avalado y divulgado por el Comité de Historias Clínicas para identificar y controlar los posibles riesgos derivados de su inadecuada utilización.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Otros documentos citados por la institución en su informe, que resulten congruentes con los fines de este estándar.</li> <li>Evidencias de las actuaciones institucionales ante incumplimientos en los mencionados lineamientos.</li> <li>Indicadores que midan la frecuencia de eventos adversos y/o incidentes atribuibles a fallas en la comunicación entre los miembros del equipo de salud.</li> </ul>
C2.3	Se aplican herramientas o estrategias institucionales y métodos o procedimientos de trabajo (identificadores, alarmas, entre otros.) que favorezcan la comunicación, la integración y la acción coordinada entre los miembros del equipo de salud y entre los diferentes servicios de la institución, a fin de velar por una atención continua y segura para sus usuarios.				
C2.4	Las herramientas y/o estrategias institucionales y los métodos o procedimientos de trabajo aplicados para favorecer la comunicación, apoyan también la coordinación con las entidades administradoras de planes de beneficios y con las demás instituciones que concurren en el cuidado del usuario.				
C2.5	Se presta especial atención a la comunicación y coordinación durante los traslados entre servicios y durante las remisiones, con el fin de controlar los posibles riesgos derivados de una información incompleta, imprecisa o equivocada.				
C2.6	Se cuenta con indicadores que permitan evaluar los efectos de las mejoras en la comunicación sobre la seguridad del paciente. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.				
C3.1	La institución ha definido un listado de las pruebas de laboratorio y demás ayudas diagnósticas que puedan considerarse como críticas desde el punto de vista de la oportunidad para el reporte de sus resultados.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Listado de ayudas diagnósticas críticas con sus correspondientes estándares de oportunidad, formalmente adoptado por la institución.</li> </ul>

C3.2	La institución ha establecido los tiempos máximos aceptables que pueden transcurrir entre la prescripción de ayudas diagnósticas consideradas como críticas y la toma o realización de las mismas, y entre la toma de la muestra o examen y el reporte de sus resultados, independientemente de que estos sean normales o anormales.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Estándar de oportunidad para ayudas diagnósticas no críticas cuando su resultado presenta alteraciones o anomalías.</li> <li>Indicadores de Oportunidad para pruebas críticas y no críticas.</li> </ul>
C3.3	La institución ha establecido los tiempos máximos aceptables que pueden transcurrir entre la toma o realización de aquellas ayudas diagnósticas consideradas como "no críticas" y el reporte de sus resultados cuando estos presentan alteraciones o anomalías.				
C3.4	La institución aplica métodos confiables de medición para evaluar el cumplimiento de los estándares de oportunidad mencionados. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.				
C4.1	La institución ha identificado los medicamentos de alto riesgo que utiliza, y ha definido e implementado protocolos de uso y otras medidas o barreras de seguridad que permitan controlar los riesgos inherentes a su utilización.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Listados de medicamentos de alto riesgo y medicamentos LASA, formalmente adoptados y difundidos por la institución. Procedimientos, pautas, lineamientos, o elementos documentales equivalentes, en los cuales se determinen explícitamente las medidas adoptadas con respecto a los medicamentos de alto riesgo y medicamentos LASA, a fin de prevenir incidentes y eventos adversos.</li> <li>Otros documentos, formalmente adoptados por la institución, encaminados a prevenir, desde el punto de vista procedimental, los riesgos señalados en el presente estándar.</li> <li>Indicadores que midan la frecuencia de eventos adversos y/o incidentes relacionados con la selección, recepción, almacenamiento, prescripción, distribución y administración de medicamentos.</li> </ul>
C4.2	La institución ha identificado un mínimo de 10 medicamentos con nombre o aspecto similar (Conocidos en la literatura como medicamentos LASA, por sus siglas en inglés: Look Alike Sound Alike), y ha definido e implementado medidas o barreras de seguridad que permitan controlar los riesgos derivados de posibles confusiones entre los mismos.				
C4.3	Tanto en los servicios hospitalarios, quirúrgicos y de urgencias, como en los ambulatorios, se han desarrollado e implementado procedimientos encaminados a identificar los medicamentos que el paciente está tomando actualmente (reconciliación medicamentosa) incluidos los denominados "de origen natural" con efecto farmacológico (cápsulas de ajo, vitamina E, omega 3 o 6, entre otros), con el fin de prevenir posibles interacciones medicamentosas y favorecer la continuidad del manejo, cuando corresponda.				
C4.4	Se cuenta con lineamientos que prohíban expresamente la fragmentación de medicamentos cuando ello ocasione pérdida de identidad del producto y, por consiguiente riesgos de utilización del medicamento equivocado.				
C4.5	Se cuenta con procedimientos y facilidades para rotular cualquier medicamento que se envase por fuera de su recipiente o empaque original. Los rótulos deben contener información relevante, según los riesgos inherentes a cada medicamento				
C4.6	Se cuenta con lineamientos precisos que establezcan que los medicamentos que van a permanecer durante más de 10 minutos por fuera de su envase o empaque original (En jeringas, soluciones para infusión venosa, entre otros) están debidamente marcados e identificados desde su extracción del envase o empaque original hasta terminar su administración al paciente.				
C4.7	La marcación de los medicamentos y soluciones es verificada visual y verbalmente por 2 personas calificadas cuando quien prepara la solución o el medicamento es diferente a quien lo va a administrar.				
C4.8	Se cuenta con lineamientos precisos que establezcan que los medicamentos encontrados sin rotular o aquellos cuya identidad tiene algún riesgo de imprecisión deben ser descartados inmediatamente.				
C4.9	Tanto en los servicios hospitalarios, quirúrgicos y de urgencias, como en los ambulatorios en los cuales se prescriben medicamentos, se utilizan mecanismos que favorezcan la adherencia del paciente al tratamiento en condiciones de continuidad y seguridad. Al momento del egreso o finalización de su atención, el paciente recibe una lista legible con los medicamentos que conforman su tratamiento, y con instrucciones precisas y entendibles para su administración.				
C4.10	Se dispone de indicadores fiables y válidos para evaluar el efecto de estas medidas sobre la seguridad en el uso de medicamentos. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.				

C5.1	La entidad ha diseñado y adoptado lineamientos sobre la higiene de manos, con base en las pautas impartidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) u otros organismos técnicos reconocidos.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos, guías, protocolos, o documentos equivalentes, formalmente adoptados por la institución, que permitan desarrollar los lineamientos contenidos en este estándar.</li> </ul>
C5.2	La institución ha desarrollado e implementado un manual de limpieza y desinfección, o documento equivalente, en el cual se incorporan las recomendaciones del CDC 2008 (Documento de Referencia 1) u otra evidencia relevante.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores: Índice de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (Denominador: Total de egresos) y/o Tasa de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (Denominador: Total de Días Estancia); índice de infecciones de sitio operatorio, además de las tasas específicas para eventos trazadores como la infección de vías urinarias asociada al uso de sonda vesical, la neumonía asociada al uso de ventilador, la bacteremia asociada al uso de catéter central y la peritonitis asociada a diálisis peritoneal, según portafolio de servicios y nivel de complejidad de la institución</li> </ul>
C5.3	La entidad ha adoptado y aplica Buenas Prácticas de Esterilización basadas en evidencia (Ver también Documento de Referencia 1).				
C5.4	Se cuenta con procedimientos para el aislamiento de pacientes, cuyas precauciones están basadas en evidencia o en las recomendaciones más recientes del CDC o de otras autoridades internacionales en la materia (Documento de Referencia 2).				
C5.5	La institución cuenta con una política de profilaxis antibiótica actualizada, basada en evidencia y avalada por infectólogo, y evalúa la adherencia del equipo de salud a sus pautas (indicación, antibiótico, dosis, momentos de administración, vía, etc.)				
C5.6	Se han adoptado protocolos o procedimientos, basados en evidencia, que permitan prevenir la Infección de vías urinarias asociada al uso de sonda vesical (Documento de Referencia 3), la infección de sitio operatorio, la neumonía asociada al uso de ventilador, la bacteremia asociada al uso de catéter central y la peritonitis asociada a diálisis peritoneal, según aplique.				
C5.7	Se han implementado medidas tendientes a prevenir la diseminación de infecciones respiratorias agudas hacia los usuarios de los servicios en todas las áreas de la institución, incluidas las salas de espera (Protocolo o Etiqueta de Higiene Respiratoria incluido en el Documento de Referencia 2).				
C5.8	Se cuenta con procedimientos estandarizados para la detección e investigación de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.				
C5.9	Se dispone de indicadores que permitan evaluar la eficacia de las medidas de prevención, detección y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.				
C6.1	Los procedimientos asistenciales incluyen medidas y advertencias tendientes a minimizar el riesgo de caídas y demás accidentes en los usuarios y otros visitantes de la institución.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos y guías de todos los servicios asistenciales que ofrece la institución, en los cuales se pueda observar la inclusión expresa de advertencias o recomendaciones que actúen como barreras de seguridad para prevenir caídas y otros accidentes a los usuarios y visitantes.</li> </ul>
C6.2	Se han identificado y corregido las posibles deficiencias en la infraestructura física, señalización, muebles y equipos de la institución que puedan generar riesgos de caída o de otros accidentes similares.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores: Índice de Caídas de pacientes (Denominador: Total de Egresos) y/o Tasa de caídas de pacientes (Denominador: Total de días estancia), además de otro u otros indicadores que permitan registrar accidentes diferentes a caídas.</li> </ul>
C6.3	Se cuenta con mecanismos para identificar y controlar los riesgos en aquellos usuarios que en razón de su edad, condición clínica, tratamiento que están recibiendo u otros factores, pudieran presentar un mayor riesgo de caídas u otros accidentes similares.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Guías, protocolos u otros documentos, formalmente adoptados por la institución, en los cuales se impartan lineamientos de respuesta rápida y manejo de las caídas y otros accidentes.</li> </ul>
C6.4	Se cuenta con guías de respuesta rápida o mecanismos similares para manejar correctamente este tipo de situaciones cuando se presenten.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Autoevaluaciones o informes diagnósticos, y planes de intervención, sobre los factores de riesgo identificados en la institución como condicionantes de caídas y otros accidentes.</li> </ul>
C6.5	Se dispone de indicadores fiables y válidos para evaluar el efecto de las medidas de seguridad sobre las caídas y demás accidentes similares en usuarios, familiares y otros visitantes de la institución. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.				
C7.1	Los procedimientos prequirúrgicos incluyen la verificación del paciente correcto, procedimiento correcto y sitio correcto durante las consultas prequirúrgica y preanestésica, al momento de la programación quirúrgica, en la admisión y al ingreso al quirófano y en cada momento en que la responsabilidad del cuidado del paciente sea transferida entre servicios.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos, guías, protocolos u otros documentos formalmente adoptados por la institución que permitan sustentar el desarrollo de los criterios de este estándar.</li> </ul>
C7.2	La institución ha implementado la lista de chequeo para la seguridad quirúrgica recomendada por la OMS ( <i>Surgical Safety Checklist</i> ) o un instrumento similar que permita realizar las verificaciones críticas tendientes a evitar los principales errores que ocurren antes, durante e inmediatamente después de una intervención quirúrgica.				<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicador: Índice de eventos adversos quirúrgicos, el cual debe incluir el número de procedimientos equivocados, o en sitio equivocado o al paciente equivocado, por cada 1.000 pacientes intervenidos, u otros indicadores con los que cuente la institución sobre este tema.</li> </ul>

C7.3	Se tiene un procedimiento estandarizado para marcar el sitio operatorio en caso de intervenciones en órgano o miembro homólogo. El procedimiento contiene lineamientos para evitar ambigüedades o imprecisiones en la marcación				
C7.4	En el caso de procedimientos quirúrgicos o radiográficos de columna, la marcación debe señalar exactamente el nivel vertebral donde se realizará la incisión o intervención.				
C7.5	Se cuenta con procedimientos alternativos para realizar la marcación cuando el usuario se niega a ser marcado con la técnica convencional o cuando se presentan dificultades debidas al sitio anatómico o características específicas del paciente.				
C7.6	La atención quirúrgica incluye el procedimiento de conciliación en instancia previa (Pausa quirúrgica o Time Out), consistente en la corroboración independiente por cada uno de los miembros del equipo operatorio (anestesiólogo, cirujano, ayudante quirúrgico, instrumentador y circulante) del procedimiento y sitio operatorio. En caso de discrepancias, no se iniciará el procedimiento hasta tanto se hayan aclarado tales discrepancias.				
C7.7	Se dispone de indicadores fiables y válidos para evaluar el efecto de estas medidas sobre la seguridad de la atención quirúrgica. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.				
C8.1	Los procedimientos asistenciales incluyen lineamientos para involucrar al usuario y su familia en la seguridad.				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos, guías, protocolos u otros documentos formalmente adoptados por la Institución que permitan sustentar el desarrollo de los criterios de este estándar.</li> <li>• Indicadores que permitan demostrar la participación del usuario y su familia en la prevención de eventos adversos, además de un indicador que permita monitorizar la frecuencia con la cual se comunica formalmente la ocurrencia de eventos adversos.</li> </ul>
C8.2	La institución fomenta entre sus usuarios una actitud de colaboración activa frente a su propio proceso de atención. Esta actitud incluye la exposición de todas sus dudas e inquietudes, el reporte de toda la información relevante para su atención y la indagación respetuosa sobre las pruebas y procedimientos que se le realicen.				
C8.3	Se educa y se entrena a los familiares y demás acompañantes del usuario sobre los riesgos generales del proceso de atención y los específicos del paciente, con el propósito de involucrarlos en su protección y cuidado, y evitar los posibles eventos adversos.				
C8.4	Las actividades de orientación, educación y entrenamiento al usuario y su familia están estandarizadas y cuentan, cuando es necesario, con materiales de apoyo.				
C8.5	Se presta especial atención a la educación y entrenamiento a los familiares y demás cuidadores para formar en ellos las competencias necesarias para el cuidado en casa, en aquellos casos en los cuales el usuario tendrá una recuperación prolongada, de manera que se eviten los riesgos de eventos adversos en el entorno domiciliario.				
C8.6	Se ha implementado un procedimiento, guía o documento equivalente, formalmente adoptado por la institución, que establezca mecanismos explícitos para comunicar al paciente y su familia, cuando en su caso ha ocurrido un evento adverso.				
C8.7	Se dispone de indicadores fiables y válidos para evaluar el efecto de estas medidas sobre la seguridad de la atención y la satisfacción de los usuarios. Los resultados de estos indicadores son analizados sistemáticamente y se adoptan las medidas correspondientes.				
D1.1	Se garantiza el cumplimiento de las normas de afiliación a la seguridad social para todos los clientes internos.				
D1.2	El programa de salud ocupacional adoptado por la institución cumple con todos los lineamientos legales vigentes.				
D1.3	El programa de educación continua adoptado por la institución incluye componentes específicos relacionados con la salud ocupacional y la seguridad industrial.				
D1.4	El programa de salud ocupacional incluye estrategias claras para la prevención de los accidentes de riesgo biológico.				
D1.5	Se han adoptado medidas tendientes a proteger a los clientes internos contra posibles agresiones externas por agentes violentos.				
D1.6	Se cuenta con facilidades estructurales para salvaguardar las pertenencias de los clientes internos contra posibles pérdidas accidentales o intencionales.				

## Anexo 2 INFORMACIÓN SENSIBILIZACIÓN PAMEC



Fuente: Fundamentos de acreditación. Sandra I. Rozo B. Consultora Dirección General de Calidad

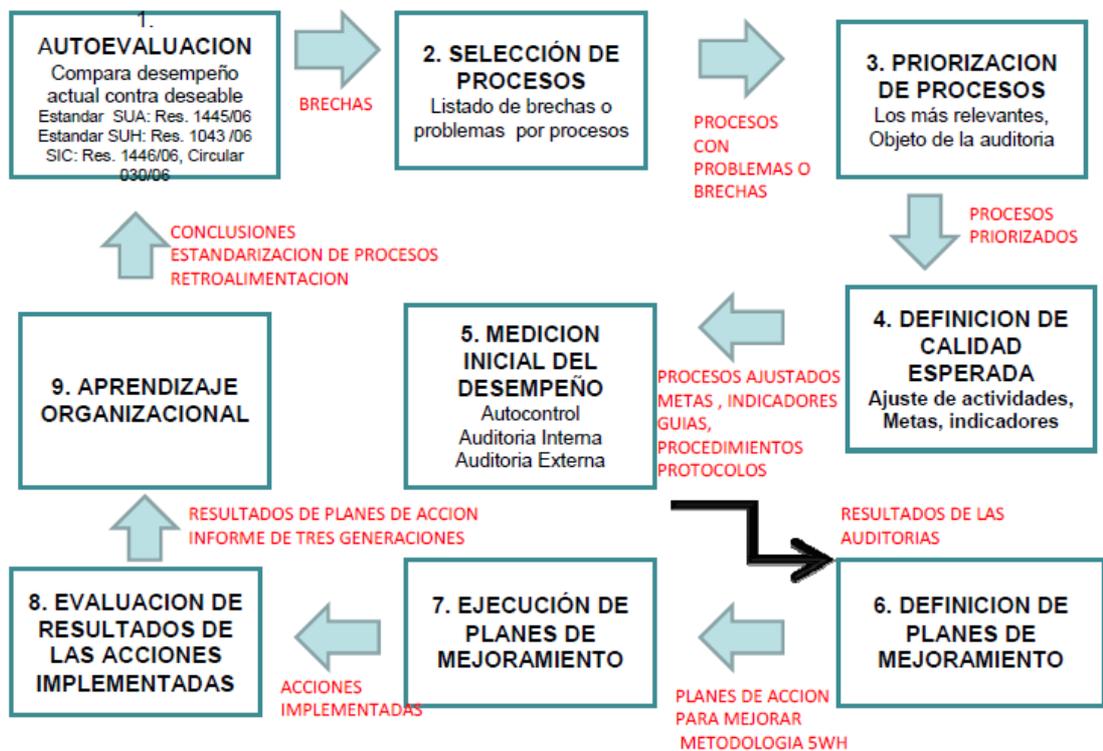
No son piezas individuales: Son un conjunto armónico e integrado de instrumentos. Cada instrumento cumple un papel dentro del sistema de incentivos y estrategias

**Acreditación:** Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de las organizaciones de salud, orientado a garantizar y mejorar la calidad de los servicios, mediante la aplicación de un conjunto de estándares óptimos y factibles de alcanzar previamente conocidos por las entidades evaluadas.

### Definición PAMEC

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, es uno de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, y se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC – es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

## Ruta crítica



Fuente: Presentación Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Amparo Rueda de Chaparro. Especialista en Auditoría en Salud. 2009

## Autoevaluación

Es el diagnóstico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la organización, o los aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad, tienen determinante importancia para la organización y son susceptibles de mejoramiento. Deberá ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación.

Metodología Autoevaluación:

- Organización de los grupos de trabajo
- Definición de sitios de reuniones, cronograma, materiales, etc.
- Lectura general de los estándares
- Lectura del proceso a analizar por cada grupo
- Identificación de oportunidades de mejora según estándares acogidos
- Definición del coordinador para presentar el informe sobre la autoevaluación por grupos

- Puesta en común de los hallazgos de la autoevaluación por el coordinador de cada grupo.
- Cierre por parte de la Gerencia.
- Definición de personas responsables de la redacción del informe final y fecha de entrega.
- Presentación del informe.

Análisis del estándar:

- Leer el Propósito
- Leer el Grupo de Estándares
- Identificar los Procesos que llevan al cumplimiento del Grupo
- Preguntarse por las fortalezas y oportunidades de mejora
- Identificar cuáles son las evidencias que soportan su cumplimiento

Fuentes:

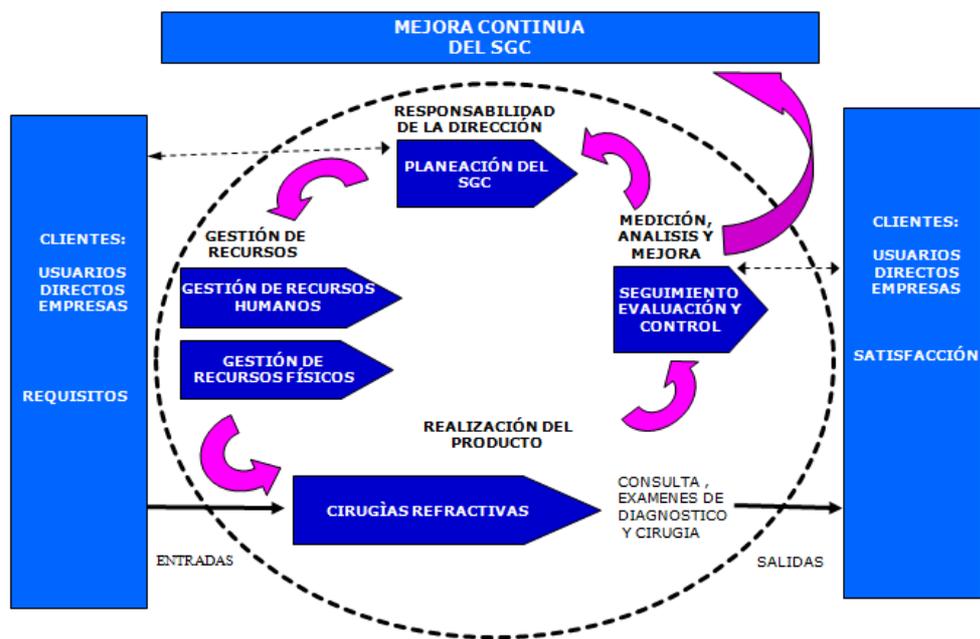
Sitio web Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud (SOGCS)

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Pautas de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

Fundamentos de acreditación. Sandra I. Rozo B. Consultora Dirección General de Calidad

Anexo 3 MAPA DE PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LASER EXCIMER S.A.



Fuente: Plataforma estrategia Institución Láser Excimer S.A. 2011

Anexo 4 FORMATO SELECCIÓN DE PROCESOS

SELECCIÓN DE PROCESOS						
PAMEC						
INSTITUCIÓN: Laser Excimer			CÓDIGO: 02		PAGINAS: 2	
FECHA: Marzo 25 de 2011			ELABORADO POR: Cyntia Teresa Mogollón			
<b>Identifique el proceso al que pertenece cada oportunidad de mejora según sean parte de la función o del ciclo PHVA correspondiente al proceso.</b> <b>C:</b> Comunicación, oportunidades de mejora relacionados con la comunicación entre los participantes de cada proceso. <b>I:</b> Información, oportunidades de mejora relacionadas con la divulgación de información de forma oportuna y pertinente. <b>Ciclo PHVA:</b> Oportunidades de mejora correspondiente a cada una de las etapas Planear, Hacer, Verificar o Actuar.						
OPORTUNIDAD DE MEJORA	PROCESO	FUNCION		PROCESO		
		C	I	P	H	V
Documentar el Procedimiento de vigilancia y seguridad (manual de vigilancia y seguridad de los usuarios)						
Documentar los planes de trabajo en cronogramas con especificación de las tareas a realizar con sus respectivos responsables.						
Socializar el protocolo de atención integral.						
Evaluar el modelo de atención y plantear correcciones donde se evidencien factores diferenciadores que contribuyan a la mejora de la seguridad.						
Planear e implementar un programa de educación continua para los empleados de la institución, donde se plantee como principal compromiso la seguridad del paciente y del que hagan parte todos clientes internos sin distinción de vinculación						
Construir indicadores para valorar el plan de inducción, entrenamiento y reinducción del programa de educación continua.						
Plantearse una política de seguridad del paciente según el direccionamiento estratégico						
Implementar un plan estratégico completo enfocado a desarrollar una política de seguridad.						
Plantearse una política de seguridad del paciente según el direccionamiento estratégico						
Incluir entre los procesos gerenciales la participación de los líderes de la institución						
Incluir entre los procesos gerenciales una forma de interacción directa con los clientes externos por parte de los líderes sobre la seguridad.						
Construir indicadores para medir el compromiso de los líderes en área operativa.						
Planear e implementar un programa para fortalecer la cultura de la seguridad.						
Evaluar el protocolo de atención al usuario y realizar las respectivas correcciones de modo que se tenga en cuenta el manejo de la identidad de los menores de edad que ingresan a la institución.						
Construir indicadores para evaluar las medidas de identificación de los usuarios.						
Implementar el uso de memorandos evitando el uso de órdenes verbales o telefónicas para ningún caso.						
Unificar las abreviaturas a utilizar o prohibir el uso de las mismas según el riesgo que represente para el paciente en la atención.						
Desarrollar estrategias para promover la comunicación entre los miembros del equipo de salud y demás empleados.						
Construir indicadores para evaluar la comunicación sobre la seguridad del paciente.						
Evaluar los protocolos de realización de exámenes e incluir los tiempos estipulados para la realización de los mismos según represente un riesgo para el paciente.						
Construir indicadores o plantear métodos para evaluar el cumplimiento de los estándares de oportunidad para las ayudas diagnósticas.						



## Anexo 5 DEFINICIÓN FACTORES DE ÉXITO

**Responsabilidad frente al seguimiento a riesgo:** Garantizar que se detectan y analizan los posibles riesgos para el paciente, disminuir la ocurrencia de eventos adversos mediante la implementación de medidas correctivas y estrategias de prevención.

**Atención segura:** Prestar una atención segura para todos los usuarios de la institución, lo cual contribuye a un aumento de la **calidad de la atención**.

**Oportunidad de ayudas diagnosticas:** Prestar el servicio de ayudas diagnosticas de forma oportuna y puntual aumentando la percepción de **calidad de la atención** en el usuario.

**Acompañamiento administrativo:** Procurar por un trabajo integral en la institución con participación de todos sus procesos desde asistenciales hasta administrativos que promueva la Rentabilidad social mediante la prestación de servicios que brinden beneficios a la comunidad.

**Capacitación a los clientes:** Garantizar la prestación de servicios con excelentes profesionales de salud, personal administrativo y demás personal, incentivando la educación continua y brindando capacitación a través del tiempo, propendiendo por la **Satisfacción del cliente interno y externo**.

**Sostenibilidad financiera:** Hacer un uso adecuado de los recursos de la institución, evitando los **Costos de la mala calidad** y permitiendo inversiones en pro de la crecimiento institucional.

Anexo 6 FORMATO PRIORIZACIÓN DE PROCESOS OBJETO DE MEJORA

PRIORIZACIÓN DE PROCESOS OBJETO DE MEJORA								
PAMEC								
INSTITUCIÓN: Laser Excimer				CÓDIGO: 03		PAGINA: 1		
FECHA: Marzo 25 de 2011				ELABORADO POR: Cyntia Teresa Mogollón Jaimes				
De un puntaje de 1 a 5 respondiendo a la pregunta: ¿Si mejoro a corto plazo las oportunidades de mejora en el proceso de _____ que tanto impacta la _____ en la institución? Posteriormente multiplique horizontalmente para obtener el valor de impacto total y pueda dar un orden de importancia.								
PROCESO	Responsabilidad Seguimiento Riesgo	Atención segura	Oportunidad ayudas Dx	Acompañamiento admon	Capacitación a los clientes	Sostenibilidad financiera	Total	Orden

Anexo 7 FORMATO DESDOBLAMIENTO DE LA CALIDAD

DESDOBLAMIENTO DE LA CALIDAD				
PAMEC				
INSTITUCIÓN: Laser Excimer		CÓDIGO: 04		PAGINA: 1
FECHA: Abril 15 de 2011		ELABORADO POR: Cynthia Teresa Mogollón Jaimes		
Identifique los clientes del proceso, las necesidades de estos y las características con las que deben presentarse el producto o servicio necesario.				
<b>Proceso:</b>				
Usuario/cliente	Necesidades y expectativas	Características del servicio	Características del proceso	Indicadores de gestión

### Que es un indicador

Es una expresión matemática que permite medir una variable.

### Los indicadores nos permiten

- Medir “lo bien ejecutado”
- Elaborar criterios de evaluación
- Fijar estándares de atención
- Diseñar un programa de corrección

### Características de un indicador

- **Fiable:** capacidad del indicador de producir los mismos resultados con la misma información así sea diferente evaluador.
- **Valido:** mide lo que quiere medir y no otra cosa.
- **Sensible:** es capaz de percibir cambios en la calidad falsos (-)
- **Específico:** No se deja afectar por otros fenómenos falsos (+)

### Tipos de indicadores

- **Proporción:** es la relación entre una parte y el todo.
- **Promedio:** es la relación entre la sumatoria y el total de mediciones que lo asignan.
- **Índice:** es una relación entre el número de casos o eventos y el total de sujetos que estuvieron en riesgo.
- **Razón:** relación entre 2 cantidades de naturaleza diferente.
- **Tasa:** forma especial de índice pero incluye la variable tiempo.

### Que puedo medir con cada indicador

INDICADOR	OPORTUNIDAD/P UNTUALIDAD	PERTINENCIA	CONTINUIDAD	SEGURIDAD	EFICIENCIA	SATISFACCIÓN
PROPORCIÓN	X	X	X	X	X	X
PROMEDIO	X					X
ÍNDICE			X	X	X	
TASA				X		
RAZÓN				X		X

### ¿Cómo formular los indicadores?

- El primer paso en la formulación es identificar que queremos describir. Para ello hay que retomar los estándares de calidad y los resultados esperados.
- Una vez que sabemos que queremos medir, debemos describir y formular el indicador.

- El indicador puede ser uno que ya se utiliza regularmente en el programa o servicio de atención, aunque es mejor que sea creado por el equipo y ser específico al proceso de mejoramiento de la calidad que se está implementando.
- Ya descrito el indicador, se procede a formular como será operacionalizarlo.

### FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

<b>DATOS CORPORATIVOS</b>	<b>CÓDIGO DEL INDICADOR:</b>	IOP 01
	<b>NOMBRE DEL INDICADOR:</b>	Promedio días de espera para la asignación de cita
	<b>APROBADO POR:</b>	Gerente Bonsalud
	<b>FECHA ACTUALIZACIÓN:</b>	Junio 17 de 2011
<b>ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA</b>	Oportunidad asignación cita en el servicio de salud oral	
<b>FÓRMULA DEL INDICADOR</b>	Sumatoria días espera para asignación de cita total de pacientes que solicitaron cita	
<b>METAS DEL INDICADOR</b>	<b>SOBRESALIENTE:</b>	<3 días
	<b>ACEPTABLE:</b>	3 – 5 días
	<b>NO CUMPLIDA:</b>	>5 días
<b>FUENTES DE LOS DATOS</b>	<b>NUMERADOR:</b>	Número de días espera para la asignación de la cita. Tabulación encuesta satisfacción pregunta #1. SIS de odontología
	<b>DENOMINADOR:</b>	Total de pacientes que solicitaron cita. Tabulación encuesta satisfacción. SIS de odontología
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	<b>NUMERADOR:</b>	Datos de pacientes que por motivos personales no tomaron la cita más próxima.
	<b>DENOMINADOR:</b>	Pacientes que por motivos personales no tomaron la cita más próxima.
<b>RESPONSABLES</b>	<b>DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS:</b>	Auxiliar odontología
	<b>DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR:</b>	Auxiliar odontología
	<b>DE LA TOMA DE DECISIONES:</b>	Gerente Bonsalud
<b>PERIODICIDAD DEL INDICADOR</b>	Mensual	
<b>NIVELES DE DESAGREGACIÓN</b>	Ninguno	

Fuente:

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá. 2007

Anexo 9 FORMATO PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS

PROGRAMACIÓN DE AUDITORIAS PAMEC									
INSTITUCIÓN: Laser Excimer					CÓDIGO: 05			PAGINA: 1	
FECHA: Abril 29 de 2011					ELABORADO POR:				
PROCESO A AUDITAR	OBJETIVO Y ALCANCE	CRITERIOS DE AUDITORIA	FECHA		EQUIPO	LUGAR	DURACIÓN	RECURSOS	OBSERVACIÓN
			INICIA	FINALIZA					
ELABORADO POR:					APROBADO POR:				

Anexo 10 FORMATO PLANEACIÓN DE AUDITORIAS

PLANEACION DE AUDITORIAS PAMEC					
INSTITUCIÓN: Laser Excimer			CÓDIGO: 06	PAGINA: 1	
FECHA: Abril 30 de 2011			ELABORADO POR:		
PROCESO OBJETO DE MEJORA:			CRITERIOS:		
OBJETIVO:					
ALCANCE:			METODOLOGÍA:		
LUGAR:					
QUÉ (ACTIVIDADES)	CÓMO (TÉCNICAS DE APOYO)	QUIÉN (EQUIPO AUDITOR)	CUÁNDO (FECHA DE INICIO- TERMINACIÓN)	DÓNDE (ÁREA O PROCESO)	OBSERVACIONES
AUDITORES:					

### **DEFINICIÓN DE BRECHA:**

En el diccionario de la RAE la brecha se define como: Rotura o abertura irregular, especialmente en una pared o muralla. Rotura de un frente de combate. Resquicio por donde algo empieza a perder su seguridad, homologando esta definición con el tema de calidad podríamos decir que una brecha de calidad es: es la distancia entre lo que se quiere hacer y lo que se hace en realidad (diferencia entre la calidad esperada y la calidad observada).

Ya teniendo definida que es una brecha de calidad ahora nos centraremos en estrategias que nos ayudan para identificarlas y clasificarlas.

### **LLUVIA DE IDEAS:**

Es una técnica de grupo para generar ideas originales en un ambiente relajado. Fue creada en 1941 por Alex Osborne. Se utiliza para liberar la creatividad de los equipos, generar un número extenso de ideas, involucrar a todos en el proceso y la que es de interés en este momento que es identificar oportunidades para mejorar. Para utilizar esta técnica hay tres maneras:

#### **1. No estructurada:**

- Se elige un facilitador: se encargara de escribir todas las ideas.
- Se escribe en un tablero una frase que represente el problema o el asunto de la discusión.
- Se escribe las ideas de cada participante con el menor número posible de palabras y evitando la repetición de ideas, no se debe interpretar o cambiar las ideas.
- Se debe establecer un tiempo límite. Máximo 25 minutos.
- Los miembros del grupo y el facilitador nunca deben criticar las ideas.

- Revisar la lista para verificar su comprensión.
- Eliminar las duplicaciones, problemas no importantes y aspectos no negociables. Llegar a un consenso sobre los problemas que parecen redundantes o no importantes.

## **2. Estructurada:**

Se toma la misma dinámica que la no estructurada con la diferencia consiste en que cada miembro del equipo presenta sus ideas en un formato ordenado (ej. De izquierda a derecha). Se puede ceder el turno si no se tiene una idea en ese momento.

## **3. Silenciosa**

Los participantes escriben las ideas en un papel y cambia de hoja con un compañero y escribe otra idea este proceso se repite por un lapso de tiempo de 30 minutos y permite a los participantes construir sobre las ideas de otros y evitar conflictos entre los miembros.

Esta estrategia la podemos relacionar con otras herramientas: diagrama de afinidad, diagrama de causa efecto, análisis del campo de fuerzas, entre otras.

## **DIAGRAMA DE CAUSA EFECTO**

El Diagrama Causa-Efecto es una representación gráfica que muestra la relación cualitativa e hipotética de los diversos factores que pueden contribuir a un efecto o fenómeno. Muestra las interrelaciones entre un efecto y sus posibles causas de forma ordenada, clara, precisa y de un solo golpe de vista, permitiendo una mejor comprensión del fenómeno e estudio, incluso en situaciones muy complejas.

La utilizamos de la siguiente manera:

- Definir el efecto cuyas causas han de ser identificadas.
- Dibujar el eje central y colocar el efecto dentro de un rectángulo al extremo derecho del eje.
- Identificar las posibles causas que contribuyen al efecto del o fenómeno de estudio.
- Identificar las posibles causas que contribuyen al efecto del fenómeno de estudio e incluirlas en el diagrama.
- Añadir causas para cada rama principal.
- Anadir causas subsidiarias para las subcausas anotadas.
- Comprobar la validez lógica de cada cadena causal y hacer eventuales correcciones.
- Comprobar la integración del diagrama.
- Conclusión y resultado.

Su utilización ayuda a organizar la búsqueda de causas de un determinado fenómeno pero no las identifica y no proporciona respuestas a preguntas. Es útil para desarrollar teorías, representar y contrastar su consistencia lógica, pero no sustituye su comprobación empírica y se Obtiene una estructuración lógica de muchas ideas "dispersas", como una lista de ideas resultado de una Lluvia de Ideas.

## **ESTRATIFICACIÓN**

Es la separación de datos en categorías o clases que comparten unas características comunes que definen la categoría. Es la base para otras herramientas, como el análisis de pareto y se utiliza conjuntamente con otras herramientas como diagramas de dispersión.

## **HOJAS DE VERIFICACIÓN DE DATOS**

Se utilizan para recolección de datos de manera cuidadosa y exacta. La idea es facilitar las tareas de recogidas de información, evitar posibles errores en esta recolección y permitir el análisis rápido de los datos.

## **DIAGRAMA DE PARETO**

Es una representación gráfica de los datos obtenidos sobre un problema, que ayuda a identificar cuáles son los aspectos prioritarios que hay que tratar.

Su fundamento parte de considerar que un pequeño porcentaje de las causas, el 20%, producen la mayoría de los efectos, el 80%. Se trataría pues de identificar ese pequeño porcentaje de causas “vitales” para actuar prioritariamente sobre él.

Los pasos para realizar un diagrama de Pareto son:

- Determinar el problema o efecto a estudiar.
- Investigar los factores o causas que provocan ese problema y como recoger los datos referentes a ellos.
- Anotar la magnitud (por ejemplo: euros, número de defectos, etc.) de cada factor. En el caso de factores cuya magnitud es muy pequeña comparada con la de los otros factores incluirlos dentro de la categoría “Otros”.
- Ordenar los factores de mayor a menor en función de la magnitud de cada uno de ellos.
- Calcular la magnitud total del conjunto de factores.
- Calcular el porcentaje total que representa cada factor, así como el porcentaje acumulado.

El primero de ellos se calcula como:

$$\% = (\text{magnitud del factor} / \text{magnitud total de los factores}) \times 100$$

El porcentaje acumulado para cada uno de los factores se obtiene sumando los porcentajes de los factores anteriores de la lista más el porcentaje del propio factor del que se trate.

- Dibujar dos ejes verticales y un eje horizontal. Situar en el eje vertical izquierdo la magnitud de cada factor. La escala del eje está comprendida entre cero y la magnitud total de los factores. En el derecho se representan el porcentaje acumulado de los factores, por tanto, la escala es de cero a 100. El punto que representa a 100 en el eje derecho está alineado con el que muestra la magnitud total de los factores detectados en el eje izquierdo. Por último, el eje horizontal muestra los factores empezando por el de mayor importancia.
- Se trazan las barras correspondientes a cada factor. La altura de cada barra representa su magnitud por medio del eje vertical izquierdo.
- Se representa el gráfico lineal que representa el porcentaje acumulado calculado anteriormente. Este gráfico se riga por el eje vertical derecho.
- Escribir junto al diagrama cualquier información necesaria, sea sobre el diagrama o sobre los datos.

### **MATRIZ 5W1H**

5W1H significa las seis palabras con que comienzan las preguntas que deben responderse para describir correctamente un hecho: qué, cuándo, dónde, quién, por qué y cómo (what, when, where, who, why y how). Se recomienda que Los participantes sigan y formulen estas preguntas para comprender los hechos sin omisión alguna.

Fuentes:

GESTION CALIDAD CONSULTING Herramientas de calidad [en línea] <http://www.gestion-calidad.com/herramientas-calidad.html> [Citado el 6 de mayo de 2011]

Cátedra de Calidad Volkswagen Navarra Herramientas de calidad [en línea] <http://www.gestion-calidad.com/herramientas-calidad.html> [Citado el 6 de mayo de 2011]



Anexo 13 FORMATO ACCIONES DE MEJORA

ACCIONES DE MEJORA PAMEC					
INSTITUCIÓN: Laser Excimer			CÓDIGO: 08		PAGINA: 1
FECHA: Mayo 10 de 2011			ELABORADO POR: David Monsalve López		
Enumere las acciones de mejora por secuencia cronológica o por importancia e identifique las actividades que requerirá su implementación					
PROBLEMA IDENTIFICADO:					
OBJETIVO:					
Actividades por secuencia e importancia	Verificación del cumplimiento de la actividad	Recursos		Tiempo requerido	Responsables
		Existentes	Adicionales		





Anexo 16 FORMATO DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS PAMEC			
INSTITUCIÓN: Laser Excimer		CÓDIGO: 11	PAGINA: 1
FECHA: Mayo 21 de 2011		ELABORADO POR: David Monsalve López	
Identifique ¿Qué se planeo? ¿Qué se ejecutó? y ¿Cuáles fueron los resultados?			
OBJETIVO #		DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO:	
META:		MEDIDA:	RESPONSABLE:
METAS PLANEADAS PARA EL PERIODO	RESULTADOS LOGRADOS	POR EJECUTAR	PROBLEMAS QUE DIFICULTAN EL CUMPLIMIENTO DE LA META FINAL

Anexo 17 FORMATO ESTANDARIZACIÓN

ESTANDARIZACIÓN PAMEC						
INSTITUCIÓN: Laser Excimer			CÓDIGO: 12		PAGINA: 1	
FECHA: Mayo 28 de 2011			ELABORADO POR: David Monsalve López			
LASER EXCIMER						
NOMBRE DEL ÁREA:						
PROCESO:			CÓDIGO:		PÁGINA:	
RESPONSABLE:			FECHA ACTUALIZACIÓN:			
FLUJOGRAMA	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	COMO	PORQUE
<pre> graph TD     Start([Start]) --&gt; Step1[ ]     Step1 --&gt; Step2[ ]     Step2 --&gt; Step3{ }     Step3 --&gt; Step4[ ]     Step4 --&gt; End([End])                     </pre>						

Anexo 18 FORMATO PROCEDIMIENTO OPERACIONAL

<b>PROCEDIMIENTO OPERACIONAL PAMEC</b>		
<b>INSTITUCIÓN:</b> Laser Excimer		<b>CÓDIGO:</b> 13
<b>FECHA:</b> Mayo 28 de 2011		<b>ELABORADO POR:</b> David Monsalve López
<b>PAGINA:</b> 1		
Explique en detalle todo lo relacionado con la tarea		
<b>ÁREA:</b>		
<b>PROCEDIMIENTO OPERACIONAL</b>		
<b>PROCESO:</b>	<b>FECHA:</b>	
<b>TAREA:</b>	<b>CÓDIGO:</b>	
<b>RESPONSABLE:</b>	<b>REVISIÓN:</b>	
<b>CONDICIONES Y MATERIALES NECESARIOS</b>		
<b>DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>		
<b>MANEJO DE MATERIALES</b>		
<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>		
<b>ACCIONES CORRECTIVAS</b>		

