

MANUAL DE PREPARACIÓN

Para la Certificación de Hospitales
y Direcciones Provinciales de Salud
como Centros de Excelencia
Materno-Infantil



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



República Dominicana

VMGC Viceministerio de
Garantía de la Calidad

MSP/VGC-M02-13





MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

**Manual de Preparación
para la Certificación de Hospitales
y Direcciones Provinciales de
Salud como Centros de Excelencia
Materno-Infantil**

Santo Domingo, D. N.
2013

Este trabajo fue posible gracias al apoyo generoso provisto por el pueblo estadounidense mediante la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

La publicación es responsabilidad del proyecto USAID/Centros de Excelencia Materno-Infantil. Las opiniones expresadas en la misma son las de sus autores y no reflejan necesariamente el pensamiento de USAID.

El proyecto USAID/Centros de Excelencia Materno-Infantil está financiado por USAID e implementado por Abt Associates Inc., bajo el contrato GHS-I-00-07-00003-00.



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Autoridades

Pendiente

Pendiente

Pendiente

Pendiente

Pendiente

Pendiente

Técnicos que participaron en la elaboración y revisión de los estándares para la Certificación de los Hospitales como Centros de Excelencia.

Nombre	Institución
Marleni Pérez	Dirección General de Habilitación/MSP
Anulfo López	Dirección General de Habilitación/MSP
Beatriz Atez	Dirección General de Habilitación/MSP
Josefina Díaz	Dirección General de Habilitación/MSP
Francisco Torres	Dirección General de Habilitación/MSP
Lucas Gómez	Dirección de Servicios Especializados de Salud/MSP
Gregorio Gutiérrez	Dirección Nacional de Emergencias y Desastres/MSP
Juan Manuel Rodríguez	Dirección Nacional de Emergencias y Desastres/MSP
Miguelina Tactuk	Consultora de Emergencias y Desastres
Maritza Martínez	Programa de Salud y Seguridad Social/INTEC
Eulalia Jiménez	Programa de Salud y Seguridad Social/INTEC
Rafael Montero D' Oleo	Escuela de Salud Pública/UASD
Francisca M. Sánchez	Dirección de Defensa al Afiliado/DIDA
Ángel Ambrosio Rosario	Hospital Regional San Vicente de Paúl
Hortensia Hernández	Hospital Regional San Vicente de Paúl
Giselle Scanlon	INSALUD
Bienvenido Cuevas	Dirección de Defensa al Afiliado/DIDA
Pedro Camilo Camilo	Dirección de Servicios Especializados de Salud/MSP
Jocelyn Puente de Rojas	Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de SRS/MSP
Mario Geraldino	Viceministerio de Salud Colectiva/MSP
Félix Martínez Doñé	Viceministerio de Salud Colectiva/MSP
Wellington Pepén	SISPROSA
Ana Delia Figueroa	DIGECITSS/MSP
William Duke	Consultor Epidemiología/CDC
Fibrio Castellanos	Dirección de Defensa al Afiliado/DIDA
Rubén Darío Rosario	Viceministerio de Salud Colectiva/MSP
María Altagracia Santos	Dirección General Materno Infantil/MSP
Raquel Pimentel	Dirección General de Epidemiología/MSP
Domingo Reynoso	Dirección General Materno Infantil/MSP
Ramona Núñez Camarena	Dirección General de Epidemiología/MSP

Técnicos que participaron en la elaboración y revisión de los estándares para la Certificación de los Hospitales como Centros de Excelencia.

Nombre	Institución
Aurora Rodríguez Cabrera	Fondo Global/IDCP
Marcelino Robles Delgado	Dirección General Materno Infantil/MSP
Francia Matos	Dirección General de Presupuesto/MSP
Tomiris Estepan	Viceministerio de Salud Colectiva/MSP
Ruth Agüero de Robles	Escuela de Salud Pública/UASD
Aida Lucía Vargas	Programa Ampliado de Inmunizaciones/MSP
Iraima Serrano Farfán	Dirección de Desarrollo de las DPS/MSP
Raiza Santana	Dirección Nacional de Emergencias y Desastres/MSP
Jordi Chahín	Consultora de Emergencias y Desastres

Otros revisores:

Francini Placencia	Viceministerio Garantía de la Calidad
Vianka Pol	Viceministerio Garantía de la Calidad
Rosa María Cruz	Viceministerio Garantía de la Calidad
Matilde Peguero	Viceministerio Garantía de la Calidad
Dania Guzmán	(Fundación Plenitud).
Eduardo Díaz Guerra	Corrección



TABLA DE CONTENIDOS

Presentación	0
Introducción	2
Resolución Ministerial	4
Objetivos	12
Ámbito de aplicación	12
Metodología de elaboración	12
Uso y alcance	12
Marco Legal	12
Abreviaturas y acrónimos	14
1. Marco filosófico del Sistema de Certificación	16
1.1. Misión o Propósito	16
1.2. Principios y valores	17
1.3. Código de Ética	18
1.4. Objetivos estratégicos	22
2. Estructura del Sistema de Certificación	23

2.1. De la función del Viceministerio de Garantía de la Calidad (VMGC)	24
2.2. De la función de la unidad técnica responsable	24
2.3. De la función del comité evaluador para CDEx	24
2.4. De la función de las instancias de apelación	25
2.5. De la función del equipo de evaluadores	26
2.6. De la función de las instituciones participantes	27
3. Descripción general del proceso de certificación	28
3.1. Autoevaluación e identificación de oportunidades de mejora	29
3.2. Formulación o actualización del plan de mejora	32
3.3. Ejecución del plan de mejora	34
3.4. Cumplimiento de metas de mejoramiento	35
3.5. Elaboración del informe de postulación	37
3.6. Preparación para la evaluación externa	40
3.7. Evaluación externa	42
3.8. Reconocimiento a la excelencia	43

4. Directrices sobre documentación de procesos e indicadores.....	46
4.1. Introducción	46
4.2. Fundamentos conceptuales	46
4.3. Modelo para el diseño de indicadores alineados con los procesos ...	53
5. Anexo 1. Formato para autoevaluación por estándares	62
6. Anexo 2. Indicadores prototipo	65
6.1. Ejemplos de indicadores de satisfacción	65
6.2. Ejemplos de indicadores de oportunidad (aplica igual para puntualidad)	69
6.3. Ejemplos de indicadores de seguridad	73
6.4. Ejemplo de indicador de eficacia	77
Glosario de términos	79
Referencias	81

“Excelencia es hacer algo ordinario
de una manera extraordinaria”.

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública (MSP), mediante la Resolución No. 00013, de fecha 22 de abril de 2013, oficializó el Sistema de Certificación de Centros de Excelencia (CDEx) como modelo de aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud en la República Dominicana, el cual ha estado desarrollando y promoviendo en establecimientos públicos de atención a la salud (hospitales), así como en las Direcciones Provinciales de Salud (DPS), con el propósito de contribuir al mejoramiento continuo y sostenible de la calidad de sus servicios, en beneficio de la salud individual y colectiva .

Con la adopción de este sistema de certificación, el Ministerio de Salud Pública, como entidad rectora del Sistema Nacional de Salud (SNS), avanza en el cumplimiento de las disposiciones emanadas de la Ley General de Salud No. 42-01, que establecen como su responsabilidad promover la garantía de la calidad en los servicios de salud, a través de la evaluación de los establecimientos públicos y privados por normas y criterios mínimos obligatorios. Por otro lado, destaca el rol que tiene el Viceministerio de Garantía de la Calidad, creado con base a la disposición de reorganización institucional No. 0000010 del 4 agosto de 2008, con el objetivo de establecer el inicio de las acciones que permiten la sistematización de la garantía de la calidad de la salud desde el marco de la rectoría, en el sentido de asumir el liderazgo en la conducción de este proceso como una de las estrategias que contribuirá a implementar el Sistema de Garantía de la Calidad en Salud.

La apropiación del Sistema de Certificación de CDEx nos permite establecer los cimientos para asegurar que la garantía de calidad de los servicios se fundamente en la cualificación permanente, promoviendo así la efectividad, eficiencia y eficacia con la que los servicios deben ser brindados a los usuarios, generando en ellos un mayor grado de satisfacción y creando una cultura de calidad, que derive en el cumplimiento de los compromisos asumidos en el Plan Nacional Decenal de Salud (PLANDES) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Poner a disposición del país las herramientas de apoyo al Sistema de Certificación de CDEx (manuales y estándares) evidencia, además, que el Ministerio se mantiene a la vanguardia con la observancia de los instrumentos legales nacionales, tanto de la ley marco del sector, como de la Política Nacional de Calidad en Salud (PNCS) y la Estrategia Nacional de Desarrollo (END) que promueven la integralidad y articulación de las acciones con todos los sectores vinculados al sistema de salud y que pueden contribuir a la mejoría en la cobertura, la equidad y sostenibilidad del sistema, así como propiciar el desarrollo de toda la sociedad dominicana.

Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo Núñez
Ministro de Salud Pública



INTRODUCCIÓN

El Sistema de Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil surge como resultado del trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud Pública, a través del Viceministerio de Garantía de Calidad, y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés). Este sistema permitirá reconocer y distinguir a los establecimientos que cumplan con los estándares desarrollados para este fin, promover la integración de intervenciones sistémicas y programáticas que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios de una manera sostenible, la satisfacción de los usuarios, así como suscitar la motivación y moral del personal que presta el servicio y permita sentar las bases para un futuro sistema de acreditación.

En este contexto, el objetivo del presente documento es constituirse en una guía práctica, destinada a orientar a los hospitales y DPS en su proceso de mejoramiento interno y preparación para la certificación como Centros de Excelencia Materno-Infantil. Por consiguiente, este manual debe ser visto como un conjunto de pautas o recomendaciones de carácter indicativo más que normativo, que señalan uno de los posibles caminos, más no el único, para planificar y ejecutar el proceso de mejoramiento continuo de la calidad basado en los estándares adoptados en el marco del mencionado Sistema de Certificación.

Mediante el diseño y divulgación de esta herramienta complementaria se busca, en pocas palabras, facilitar la interpretación de los estándares desarrollados para el sistema y concretar el alcance de los mismos, de manera que se incremente la fiabilidad de los procesos de autoevaluación y evaluación externa; entendida como la capacidad del sistema para arrojar los mismos resultados sin que ellos se vean afectados por diferencias de percepción entre los evaluadores. De esta manera, se contribuye a crear un marco de transparencia y objetividad para la certificación de los centros de excelencia materno infantil.



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

22 de abril de 2013

RESOLUCIÓN No. 00013

QUE DEROGA LA DISPOSICIÓN No. 00012 DE FECHA 02 DE ABRIL DE 2013 QUE ASUME EL SISTEMA DE CENTROS DE EXCELENCIA COMO MODELO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y CREA EL COMITÉ EVALUADOR DE LOS CENTROS

CONSIDERANDO: Que los Ministros de Estado podrán dictar disposiciones y reglamentaciones sobre los servicios a su cargo, de carácter interno, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instrucciones del Poder Ejecutivo.

CONSIDERANDO: Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de los resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes, programas, servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

CONSIDERANDO: Que una de las funciones del Ministerio de Salud Pública, como ente rector del sector salud, establecida por la Ley General de Salud, es la de formular todas las medidas normas y procedimientos que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud, fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

CONSIDERANDO: Que la formulación de planes para el mejoramiento continuo de la calidad debe constituirse en el instrumento que permita

establecer los fundamentos de una cultura de calidad en todo el Sistema Nacional de Salud.

CONSIDERANDO: Que la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, conocida por sus siglas en inglés como USAID, conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública, promueven el Proyecto Centros de Excelencia en diez hospitales públicos, tres Servicios Regionales de Salud y tres Direcciones Provinciales de Salud. El mismo ha mostrado resultados favorables a la consecución de los objetivos.

CONSIDERANDO: Que el Ministerio de Salud Pública ha determinado que la incorporación de un programa de certificaciones de aquellos servicios de salud que evidencien la implementación de planes de calidad para la satisfacción de sus usuarios, promoverá la incorporación de buenas prácticas al sistema de salud de nuestro país, constituyéndose en un motivador intrínseco del mismo.

CONSIDERANDO: Que en otros países de la región se han establecido programas de la misma naturaleza, con logros significativos en beneficio de la población.

CONSIDERANDO: Que en el marco de la implementación de la Estrategia Nacional de Desarrollo 2010-2030 a nivel nacional y de la Política Nacional de Calidad en Salud a nivel sectorial, se han priorizado las acciones tendentes a fomentar la calidad en salud, a fin de poder alcanzar los objetivos trazados en este plazo.

VISTA: La Ley Orgánica de Administración Pública No. 247-12 del 14 de agosto de 2012.

VISTA: La Ley General de Salud No. 42-01 del 8 de marzo de 2001.

VISTA: La Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, de fecha 9 de mayo de 2001.

VISTA: La Ley de Estrategia Nacional de Desarrollo No. 1-12 del 25 de enero de 2012.

VISTO: El Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del Sistema Nacional de Salud, Decreto No. 635-03, del 20 de junio de 2003.

En virtud de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud No. 42-01, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

PRIMERO: Se adopta el Sistema de Certificación de Centros de Excelencia, como un modelo funcional del Ministerio de Salud Pública de carácter proactivo, con el propósito de fomentar la excelencia en el cumplimiento en los servicios de atención en salud, acorde a los estándares de calidad establecidos para el Sistema Nacional de Salud.

SEGUNDO: El Sistema de Certificación de Centros de Excelencia tendrá alcance nacional y se fundamentará en cuatro componentes básicos:

- a) La autoevaluación y formulación de planes de mejora de los proveedores, de acuerdo a las directrices establecidas.
- b) La evaluación a los proveedores por parte de técnicos competentes, de acuerdo a las directrices establecidas.
- c) El seguimiento a las acciones y planes de mejora, de acuerdo a las directrices establecidas.
- d) El reconocimiento mediante placas y estrellas en función de la puntuación obtenida en las evaluaciones realizadas por los evaluadores externos.

TERCERO: El Sistema de Centros de Excelencia será implementado, evaluado y reconocido por las siguientes instancias:

- a) Servicios Regionales de Salud, los cuales implementarán, conjuntamente con los directivos de los centros, planes de mejoramiento continuo de la calidad, fomentarán la autoevaluación y la incorporación de los proveedores al Programa.
- b) Direcciones Provinciales de Salud, las que, desde el nivel local, coordinarán las acciones de promoción del Programa, así como su ejecución.
- c) Viceministerio de Garantía de la Calidad, el cual establecerá las políticas y procedimientos que regirán el proceso de Certificación de Centros de Excelencia.

CUARTO: El proceso de evaluación será llevado a cabo por un Comité Evaluador interinstitucional, el cual establecerá los criterios para la realización de las evaluaciones requeridas para el proceso de Certificación de Centros de Excelencia.

QUINTO: La Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud y la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de las Direcciones Provinciales de Salud deberán elaborar, en un plazo no mayor de tres meses, a partir de la emisión de la presente disposición, los planes a corto, mediano y largo plazo para la implementación de este modelo de garantía de la calidad en los centros de prestación de servicios y en las DPS y DAS a escala nacional.

PÁRRAFO 1: El Viceministerio de Garantía de la Calidad elaborará los planes de evaluación, reconocimiento y certificación de la excelencia alcanzada.

PÁRRAFO 2: Se oficializa el conjunto de guías, manuales, instrumentos y estándares de calidad que conforman el subsistema de Centros de Excelencia. Se manda a su convocatoria de postulación de aquellos centros que consideren están en condiciones de ser evaluados y certificados como tales.

SEXTO: Se crea el Comité Evaluador para Centros de Excelencia, el cual estará conformado por:

- a) El(la) Viceministro(a) de Garantía de la Calidad
- b) El(la) Viceministro(a) de Atención a las Personas
- c) Un representante del Ministerio de Administración Pública
- d) El(la) Director(a) General de Monitoreo y Evaluación de la Calidad
- e) El(la) Director(a) General de Recursos Humanos
- f) El (a) Director(a) General de Materno Infantil y Adolescentes

SÉPTIMO: El Comité Evaluador para Centros de Excelencia tendrá como función:

- a) Coordinar las actividades relacionadas a selección, evaluación y aprobación para ser reconocidos como Centros de Excelencia.
- b) Evaluar el desempeño de evaluadores, en función de los términos previamente establecidos para la labor de los mismos.
- c) Establecer un mecanismo de reconocimiento al trabajo de los evaluadores y miembros de las comisiones asesoras.

d) Apoyar a los equipos evaluadores internos y externos de las instituciones en el cumplimiento de este propósito.

e) Elaborar los procedimientos necesarios para la postulación, selección, evaluación y aprobación de servicios para ser reconocidos como Centros de Excelencia en un plazo de cuarenta y cinco (45) días de la puesta en vigencia de la presente resolución.

f) Elaborar su normativa de funcionamiento interno en un plazo de treinta (30) días, a partir de la puesta en vigencia de la presente resolución.

g) Recomendar al Ministro de Salud Pública otras acciones tendentes al reconocimiento de buenas prácticas en los servicios evaluados y que no alcancen el reconocimiento como Centros de Excelencia.

Dado en la ciudad de Santo Domingo, Distrito Nacional, a los veintidós (22) días del mes de abril del año dos mil trece (2013).

DR. LORENZO WILFREDO HIDALGO NÚÑEZ
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

**Manual de Preparación
para la Certificación de Hospitales
y Direcciones Provinciales de
Salud como Centros de Excelencia
Materno-Infantil**

1. OBJETIVO

Servir de apoyo a los hospitales y a las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) en la creación de una estructura y cultura de mejoramiento continuo de la calidad.

2. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este manual puede ser aplicado en todos los centros de salud del país, tanto públicos como privados, y en las DPS que deseen participar en el proceso de reconocimiento de establecimientos como Centros de Excelencia Materno-Infantil.

3. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN

Para la elaboración de este manual se agotaron varios pasos: a. Consulta a profesionales y técnicos en la gestión clínica y administrativa de centros de salud; b. Talleres de validación de las mejores prácticas, y c. Conformación de equipos de trabajo atendiendo a las fortalezas técnicas de los participantes y su representatividad.

4. USO Y ALCANCE

Este manual es el instrumento documental para conocer la estructura de conformación de los estándares para la evaluación de hospitales y DPS, en el marco del Sistema de Certificación como Centros de Excelencia Materno-Infantil, oficializado por el Ministerio de Salud Pública en abril 2013, mediante Resolución No. 00013.

5. MARCO LEGAL

- Ley General de Salud 42-01.
- Ley No. 41-08 de Función Pública y que crea la Secretaría de Estado de Administración.
- Ley No. 340-06 sobre Compras y Contrataciones de Bienes, Servicios, Obras y Concesiones.

- Decreto No. 635-03, que define el Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones.
- Decreto No. 249-06, que aprueba el Reglamento del Sistema de Información General de Salud.
- Decreto 732-04, que aprueba el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.
- Reglamento Centros de Especializados de Atención en Salud, capítulo XIII, párrafo 1 sobre la docencia e investigación.
- Reglamento para la Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud Número 1138-03.
- Reglamento Centros Especializados de Atención en Salud, artículo 40, 41, 42.
- Reglamento Centros Especializados de Atención en Salud (CEAS) artículo 14, párrafo 1.
- Reglamento General de los Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas.
- Reglamento de Centros Especializados de Atención en Salud sobre derechos, deberes de los pacientes y los mecanismos de participación de los usuarios.
- Normas Nacionales de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CDEx	Centros de Excelencia Materno-Infantil
CD-R	Disco Compacto no Re-escribible
DPS	Direcciones Provinciales de Salud
DVD-R	Disco de Video Digital – no regrabable
END	Estrategia Nacional de Desarrollo
HEART	Humanización – Excelencia – Asertividad – Respeto y Transparencia
IOM	Instituto de Medicina de los Estados Unidos (siglas en inglés de: Institute of Medicine)
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios
MCM	Mejoramiento Continuo de la Calidad
MSP	Ministerio de Salud Pública
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
PHVA	Planear, Hacer, Verificar, Actuar (Traducción de PDCA: Plan, Do, Check, Act)
PLANDES	Plan Nacional Decenal de Salud
PNCS	Política Nacional de Calidad en Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VMGC	Viceministerio de Garantía de la Calidad

1. MARCO FILOSÓFICO DEL SISTEMA DE CERTIFICACIÓN

La operación del Sistema de Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil está basado en un conjunto de planteamientos que definen su filosofía y orientan las actuaciones de todos sus participantes, incluyendo misión o propósito, principios y valores, código de ética y objetivos estratégicos:

1.1. MISIÓN O PROPÓSITO

“Contribuir al mejoramiento continuo y sostenible de la calidad de los servicios en beneficio de la salud, tanto individual como colectiva”.

De esta formulación se desprenden varios conceptos, cuyo alcance se debe precisar:

1. El concepto de contribución indica que el Sistema de Certificación no es el único responsable del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y, en tal sentido, debe concebirse como una iniciativa que colabora con otros esfuerzos y programas de mejoramiento de la calidad de la atención en salud, con los cuales debe buscar sinergia. Un claro ejemplo de ello es el proceso de habilitación a cargo del Viceministerio de Garantía de la Calidad.

2. El Sistema de Certificación CDEx incorpora el concepto de mejoramiento continuo de la calidad y todo el cuerpo de principios, definiciones, fundamentos técnicos y herramientas que lo desarrollan. Entre estos se incluyen:

2.1. El principio de “atención centrada en el usuario”, en virtud del cual los usuarios de los servicios de salud constituyen el eje y razón de ser de los mismos y, por consiguiente, la búsqueda de la calidad debe partir del reconocimiento de sus derechos, necesidades y expectativas, las cuales deben ser, en lo posible, superadas.

2.2. La definición de “calidad”, adoptando la del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM), en virtud de la cual se establece que es “El grado en el cual los servicios de salud que se prestan a los individuos y a las poblaciones incrementan la probabilidad de obtener resultados deseables en salud y son consistentes con el conocimiento profesional vigente”. Esta definición resulta completamente congruente con el compromiso del Sistema de Certificación de CDEx de contribuir a la salud individual y colectiva, con los postulados de medicina basada en

la evidencia y con la visión de una calidad que contribuya a generar impacto positivo en salud.

2.3. Se usará el enfoque de ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) como una metodología sistemática y probada de mejoramiento continuo de la calidad, tanto en la formulación de los estándares como en la autoevaluación y evaluación externa.

1.2. PRINCIPIOS Y VALORES

Se adopta el siguiente conjunto de principios y valores, los cuales se consideran esenciales para el logro de los objetivos estratégicos del Sistema de Certificación y deben ser profesados por los líderes del mismo, por el personal de las instituciones certificadas y en proceso de certificación, y por los evaluadores.

1.2.1. Humanización: Compromiso individual y organizacional con una atención centrada en los riesgos, necesidades y expectativas de los usuarios que reconoce a los pacientes y sus familias como titulares de derechos universales durante su atención. Se sintetiza en la expresión: “Seres humanos al servicio de seres humanos”.

1.2.2. Excelencia: Compromiso individual y organizacional con la búsqueda de la calidad en todas sus expresiones y dimensiones y en todos los niveles e instituciones del sistema. Supone la capacidad para identificar las oportunidades de mejoramiento e intervenir de manera permanente con creatividad e innovación. La excelencia se resume en la frase: “Hacer algo ordinario de una manera extraordinaria”.

1.2.3. Asertividad: Compromiso individual y organizacional con una comunicación clara, desprovista de juicios de valor y tolerante con las ideas de los demás. Una comunicación asertiva resulta fundamental para el logro de la excelencia. Se resume en el lema: “Comportamiento comunicacional maduro”.

1.2.4. Respeto: Compromiso individual y organizacional de atención, reconocimiento, aceptación y consideración durante la interacción con las personas e instituciones durante la atención en salud y en el marco de los procedimientos propios de la preparación y certificación como CDEx. El respeto se resume en la expresión: “Recibimos y brindamos un trato digno, sin condicionamientos diferentes a los que impone nuestra naturaleza de seres humanos”.

1.2.5. Transparencia: Compromiso individual y organizacional con la honestidad en todas las actuaciones. Supone la aplicación de procedimientos conocidos por todos los interesados, sin interferencia de factores ocultos y la disponibilidad de la información, salvo de aquella con restricciones legales. El lema de la transparencia es: “Todas nuestras actuaciones están a la vista, como en una urna de cristal”.

A manera de nemotecnia, las letras iniciales de este conjunto de valores conforman la palabra en inglés “HEART”, que en español significa corazón, un vocablo tradicionalmente ligado al amor, al valor y a la decisión, todos ellos elementos indispensables de este proceso.

1.3. CÓDIGO DE ÉTICA

La participación personal u organizacional en el Sistema de Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil entraña el compromiso de adherirse al conjunto de conductas y restricciones que se expresan a continuación:

1. Actuar con probidad, equidad, diligencia, discreción, honradez, sinceridad, dignidad, responsabilidad, transparencia y respeto, con sujeción estricta a los valores del Sistema de Certificación.

2. Declararse inhabilitado para participar en la evaluación de una institución cuando considere que tiene algún conflicto de interés favorable o adverso con respecto a la misma, o cuando no disponga del tiempo requerido para visitarla con la intensidad, puntualidad y dedicación que exigen la visita y la elaboración del informe correspondiente. Los posibles conflictos de interés incluyen, mas no se limitan a, los siguientes:

A. Haber mantenido relaciones laborales o contractuales de cualquier índole con la institución en los diez años anteriores a la visita de evaluación.

B. Tener relaciones de parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad, el segundo de afinidad o el segundo civil, con personas que laboren a cualquier título en la institución.

C. Haber sido atendido en la institución, o cualquiera de sus familiares o afines, durante los últimos 5 años.

D. Presentar cualquier tipo de afecto positivo o negativo hacia la institución por hechos ocurridos durante su formación o en algún momento de su carrera profesional.

3. Ceñirse al alcance de los estándares adoptados y actuar sin juicios preconcebidos acerca de las formas en que se debe desarrollar la acción institucional, en el entendido de que existen múltiples maneras de lograr un mismo resultado.
4. Comprender y respetar los aspectos relativos a la cultura, los principios y estilos de organización y trabajo de las instituciones participantes en el proceso, para lo cual es necesario abandonar los posibles criterios personales sobre estos aspectos, a fin de analizar con objetividad el cumplimiento de los estándares.
5. Actuar con independencia de criterio en los procesos de autoevaluación, evaluación externa y certificación, sin asumir la representación de intereses ajenos, por más legítimos que fueran. El compromiso de lealtad se establecerá con la calidad de la atención a los usuarios, con el Sistema de Certificación y con las instituciones en proceso de certificación. En caso de conflicto de interpretación de los estándares u otras posibles situaciones polémicas, actuará conforme a dicho orden de prioridades.
6. El Sistema de Certificación debe entenderse como un patrimonio del país que se debe proteger. En mérito de lo anterior, se debe actuar dentro de los procedimientos establecidos y en procura de consensos.
7. Los evaluadores externos no emitirán juicios verbales en forma individual, ni recomendaciones acerca de la institución, ni durante la visita de evaluación externa, ni después de ella. El informe de visita se ceñirá a los lineamientos impartidos por el Sistema de Certificación en el manual de evaluación.
8. Los evaluadores mantendrán indefinidamente la reserva de la siguiente información:
 - A. Los datos confidenciales aportados por las instituciones en su informe de autoevaluación o durante la visita.
 - B. Los eventos o situaciones delicadas, incómodas o jocosas que se pudieran presentar durante la visita a las instituciones.
9. Durante los períodos de evaluación y certificación se prohíben las siguientes conductas para los evaluadores, instituciones y personal responsable de la certificación de Centros de Excelencia, según aplique:

- A.** Ofrecer, entregar o aceptar obsequios a título personal u organizacional.
 - B.** Ofrecer o aceptar invitaciones a cenas, recepciones u otras actividades sociales.
 - C.** Brindar o recibir condecoraciones u otro tipo de reconocimientos de la institución evaluada o en proceso de certificación.
 - D.** Ofrecer o aceptar traslados en vehículos de la institución evaluada o del personal que en ella labora.
 - E.** Atender citaciones o participar en reuniones con personal de la institución, diferentes a las contempladas en la metodología de evaluación. Esta restricción aplica para antes, durante y después de la visita.
 - F.** Solicitar o analizar la información de manera inquisitorial.
 - G.** Solicitar, con fines personales, documentos de la institución.
 - H.** Involucrarse en discusiones que pongan en riesgo el logro de los propósitos de la evaluación y del proceso mismo de certificación.
 - I.** Calificar a las instituciones con criterios personales.
 - J.** Contactar a las personas conocidas durante la evaluación para fines laborales o personales.
- 10.** Todo el personal responsable de este proceso actuará de manera impecable en todos sus actos, en su presentación personal durante las visitas y en la elaboración y presentación de sus documentos de trabajo e informes de autoevaluación, evaluación externa y certificación.
- 11.** Son sujetos de descalificación del Sistema de Certificación cualquiera de las instituciones o evaluadores participantes cuando se demuestre que han incurrido en una o más de las siguientes conductas:
- A.** Adulteración, manipulación, simulación o falsedad demostrada en el informe de autoevaluación, de evaluación externa, o en uno o más de los documentos de soporte que se evalúen o se generen en cualquiera de las etapas de este proceso.

B. Intento o maniobra para la obtención o difusión de información reservada del proceso a través de cualquier medio.

C. Realización o intento de soborno, manipulación o cualquier otro tipo de presión sobre los evaluadores o las instituciones, con el fin de obtener beneficios personales, de favorecer la propia institución o de desprestigiar a otras entidades.

D. Provocación o involucramiento en hechos escandalosos o de naturaleza ilegal, presunta o real, que puedan afectar la buena imagen que debe caracterizar el Sistema de Certificación.

E. Utilización indebida de documentos, textos u otros materiales de soporte, pertenecientes a otras instituciones, internacionales o nacionales, bien sea que estén participando o no en este proceso.

F. Ocultamiento deliberado de eventos adversos o de otras situaciones que deban ser puestas en conocimiento de los evaluadores o del personal responsable de la decisión de certificación.

G. Cualquier otro hecho o comportamiento que, a juicio de la directiva del sistema, sea considerado como impropio, porque atente contra la transparencia y la buena imagen que deben caracterizar este proceso.

En caso de presentarse cualquiera de estos hechos o situaciones, será el Viceministerio de Garantía de la Calidad quien decidirá sobre la descalificación o no de la institución participante o del evaluador, según sea el caso.

12. La participación en el Sistema de Certificación supone la aceptación expresa del presente Código de Ética. En caso de presentarse discrepancias, dudas o reclamos sobre la aplicación del mismo en cualquiera de las etapas del proceso, las partes intervinientes (Viceministerio de Garantía de la Calidad e institución participante) se comprometen a solucionarlas a través del diálogo y la concertación. Si esta instancia fallara, la última instancia será ejercida por el Ministro de Salud Pública.

1.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

El Sistema de Certificación de Centros de Excelencia ha adoptado, como sus objetivos estratégicos, los siguientes:

1. Reconocer y distinguir a los establecimientos que califiquen como Centros de Excelencia.
2. Promover la integración de intervenciones sistémicas y programáticas en los servicios.
3. Contribuir a mejorar la calidad de los servicios de una manera sostenible y con ello, mejorar la satisfacción de los usuarios.
4. Promover la participación de la comunidad.
5. Mejorar la motivación y moral del personal.
6. Contribuir a sentar las bases para un futuro Sistema de Acreditación.

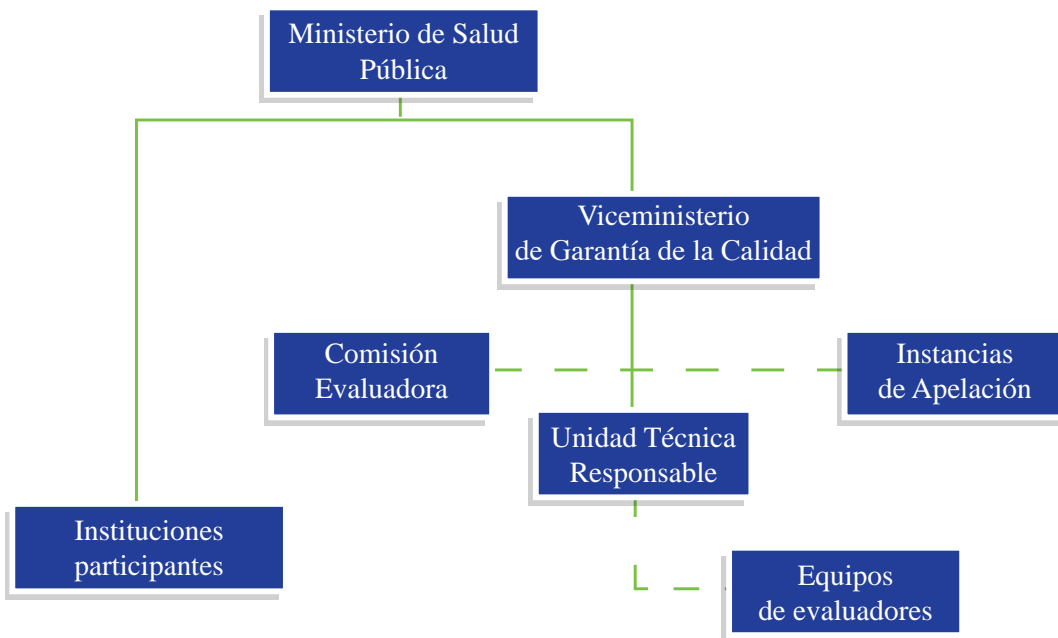
2. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE CERTIFICACIÓN

El Sistema de Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil está integrado por:

- A. La entidad responsable de la rectoría del Sistema Nacional de Salud: el Ministerio de Salud Pública (MSP), en cabeza del Viceministerio de Garantía de la Calidad (VMGC).
- B. La unidad responsable de la función técnica, que recae en la Dirección General de Monitoreo & Evaluación de la Calidad del VMGC.
- C. Los órganos asesores: Comité Evaluador e Instancias de Apelación.
- D. Equipo de evaluadores.
- E. Las instituciones participantes.

La figura 1 muestra las relaciones funcionales entre los diferentes integrantes de este sistema. Como puede observarse, el Ministerio de Salud Pública ejerce la función de rectoría a través de su Viceministerio de Garantía de la Calidad.

FIGURA 1. Estructura funcional del Sistema de Certificación de Centros de Excelencia Materno-Infantil



La figura resalta las líneas de relación entre las diversas instancias y no constituye un organigrama.

2.1. FUNCIÓN DEL VICEMINISTERIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD (VMGC)

Dentro del Sistema de Certificación de CDEx, el VMGC tendrá las siguientes responsabilidades:

1. Establecer las políticas y procedimientos que regirán el proceso de certificación de Centros de Excelencia.
2. Elaborar los planes de evaluación, reconocimiento y certificación de la excelencia alcanzada.
3. Realizar la convocatoria de postulación de los centros que consideren están en condiciones de ser evaluados y certificados como CDEx.
4. Convocar y coordinar las reuniones de la Comisión Evaluadora para Centros de Excelencia Materno-Infantil, de acuerdo a los procedimientos establecidos en el reglamento de funciones del mismo.

2.2. FUNCIÓN DE LA UNIDAD TÉCNICA RESPONSABLE

La Unidad Técnica Responsable designada es la Dirección General de Monitoreo & Evaluación de la Calidad del VMGC, la cual ejercerá la función de coordinación de esfuerzos para la implementación del sistema, incluyendo la formulación y adopción de los estándares y la puesta en marcha del proceso mismo de certificación de Centros de Excelencia, que implica además, mantener la comunicación con el equipo de evaluadores.

2.3. FUNCIÓN DEL COMITÉ EVALUADOR PARA CDEx

1. Coordinar las actividades relacionadas a selección, evaluación y aprobación de servicios de salud materno infantil para ser reconocidos como Centros de Excelencia Materno Infantil.
2. Evaluar el desempeño de evaluadores en función de los términos previamente establecidos para la labor de los mismos.
3. Establecer un mecanismo de reconocimiento al trabajo de los evaluadores y miembros de las comisiones asesoras.
4. Apoyar a los equipos evaluadores internos y externos de las instituciones en el cumplimiento de este propósito.

5. Elaborar los procedimientos necesarios para la postulación, selección, evaluación y aprobación de servicios materno infantiles para ser reconocidos como Centros de Excelencia Materno-Infantil.

6. Elaborar su normativa de funcionamiento interno.

7. Recomendar al Ministro de Salud Pública otras acciones tendentes al reconocimiento de buenas prácticas en los servicios evaluados y que no alcancen el reconocimiento como Centros de Excelencia Materno-Infantil.

2.4. FUNCIÓN DE LAS INSTANCIAS DE APELACIÓN

Se utiliza la figura de Instancias de Apelación considerando que tanto los sistemas de acreditación como los de certificación cuentan con estos mecanismos, los cuales son utilizados solo de manera excepcional. Esto se explica porque la generación de informes altamente objetivos y precisos conduce a que las instituciones beneficiarias del sistema compartan y acepten el pronunciamiento formal de la entidad rectora. En tal sentido y para los fines de este manual, se establecen dos niveles de apelación: primera y segunda instancia.

Primera instancia de apelación: Es una instancia de asesoría denominada Comité de Apelación, conformado como un cuerpo colegiado de carácter accidental, que se constituirá para la resolución de conflictos cuando se presenten desacuerdos con respecto a la negación de un reconocimiento, tal como se explica más adelante. Dicho Comité estará conformado por:

A. El/la Viceministro/a de Garantía de la Calidad, o su delegado/a, quien lo presidirá.

B. Un representante del equipo evaluador, designado de común acuerdo entre los evaluadores del nivel central que participaron en la visita, quien ejercerá la secretaría técnica de la comisión.

C. El/la directora/a de la institución que presenta la apelación, o su delegado/a.

D. El/la representante de la Comisión para la Mejoría de la Calidad de la institución que presenta la apelación.

Siempre que se presente un desacuerdo con respecto al pronunciamiento formal de la Comisión Evaluadora, luego de revisar los informes de resultados de la visita de evaluación, el/la Director/a del Hospital o de la DPS correspondiente enviará una comunicación escrita al Viceministerio

de Garantía de Calidad, en la cual expondrá los elementos que sustentan su desacuerdo con la decisión adoptada. Una vez recibida esta comunicación, el Viceministerio de Garantía de la Calidad establecerá la fecha, hora y lugar para la reunión, convocando a los integrantes del Comité de Apelación dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la recepción de la comunicación de apelación.

Durante la reunión del Comité se asignarán tiempos equitativos para escuchar tanto a la institución reclamante como al representante de los evaluadores. La decisión final (ratificación o revocatoria de la decisión cuestionada) será adoptada por consenso de los participantes en el Comité. Si no hubiera consenso, se declarará agotada la primera instancia.

Segunda instancia de apelación: Esta instancia será ejercida por el Ministro de Salud Pública, quien podrá escuchar, en reuniones independientes o en una misma reunión, al Viceministerio de Garantía de la Calidad, a los evaluadores y a los representantes de la institución, antes de tomar su decisión. El Ministro de Salud Pública deberá dictar su decisión final dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la fecha de reunión del Comité de Apelaciones. Contra la decisión final del Ministro de Salud Pública no procederá ningún recurso.

2.5. DE LA FUNCIÓN DEL EQUIPO DE EVALUADORES

Los evaluadores para el Sistema de Certificación fueron seleccionados del personal técnico de nivel central del MSP, recibiendo un entrenamiento básico inicial de tipo teórico-práctico, con una intensidad de 32 horas. Dicho personal deberá recibir refuerzos periódicos para un mejor ejercicio de sus funciones. Para los efectos de este sistema, los evaluadores reportarán exclusivamente ante el Viceministerio de Garantía de la Calidad, aun cuando en el ejercicio de sus funciones diarias no dependan en línea directa de esta área funcional.

2.6. DE LA FUNCIÓN DE LAS INSTITUCIONES PARTICIPANTES

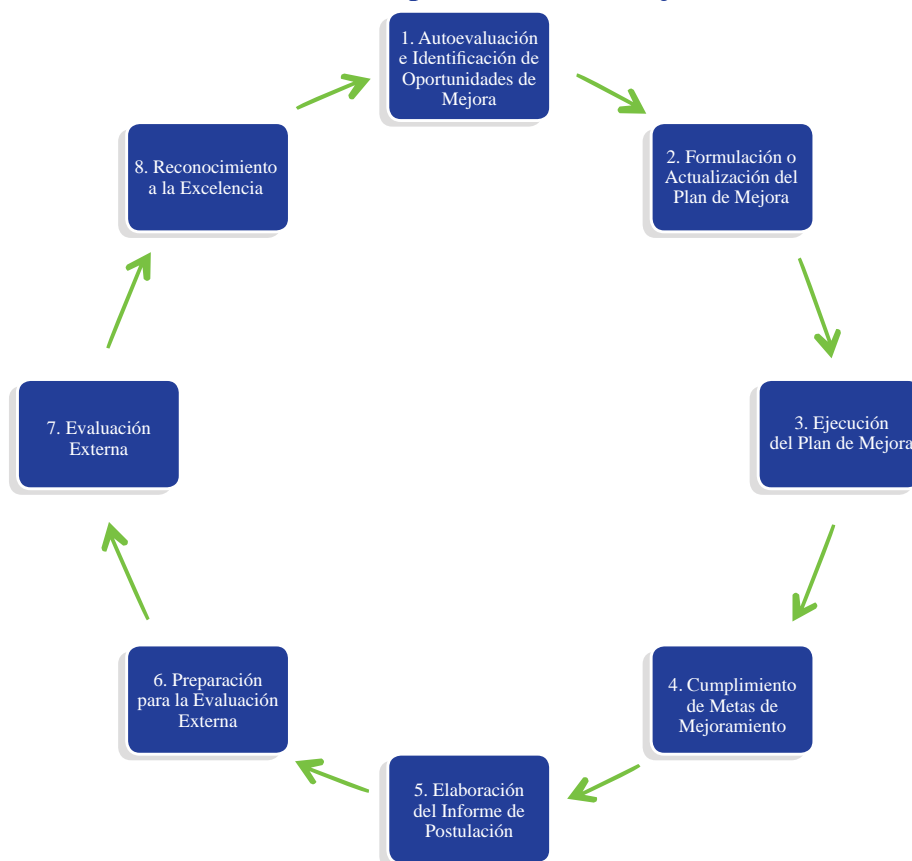
En la estructura presentada, los hospitales y las DPS se constituyen en las entidades beneficiarias y/o participantes del Sistema de Certificación, y tienen como función principal implementar de manera sistemática el proceso para certificarse como CDEx, tal y como se describe en la sección 3 de este manual.

3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

La certificación de un hospital o de una DPS como Centro de Excelencia Materno-Infantil será un proceso sistemático, esto es, planificado, deliberado y debidamente documentado, de manera que se pueda proporcionar la evidencia necesaria para generar confianza entre todos los interesados con respecto al cumplimiento de los estándares establecidos. Este proceso actúa como un gran ciclo formado por dos subprocesos independientes pero vinculados entre sí: El primero incluye todas las etapas correspondientes a la autoevaluación y el mejoramiento que operan internamente en los hospitales y DPS que aspiran a la certificación como CDEx. El segundo subproceso consiste en las etapas de evaluación externa y certificación, llevadas a cabo por el MSP.

La figura 2 representa gráficamente el proceso descrito, con colores diferentes que permiten diferenciar los dos subprocesos que en él se encadenan. El ciclo se inicia a partir de un ejercicio sistemático de autoevaluación e identificación de oportunidades de mejora y, si el proceso ha sido conducido correctamente, concluye con la entrega de un reconocimiento (placa o estrellas, según el caso) por parte del MSP, en su calidad de entidad certificadora. El modelo es cíclico porque, en la práctica, no se detiene. En efecto, después de cada reconocimiento alcanzado en el marco del Sistema de Certificación, la institución debe continuar con su proceso de mejoramiento, porque las evaluaciones externas serán periódicas y sucesivas. En los puntos a continuación se describen las diferentes etapas de este ciclo.

FIGURA 2. Visión general del Sistema de Certificación de CDEx como un ciclo permanente de mejora



3.1. AUTOEVALUACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Una vez que la institución (hospital o DPS) ha decidido emprender un proceso de mejoramiento de la calidad guiado por la filosofía de CDEx, el primer paso consiste en la conformación de un equipo gerencial y de gestión del cambio, o su equivalente, que será el responsable de conducir integralmente el proceso.

Luego de la conformación del equipo de gestión del cambio, resulta necesario que dicho grupo realice una revisión sistemática y un análisis colectivo del manual de estándares, con el fin de lograr la mayor claridad posible sobre el significado y alcance de cada uno de ellos, su propósito, subcriterios y evidencias requeridas, lo cual permitirá a sus integrantes contar con conceptos claros al momento de autoevaluar el nivel basal de cumplimiento en el que se encuentra la institución, y de planificar su consiguiente desarrollo.

3 Este equipo puede ser la Comisión de Mejoría de la Calidad de la Atención, establecido por el Reglamento No. 434-07, sobre los Centros Especializados de Atención en Salud (CEAs) u otro grupo que pueda asumir estas funciones, donde estén representadas todas las áreas de la institución.

El siguiente paso de esta etapa es la autoevaluación sistemática de la institución con respecto a los estándares que le corresponden. A tal efecto, se sugiere disponer del tiempo suficiente y programar la actividad de grupo “a puerta cerrada”, es decir, con la menor interferencia posible.

Para llevar a cabo un procedimiento riguroso de autoevaluación e identificación de oportunidades de mejora se sugiere utilizar el Formato de Autoevaluación, el cual es una herramienta desarrollada en MS-Excel® que incluye la totalidad de los estándares con sus correspondientes subcriterios y elementos medibles. De manera general, la herramienta de evaluación contiene lo siguiente:

1. Hoja de inicio, donde las entidades participantes asentarán el nombre del establecimiento, ubicación geográfica, tipo de evaluación, fecha de inicio y finalización de la misma, así como el nombre y cargo del equipo de evaluadores que participó en el proceso.

2. Hoja de resumen, donde aparecen las características, con sus diferentes estándares y la puntuación por cada uno de éstos. El formato contiene casillas previamente alimentadas, que aparecen con fondo de color blanco, mientras que las franjas con color amarillo se alimentan de las puntuaciones obtenidas en cada hoja de evaluación de cumplimiento de estándares.

3. Hoja de síntesis, que presenta el porcentaje total obtenido por cada característica y que permite verificar si la institución cumple con el nivel mínimo esperado, de acuerdo a lo indicado más adelante, en el punto 3.4 (Tabla 1) de este manual. También presenta el gráfico de radar con los porcentajes respectivos.

4. Hoja de diagrama de radar copiable, que aporta la misma información del gráfico presentado en la hoja de síntesis, pero que está configurada para ser reproducida en el informe de evaluación presentado por los postulantes o por el equipo de evaluadores.

5. Hoja de subcriterios, que presenta, además del puntaje y porcentaje obtenido por cada estándar de la correspondiente característica, el porcentaje de desempeño de cada subcriterio respecto al ciclo de PHVA utilizado.

6. Hoja de gráfico de subcriterios, que recoge la información de la hoja de subcriterios, la promedia por las diferentes fases del enfoque de PHVA y la presenta en un diagrama de barras horizontales.

7. Hoja de estándares, presentada en hojas independientes, con el código referente al estándar relacionado con la característica a evaluar, donde se aplicará el puntaje máximo establecido para cada elemento medible, de acuerdo a si el establecimiento cumple o no con los mismos, tal y como se explica a continuación.

El formato de evaluación se aplicará atendiendo a las siguientes instrucciones:

1. Por cada uno de los subcriterios lea el alcance, los elementos medibles y, mediante un análisis grupal, determine si se cumplen plenamente, es decir, si para el subcriterio en cuestión se dispone de todos los elementos medibles que allí se enuncian y si tales elementos cumplen con las características descritas en dicho alcance. El concepto de “características” se refiere a las posibles cualidades establecidas para los elementos medibles. Ejemplo: “estar documentados y formalmente adaptados”.

2. En caso de identificar al menos un elemento faltante o una característica que no se cumple, se debe seleccionar la opción “NO” en la casilla correspondiente y proceder a redactar las oportunidades de mejora en la primera columna del formato 2 que se muestra más adelante. Si, por el contrario, frente al estándar en cuestión, se dispone de todos los elementos requeridos y éstos cumplen con todas las características definidas en el estándar, se debe seleccionar la opción “SÍ”. En caso de seleccionar la opción “NO” aparecerá automáticamente un valor de 0 bajo la columna “PUNTOS OBTENIDOS”. Por el contrario, al seleccionar la opción “SÍ” aparecerá en dicha columna un valor numérico correspondiente a los puntos asociados a dicho elemento medible.

Al concluir la autoevaluación para la totalidad de los estándares, la HOJA DE RESUMEN de la aplicación mostrará un balance cuantitativo de la situación institucional con respecto a los estándares.

3.2. FORMULACIÓN O ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE MEJORA

Una vez consolidada la autoevaluación sistemática con respecto a la totalidad de los estándares aplicables a la institución, se procederá con la formulación del plan de mejora.

Cada una de las respuestas registradas como “NO” bajo la columna “¿CUMPLE?” en la herramienta de autoevaluación y calificación es una oportunidad de mejora. Por consiguiente, cada cero (0) obtenido en dicha herramienta debe conducir a la inclusión de una oportunidad de mejora en la columna 1 del formato 1 que se presenta más adelante.

Las oportunidades de mejora se deben redactar en términos claros y negativos; es decir, a manera de debilidades; ejemplos: “No se dispone de un proceso documentado de evaluación del desempeño”, “No todo el personal que participa en los procesos de gestión de recursos físicos aplica sistemáticamente los procedimientos documentados”.

Por cada oportunidad de mejora se propondrá una o más actividades o tareas que conduzcan a intervenirla. Es fundamental que las actividades incluidas en este plan se encaminen a intervenir correctamente la deficiencia o la causa raíz de las oportunidades de mejora identificadas durante la autoevaluación, es decir, que permitan corregir el origen del problema y no sus síntomas. A manera de ejemplo, si en una oportunidad de mejora se establece: “La entidad no está ejecutando sistemáticamente el programa de difusión de buenas prácticas”, la actividad no debe redactarse como “ejecutar sistemáticamente el programa de difusión de buenas prácticas”. En su lugar, debe identificarse cuál o cuáles son los factores que están conduciendo a no ejecutar el programa de difusión y trazar acciones dirigidas a corregirlos. Para ello es generalmente útil aplicar la técnica de los “5 POR QUÉS”, que consiste en indagar sucesivamente las causas de un problema.

Otro elemento clave que se debe considerar es que el plan de mejora debe permitir la intervención de todas las oportunidades de mejora identificadas, aunque no necesariamente en una relación de uno a uno, es decir, una misma actividad puede permitir la intervención de varias oportunidades de mejora pero, en ocasiones, una sola oportunidad de mejora puede ser tan compleja que requiera la formulación de varias actividades.

Es importante que cada actividad contenida en el plan de mejora tenga, como mínimo, un responsable asignado y una fecha límite para su desarrollo. El formato 1 incluye también una columna destinada a los medios de verificación, que no son otra cosa que los productos esperados de cada

actividad. Las dos columnas finales del formato permiten dejar constancia de los avances y logros identificados durante las reuniones de seguimiento.

El plan de mejora inicial, es decir, aquel que se formula a partir de la primera autoevaluación, tendrá un carácter dinámico. Esto significa que, a medida que surgen nuevas oportunidades de mejora, identificadas por el propio equipo de gestión del cambio (Comisión de Mejoría de la Calidad de la Atención o grupo equivalente) o por los evaluadores externos, estas deberán incorporarse al plan y generar nuevas tareas, lo cual es ideal en el marco de la filosofía de mejoramiento continuo. En otras palabras, después de cada evaluación externa, con o sin reconocimiento a la excelencia, la institución debe actualizar su plan de mejora y continuar con su ejecución.

FORMATO 1. PLAN DE MEJORAMIENTO

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACTIVIDADES O TAREAS	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	HALLAZGOS EN REUNIONES DE SEGUIMIENTO	
					FECHA	AVANCES / LOGROS
Aquí redactará de manera clara y como una expresión negativa los criterios calificados como “NO CUMPLE” durante la autoevaluación.	Para cada oportunidad de mejora identificada establecerá la o las tarea(s) necesarias para intervenir la deficiencia (recuerde que puede utilizar la técnica de los “5 POR QUÉS”) para identificar la causa raíz del problema	Para cada tarea es importante identificar el responsable de llevar a cabo la misma.	Establezca una fecha en la que cada actividad debe haber concluido	Indique los productos o resultados que darán constancia de la ejecución de la o las actividades		En virtud de que cada actividad tiene un plazo de cumplimiento, en el ínterin deben efectuarse reuniones periódicas para el seguimiento de las mismas, anotando en esta casilla hasta dónde se ha avanzado o qué se ha logrado a la fecha (para identificar el nivel de avance en las actividades, utilice la técnica del semáforo)

4 Un ejemplo de la aplicación de esta técnica se encuentra en: <http://www.youtube.com/watch?v=3lwkSfVE8dM>

3.3. EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORA

Una vez formulado el Plan de Mejora en el formato 1 presentado anteriormente, o en uno equivalente, y luego de constatar que éste permite intervenir la totalidad de las oportunidades de mejora identificadas durante la primera etapa del proceso, se debe proceder con su ejecución. Para ello, cada uno de los responsables designados debe asumir las actividades y tareas que le corresponden: estandarización de procesos, divulgación de los mismos a los responsables de su aplicación, diseño de indicadores, medición y análisis de los mismos, etc.

Dado que durante la ejecución se pueden presentar dificultades en la realización de las tareas, es necesario que desde el principio se programen las correspondientes jornadas de seguimiento. Se recomienda que, para garantizar la dinámica del proceso, estas reuniones sean programadas con una periodicidad mensual. En principio se programarían entre 3 y 5 reuniones. En tal sentido, las fechas límite determinadas en el plan deben coincidir con las programadas para las reuniones de seguimiento.

Es conveniente que durante las reuniones de seguimiento se generen listas de asistencia en las cuales quede constancia expresa de la fecha, hora de inicio y de finalización, nombres y firmas de quienes participaron en cada una de estas actividades. Durante estas reuniones se completarán las dos columnas finales del plan de mejora. En la primera se registrará la fecha de realización del seguimiento y en la segunda, los avances y logros. A manera de ejemplos: “El proceso se encuentra completamente estandarizado y ya ha sido aprobado por la dirección”; “Se ha avanzado en la capacitación pero aun no se ha logrado la cobertura esperada. “Faltan 8 colaboradores por capacitar”; o bien: “Sin avances en esta tarea”.

Una recomendación útil consiste en presentar en forma de semáforo, en el plan, las celdas correspondientes a los avances y logros. Así, una tarea completamente cumplida quedaría con un relleno verde, si la tarea tiene avances pero no está totalmente realizada quedaría en amarillo, y si no tiene avances se marcaría con rojo. Esto permite hacer un balance cuantitativo al final de cada seguimiento y medir las proporciones de tareas cumplidas, en proceso y no cumplidas.

Un requisito fundamental para el éxito de esta etapa es el compromiso de los directivos, el cual se expresa en su apoyo para la realización de las actividades, su presencia durante las actividades de seguimiento y su nivel de exigencia sobre los responsables de las tareas, para que éstas puedan llegar a feliz término.

Es posible que durante las reuniones de seguimiento al plan de mejora se identifiquen nuevas oportunidades de mejora, las cuales pueden dar lugar a la formulación de tareas adicionales y por tanto, requerirán de la identificación de responsables, fechas límites y cronograma de seguimiento a las mismas.

Es importante tener presente que los evaluadores externos pueden solicitar, durante las visitas, la autoevaluación inicial, el plan de mejora formulado a partir de dicha autoevaluación y los soportes de las reuniones de seguimiento realizadas.

3.4. CUMPLIMIENTO DE METAS DE MEJORAMIENTO

A medida que se avanza en la ejecución del plan y se incrementa el número de tareas cumplidas, la institución podrá identificar el momento en el cual se encuentra preparada para elaborar su informe de postulación y solicitar una evaluación externa, teniendo en cuenta los requerimientos de puntos presentados en la Tabla 1:

TABLA 1. Niveles de reconocimiento para CDEx en función de los logros alcanzados

RECONOCIMIENTO A ALCANZAR	LOGROS REQUERIDOS EN PUNTOS	MÁS: UN NIVEL MÍNIMO EN TODAS LAS CARACTERÍSTICAS (RADAR)
Placa	500 – 580 Puntos	35%
Primera Estrella	581 – 660 Puntos	40%
Segunda Estrella	661 – 740 Puntos	45%
Tercera Estrella	741 – 820 Puntos	50%
Cuarta Estrella	821 – 900 Puntos	55%
Quinta Estrella	901 – 1000 Puntos + Indicadores en Niveles de Excelencia	70%

Los puntos fueron asignados teniendo en cuenta que cada subcriterio totalmente cumplido representa el 20% del puntaje del estándar. En tal sentido, si un estándar tiene un valor de 60 puntos, significa que cada subcriterio completamente cumplido tendrá un valor neto de 12 puntos. Así, si una institución considera que 3 de los subcriterios de este estándar están completamente cumplidos, pero en los dos restantes no se tienen avances, la aplicación en MS-Excel® reportará un avance de 36 puntos en dicho estándar.

Con el fin de evitar asimetrías en el cumplimiento de los estándares e impedir que los buenos resultados obtenidos en algunos de ellos logren enmascarar el incumplimiento de otros, la Tabla 1 incluye, como regla complementaria, el nivel mínimo que se debe alcanzar en las diferentes características aplicables (8 características de excelencia en el caso de los hospitales y 6 en el caso de las DPS).

Esto significa que para obtener la placa que acredita a una institución como Centro de Excelencia Materno Infantil, además de alcanzar un puntaje mínimo entre 500 y 580 puntos, ninguna de las características debe tener un puntaje inferior al 35%. Para el efecto, se han diseñado diagramas de radar que permitirán realizar el seguimiento al proceso de mejora, tanto en la autoevaluación como en la evaluación externa.

El diagrama de radar se construye automáticamente a partir de la HOJA DE SÍNTESIS y corresponde a la cuarta hoja de la aplicación en MS-Excel® entregada a cada institución. Así se podrá saber el resultado obtenido en cada una las características aplicables a la institución, como lo muestra a continuación la Tabla 2.

TABLA 2. Ejemplo de consolidación de los niveles de logro por características

CARACTERÍSTICAS	NIVEL DE LOGRO
Sistemas y capacidad gerencial fortalecida	33.00%
Servicios MI basados en evidencia	60.00%
Interconexión en red establecida	42.00%
Infraestructura básica habilitada	44.00%
Medio ambiente preservado	50.00%
Comunidad participando en la gestión	66.00%
Unidad de capacitación desarrollada	60.00%
Hospital preparado ante E&D	75.00%

Para obtener el nivel de logro de una característica, la aplicación sumará los puntos estimados de avance de los estándares que conforman cada característica, utilizando el método de subcriterios, como se explicó anteriormente. El valor obtenido se divide por el total de puntos posibles, es decir, los asignados a cada uno de los estándares que integran la característica en cuestión. El resultado obtenido se expresará en porcentaje.

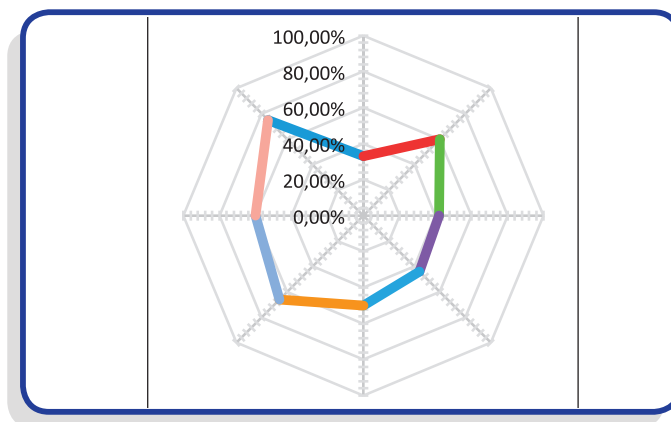
A manera de ejemplo, la característica “Medio Ambiente Preservado” en el caso de los hospitales está conformada por 3 estándares: “Gestión del Riesgo y Bioseguridad”, “Gestión Integral de Desechos y Residuos Sólidos Hospitalarios”, y “Prevención y Control de Infecciones”. Asumiendo que los puntos estimados fueran los que se presentan a continuación en la Tabla 3, el Hospital “ABC” tendría un 53,33% de logro en esta característica, valor que se obtiene al dividir 96/180 y multiplicar el resultado por 100.

TABLA 3. Ejemplo de consolidación del puntaje para la característica: “Medio Ambiente Preservado”

ESTÁNDARES QUE CONFORMAN LA CARACTERÍSTICA	PUNTOS ESTIMADOS DE LOGRO	PUNTOS POSIBLES
Gestión del Riesgo y Bioseguridad	42 (3 subcriterios cumplidos)	70
Gestión Integral de Desechos y Residuos Hospitalarios	24 (2 subcriterios cumplidos)	60
Prevención y Control de Infecciones	30 (3 subcriterios cumplidos)	50
TOTALES	96	180

Cuando se efectúa la calificación de todos los estándares y subcriterios en la aplicación correspondiente, se obtendrá un diagrama similar al que se presenta en la figura 3. Si se analiza este diagrama, y el conjunto de valores que le dan origen (ver Tabla 2), se observa que una de las características aplicables se encuentra en resultados por debajo del 35% de modo que, aun si esta entidad tuviera más de 500 puntos totales, no podría solicitar la visita de evaluación externa hasta tanto se alcancen los niveles requeridos en las características que aparecen como deficitarias.

FIGURA 3. Ejemplo de Diagrama de Radar para un hospital



En cada informe de postulación será necesario incluir el diagrama de radar obtenido por la propia institución y el detalle de las tablas con la calificación por cada uno de los estándares y características, como se explica en el siguiente capítulo.

5 Cada hospital y DPS participante recibirá la aplicación en MS-Excel para la elaboración de este diagrama.

3.5. ELABORACIÓN DEL INFORME DE POSTULACIÓN

Tan pronto como el hospital o la DPS considere que ha alcanzado el puntaje mínimo requerido para optar a uno de los reconocimientos que lo acreditan como Centro de Excelencia Materno-Infantil y que las diferentes características aplicables superan el nivel mínimo requerido, podrán proceder con la elaboración del informe de postulación, cuyo envío al Viceministerio de Garantía de la Calidad se constituye en la solicitud automática de la visita de evaluación externa.

El informe constará de 2 ejemplares impresos, más una copia en disco magnético de tipo CD-R o DVD-R (Disco Compacto no Re-escribible), lo cual significa que no podrán utilizarse los formatos “RW”. El informe incluido en el disco compacto y sus anexos se deberán presentar en formato PDF.

El informe escrito no podrá tener más de 150 páginas impresas de extensión, incluidas las portadas, tablas de contenido o índices, anexos y demás. En todas las páginas se utilizará letra Arial, Tahoma, Calibri o Verdana de 11 a 12 puntos, a espacio sencillo, en una sola columna y con márgenes iguales de 2,5 cm. Las páginas serán de tamaño carta y estarán numeradas en la esquina superior derecha.

El informe de postulación incluirá los siguientes componentes:

1. Características generales de la institución: Debe ser un texto breve, en el cual se describa, como mínimo: el tipo de institución (hospital o DPS), su localización geográfica y demás datos de identificación y, en el caso específico de los hospitales, su nivel de complejidad, el número de camas y el tipo de servicios que ofrece (resumen global del portafolio de servicios).

2. Plataforma estratégica: En esta sección se deberá transcribir la misión, visión, valores y/o principios, política de calidad, política de seguridad del paciente y demás componentes que se considere parte de la plataforma estratégica de la institución. En caso de contar con muchas políticas, podrían ser enunciadas algunas, transcribiendo por completo solo aquellas que se considere relevantes para los temas objeto de la Certificación como Centro de Excelencia Materno-Infantil.

3. Autoevaluación por estándares: Este es el componente central del informe, en el cual la institución participante describirá sus desarrollos, avances y logros en materia de estructura, procesos y resultados, por cada uno de los estándares aplicables. Para el efecto, se deberá utilizar

el formato que se presenta en el anexo de este documento y atender los lineamientos del instructivo que lo acompaña.

4. Anexos: Incluyen, en primer lugar, el diagrama de radar obtenido por la institución al momento de su última autoevaluación. En caso necesario, podrá incluirse en este apartado los documentos, fotografías, tablas, gráficos, esquemas o demás evidencias que se consideren pertinentes para sustentar la autoevaluación. Los anexos deben presentarse correctamente enumerados y estar mencionados o referenciados desde el componente de autoevaluación.

Dada la importancia que tiene el informe de postulación para transmitir una idea clara sobre el estado de avance de la institución en su proceso de mejoramiento, resulta conveniente formular algunas sugerencias adicionales, que orienten la elaboración de dicho documento:

2.3.1. El informe debe ser objetivo y técnico: Trate de registrar en su informe de postulación solo aquellos hechos y datos que esté en capacidad de demostrar objetivamente. Absténgase de incluir expresiones o comentarios subjetivos o imprecisos, o que no guarden relación con el estándar que se está sustentando.

2.3.2. Rigor ético, científico y metodológico: Si fuera necesario utilizar textos o materiales procedentes de otros documentos técnicos o legales, sea cuidadoso en el uso de las citas bibliográficas. El uso indebido de textos o materiales ajenos es causa de descalificación del proceso.

2.3.3. La presentación general de un documento dice mucho acerca de la institución que lo genera y de las personas que lo elaboraron; mucho más cuando se trata de instituciones y personas enfocadas en la búsqueda de la excelencia. En tal sentido, resulta necesario procurar una presentación impecable, de la cual hacen parte, entre muchas otras características, las siguientes:

- Concreto. El informe debe expresar ideas claras, sin exceso de textos o repeticiones que distorsionen el hecho o argumento que se desea sustentar.
- Bien redactado. Con un estilo claro y sencillo, una buena sintaxis, uso correcto de los tiempos gramaticales y sin giros innecesarios o términos rebuscados.

- Buena ortografía y puntuación. La utilización de los correctores ortográficos en los programas procesadores de textos son una buena ayuda que se debe utilizar. La revisión del borrador por varias personas también contribuye a lograr un mejor producto final.
- Agradable de leer. Utilice un mismo tipo de letra, un espaciado y márgenes constantes y los tipos y tamaños de letra recomendados. Evite los títulos huérfanos y las líneas viudas.
- Con gráficos y tablas bien presentados. Evite los esquemas recargados, utilice títulos descriptivos y sea riguroso en la denominación de los ejes, citación de fuentes, períodos representados, etc. Recuerde que si se desea presentar una tendencia, el diagrama de elección será el “gráfico de línea”; si se desea comparar, se pueden usar gráficos de barras o columnas, pero si lo que se desea es presentar una distribución, el más recomendable es el diagrama circular o de pastel.

3.6. PREPARACIÓN PARA LA EVALUACIÓN EXTERNA

Una vez asignadas las fechas para la visita de evaluación externa, la entidad debe prepararse para esta actividad. La preparación supone tres acciones fundamentales: reservar el tiempo de los participantes, para evitar interferencias entre la visita de evaluación y otras actividades institucionales, disponer de la documentación que podrá ser requerida por los evaluadores y programar toda la logística de esta actividad. Para ello puede ser necesario realizar una o más reuniones, en las cuales se traten estos temas y se asignen las responsabilidades correspondientes.

Para reservar el tiempo de los participantes es necesario determinar, con absoluta claridad, quiénes serán las personas que intervendrán en las reuniones con los evaluadores externos, porque son las responsables directas de sustentar cada uno de los temas abordados en los estándares. Para el efecto, la comunicación en la cual se anuncia la visita incluirá una agenda detallada, en la cual se establezcan los participantes en cada actividad. La entidad debe, por tanto, identificar y solucionar las posibles dificultades, de manera que se garantice que los convocados podrán estar presentes durante las reuniones con los evaluadores. Esto puede requerir el aplazamiento de algunas reuniones internas o la reprogramación de cuadros de turnos, entre otras acciones.

Para preparar la documentación que eventualmente puede ser solicitada por los evaluadores externos, se sugiere revisar sistemáticamente, estándar por estándar, el componente de evidencias. Es deseable que para el momento de la visita se disponga de estos documentos de manera muy ordenada y

clasificada, bien sea en medios físicos o magnéticos, de tal forma que la búsqueda de los mismos no genere retrasos en las actividades. Para el caso de la información en medio magnético, se sugiere contar con al menos dos fuentes. A manera de ejemplo, si la institución dispone de todos sus procesos, procedimientos y gráficos de indicadores en la red interna, ese puede ser su Plan A, pero debe contar con un Plan B, es decir, disponer de una copia de la misma información en un DVD de datos, en un disco duro externo o en un computador portátil. Se recomienda contar con dicha información “en las nubes”, como salvaguarda en caso de cualquier daño o percance a los equipos informáticos citados previamente.

La preparación de la logística incluye, entre sus principales aspectos, los siguientes:

- 1.** Garantizar la disponibilidad de un espacio para estacionamiento del vehículo en el cual llegarán los evaluadores.
- 2.** Definir quién o quiénes serán los responsables de recibir a los evaluadores, una vez que lleguen a la institución, y orientarlos hacia el sitio donde se realizará la reunión de apertura (normalmente, un auditorio o salón de reuniones con buena capacidad).
- 3.** Determinar los sitios para la reunión de apertura y para las reuniones privadas entre los evaluadores y el equipo gerencial y de gestión del cambio. Estas áreas deben ser cómodas, e incluir las sillas suficientes para los participantes. Se sugiere preparar rótulos visibles, con los nombres de los participantes, a fin de facilitar la comunicación con los evaluadores.
- 4.** Preparar los equipos necesarios para proyectar los documentos que serán presentados en medio magnético.
- 5.** Designar las personas que acompañarán a los evaluadores durante su recorrido por la institución.
- 6.** Destinar un espacio privado en el cual se puedan reunir los evaluadores para deliberaciones internas y en el cual puedan guardar de manera segura sus objetos personales.
- 7.** En este mismo espacio destinado a la deliberación privada de los evaluadores se puede servir el almuerzo, porque es ideal que los evaluadores no compartan con el personal de la institución durante esta actividad. Para no ir en contra del código de ética, lo más conveniente es que los evaluadores puedan almorzar por fuera de la institución. Ahora bien, si la institución va a asumir la alimentación, se debe tratar de platos

sencillos preparados en la misma, nunca procedentes de restaurantes externos costosos.

8. Coordinar todo lo necesario para garantizar que los evaluadores podrán acceder sin dificultad a las áreas.

Cabe recordar que estos lineamientos son solamente una guía que no pretende ser exhaustiva y que, por tanto, es posible que existan otros aspectos que deben ser objeto de una cuidadosa planeación con miras a garantizar el éxito de la visita de evaluación externa.

3.7. EVALUACIÓN EXTERNA

Una visita de evaluación externa durará, típicamente, dos días, en el caso de las DPS y tres días, en el caso de los hospitales. Cada visita incluirá las siguientes actividades:

- 1.** Una reunión de apertura, que tendrá una duración máxima de 15 minutos y servirá para presentar a los evaluadores ante el personal de la institución, dar a conocer los objetivos y la mecánica de la visita y dar inicio formal a la misma.
- 2.** Reuniones privadas entre los evaluadores y el equipo gerencial y de gestión del cambio. Durante estas reuniones se indagará y profundizará sobre aspectos específicos del informe de postulación y se revisarán las evidencias del cumplimiento de los estándares.
- 3.** Entrevistas con empleados, seleccionados aleatoriamente, para aplicar instrumentos estructurados que permitirán valorar el grado de despliegue, a los clientes internos, de los contenidos relacionados con los estándares.
- 4.** Entrevistas con pacientes y sus familiares, seleccionados aleatoriamente, para aplicar instrumentos estructurados que permitirán valorar el grado de despliegue, a los clientes externos, de los contenidos relacionados con los estándares (esta actividad solo aplica en el caso de los hospitales).
- 5.** Auditoría de historias clínicas, lo cual permitirá constatar que la atención a los usuarios se lleva a cabo conforme a lo establecido en los estándares (esta actividad solo aplica en el caso de los hospitales).
- 6.** Evaluación de otros elementos documentales de soporte.

7. Reunión de cierre, que permitirá que los evaluadores agradezcan a la institución su colaboración para el desarrollo de la visita, destaquen las principales fortalezas y oportunidades de mejora identificadas y realicen el cierre formal de la actividad.

Cabe aclarar que la visita inicial o de otorgamiento hará énfasis en la documentación y despliegue, mientras que las visitas de seguimiento se concentrarán mucho más en constatar los resultados del proceso de mejoramiento, razón por la cual tendrán agendas diferentes, con menos tiempo para las reuniones y mucho más énfasis en los recorridos, auditoría de historias clínicas, entrevistas con los usuarios y con el personal, etc.

3.8. RECONOCIMIENTO A LA EXCELENCIA

Luego de concluida la visita de evaluación externa, los evaluadores tendrán 10 días hábiles para entregar un informe al Viceministerio de Garantía de la Calidad, en el cual presentarán las fortalezas y oportunidades de mejora identificadas durante la visita a la institución y un conjunto de recomendaciones para el mejoramiento. El informe incluirá, así mismo, los puntajes obtenidos por la institución en cada uno de los estándares y los resultados por característica (diagrama de radar).

El Viceministerio de Garantía de la Calidad (Comisión Evaluadora) dispondrá de 10 días hábiles para revisar este informe, compararlo con el informe de postulación presentado por la institución y solicitar a los evaluadores las aclaraciones que se considere pertinentes. Una vez se tenga en firme el informe de evaluación externa, este será remitido a la institución visitada.

Si los hallazgos de la visita, consignados en el informe definitivo, permiten sustentar que la institución ha alcanzado los puntajes necesarios para acceder a uno o más reconocimientos, el Viceministro de Garantía de la Calidad coordinará con el líder de la institución la fecha, hora y lugar en que se entregará este o estos reconocimientos.

El primer reconocimiento que se puede alcanzar es una **placa** que acredita a la institución como Centro de Excelencia Materno-Infantil. Una vez obtenida la placa, o simultáneamente con su obtención, la institución podrá acceder a los reconocimientos adicionales, los cuales dan testimonio del proceso de mejoramiento continuo de la calidad en el cumplimiento de los estándares de excelencia. Estos reconocimientos adicionales son estrellas que se podrán obtener hasta un número de 5, conforme a lo establecido en la Tabla 1 del presente documento. Las estrellas se adherirán a la placa inicialmente obtenida por la institución.

Con el fin de activar el incentivo de prestigio que le confiere su fortaleza a los modelos de fomento de la excelencia (acreditación, certificación y premios), se prevé que los reconocimientos se entreguen en ceremonias formales, idealmente con presencia del Ministro de Salud y/o del Viceministro de Garantía de la Calidad y con difusión en los medios masivos de comunicación. En una ceremonia podrán entregarse reconocimientos de excelencia a una o a varias instituciones.

En los casos en los que el informe demuestre que la institución no ha alcanzado los puntajes requeridos, la misma deberá seguir trabajando en su proceso de mejoramiento y presentar un nuevo informe de postulación una vez se considere que se han subsanado las deficiencias identificadas. Se estima que, en estos casos, el nuevo informe de postulación no deberá presentarse antes de seis (6) meses calendario.

Ahora bien, si la institución que recibe el informe adverso considera que la evaluación no ha sido justa o que existen errores en la misma, puede solicitar al Viceministerio de Garantía de la Calidad que su caso sea revisado por el Comité de Apelación, tal como se describe en el capítulo 2 de este documento.

Con el fin de garantizar que habrá un mantenimiento de los logros alcanzados y un mejoramiento continuo de la calidad, se establece que una institución que haya obtenido uno cualquiera de los niveles de reconocimiento, podrá perderlo por las siguientes causales:

1. Cuando hayan transcurrido 9 meses desde la ceremonia de entrega del reconocimiento anterior sin que la institución haya presentado un nuevo informe de postulación para optar al reconocimiento inmediatamente siguiente.
2. Cuando durante una visita de seguimiento se encuentre que la institución no alcanza el puntaje requerido para el reconocimiento al cual aspira y que, adicionalmente, el puntaje obtenido es inferior al alcanzado durante la visita anterior.
3. Ante la ocurrencia de eventos graves de calidad o de hechos escandalosos, en los cuales se demuestre impericia, imprudencia, negligencia o inobservancia de procedimientos o normas aplicables a la institución.

Finalmente, cabe comentar que para el momento en el cual las instituciones hayan alcanzado su máximo nivel como Centros de Excelencia-Materno Infantil (placas y 5 estrellas), muy probablemente estarán preparadas para

ascender un escalón más: el de la acreditación. En este orden de ideas, el proceso de certificación de centros de excelencia habrá logrado el último de sus objetivos estratégicos: Contribuir a sentar las bases para un futuro sistema de acreditación.

4. DIRECTRICES SOBRE DOCUMENTACIÓN DE PROCESOS E INDICADORES

4.1. INTRODUCCIÓN

Uno de los principales retos que afrontan las organizaciones de salud, en el marco del proceso de mejoramiento de la calidad, es la necesidad de estandarizar sus procesos y de diseñar indicadores que se constituyan en herramientas útiles para la toma de decisiones que, al mismo tiempo, permitan hacer seguimiento a las mejoras de calidad. Con mucha frecuencia, los indicadores que se diseñan guardan escasa relación con los procesos a los cuales pretenden evaluar, lo cual reduce ostensiblemente la efectividad de la gestión de calidad. Por consiguiente, resulta fundamental que, desde la etapa misma de estandarización de los procesos y procedimientos, las organizaciones se encaminen correctamente hacia la construcción de indicadores útiles y debidamente alineados con los procesos y procedimientos.

El presente capítulo propone una metodología sencilla para diseñar y estandarizar indicadores alineados con los procesos y procedimientos institucionales.

4.2. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES

El mejoramiento de la calidad debe entenderse como un ejercicio sistemático de aplicación del Ciclo PHVA (Planear–Hacer–Verificar–Actuar), el cual ha probado ser una herramienta eficaz para inducir el mejoramiento de la calidad. Este ciclo considera, como parte de la etapa de Planeación, la formulación de tres preguntas fundamentales:

- ¿Qué queremos lograr?
- ¿Cuáles cambios debemos hacer para inducir la mejora?
- ¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora?

Estas preguntas permiten orientar la realización de dos tareas esenciales: la identificación de las metas y la selección de los medios para lograrlas. En la metodología que aquí se propone, las metas estarán expresadas mediante los Indicadores de Gestión, y los medios para lograrlas tendrán un doble enfoque:

A. **Enfoque proactivo:** Análisis, mejoramiento y estandarización de los procesos y procedimientos.

B. **Enfoque retrospectivo:** Formulación de estrategias de mejora con base en el análisis de los resultados de los Indicadores de Gestión.

Este doble enfoque refuerza la necesidad de formular indicadores de gestión congruentes con los procesos y procedimientos y orienta los conceptos que se revisan a continuación.

4.2.1. Aspectos fundamentales en la estandarización de procesos y procedimientos

Cuando una organización de salud emprende un proceso de mejoramiento de calidad, necesariamente asume a la tarea de estandarizar sus procesos y procedimientos. Esta labor implica evaluar, analizar y mejorar la manera como se hacen las cosas en la organización.

Existe una gran diferencia entre el “levantamiento” y la estandarización de procesos y procedimientos. El primero consiste en la simple descripción de las tareas que se vienen ejecutando para llevar a cabo los procedimientos y generalmente con escasas mejoras. El segundo implica evaluar y analizar cuidadosamente la ejecución para introducir ajustes que permitan mejorar la manera de llevar a cabo los procesos y procedimientos.

Los procesos y procedimientos mejorados y estandarizados hacen parte del soporte documental de calidad de las organizaciones y, por lo tanto, se deben constituir en un mensaje explícito sobre la manera correcta de hacer las cosas en la institución. En otras palabras, los procesos y procedimientos deben documentarse y asumirse como referentes de calidad para las organizaciones y, en este orden de ideas, ser un insumo fundamental para la construcción de una cultura de calidad, por cuanto contribuyen a regular el comportamiento, desarrollo y actuación del personal, de conformidad con los lineamientos estratégicos de las entidades.

Para que los procesos y procedimientos implementados por una institución puedan cumplir su cometido de constituirse en referentes de calidad, deben cumplir, entre otras, con las siguientes condiciones:

A. Claridad. Los procesos y procedimientos documentados deben impartir un mensaje claro sobre el qué se debe hacer, quién lo debe hacer y cómo lo debe hacer. En tal sentido, resulta fundamental que el modelo de estandarización que se adopte incluya, además de las actividades o tareas detalladas que conforman cada procedimiento, los responsables de las mismas. Así mismo, el lenguaje de la documentación debe ser comprensible para quienes lo van a aplicar y para cualquier persona que desee consultarlo o revisarlo.

B. Aplicabilidad. Debe existir una relación clara entre los procesos y procedimientos documentados y la estructura disponible para su ejecución en la institución (personal, planta física, equipos, insumos, programas o aplicativos, reglamentos o instructivos, entre otros). Para ello es necesario que el proceso de mejora y estandarización se realice con las personas que ejecutan los procedimientos y cuente con el apoyo de la alta dirección de la institución.

El análisis constructivo entre estos dos grupos de interés, con base en las necesidades identificadas, permitirá determinar la manera más eficiente de introducir los cambios requeridos en la estructura o en los procesos. De esta manera, será posible lograr la congruencia necesaria entre la estructura institucional y lo documentado. Adicionalmente, la participación de los responsables de la ejecución en la documentación de los procesos y procedimientos permite empezar a cimentar su compromiso con la posterior ejecución de los mismos, lo cual contribuirá a la pertinencia y, por consiguiente, a la eficiencia, eficacia, seguridad y efectividad de los procedimientos y a la satisfacción de los clientes internos y externos de los mismos.

C. Enfoque hacia la calidad. Para constituirse en verdaderos referentes de calidad, los procesos y procedimientos documentados deben partir de una identificación de sus clientes internos y externos y de la consecuente determinación de sus necesidades y expectativas, a partir de las cuales se identificarán las actividades, las advertencias o recomendaciones y los productos o resultados esperados, los cuales deben consignarse de manera explícita en los procesos y procedimientos institucionales.

Las actividades permitirán definir la manera general de proceder, es decir, la secuencia lógica de tareas que conducirá al logro del producto o resultado esperado; mientras que las advertencias o recomendaciones servirán para

establecer las normas de conducta o las prohibiciones relacionadas con la ejecución del procedimiento.

Se debe prestar especial atención a la definición de los productos o resultados esperados, porque ellos serán la base para la formulación de los indicadores de gestión. Establecer los productos o resultados con enfoque hacia la calidad implica definir claramente qué es lo que se espera lograr al final de cada procedimiento ejecutado.

A manera de ejemplo, el producto de un procedimiento de atención a un usuario no debe limitarse a “Usuario atendido”. Con enfoque hacia la calidad, el producto o resultado esperado podría ser algo como: “Usuario atendido de manera oportuna, debidamente informado, satisfecho con la amabilidad de la atención, con la prontitud del servicio y con la claridad y suficiencia de la información suministrada”. Este tipo de productos, descritos explícitamente, además de brindar un mensaje claro al responsable del procedimiento sobre lo que se espera de él o ella, permiten identificar los atributos o características clave de calidad, a partir de los cuales se formularán los indicadores de gestión, como se describe más adelante.

D. Sencillez. El formato que se adopte para documentar los procesos y procedimientos debe centrarse en los elementos esenciales y evitar la inclusión de componentes innecesarios que no le agregan valor a la documentación y, en cambio, si pueden hacer más dispendioso el proceso de estandarización y dificultar la transmisión del mensaje que se pretende dar. Existen múltiples formatos para documentar procesos y procedimientos y serán los líderes de cada organización quienes elijan el que más se ajuste a sus necesidades.

4.2.2. Aspectos esenciales en el diseño de indicadores de gestión

Los indicadores de gestión son comparables a los instrumentos clínicos como el tensiómetro o el termómetro, que permiten medir los signos vitales de un paciente. Los indicadores medirán los signos vitales de la organización solo en la medida en que permitan conocer el desempeño real de los procesos y sus cambios a lo largo del tiempo. De la misma manera que un instrumento clínico mal calibrado conducirá a lecturas erróneas, que pueden llevar a adoptar decisiones igualmente equivocadas, un indicador con deficiencias de diseño puede brindar información incorrecta sobre el comportamiento de los procesos y conducir a la toma de decisiones inútiles o contraproducentes, o lo que es peor, a la inactividad basada en la falta de información útil. Por lo anterior, quienes diseñan indicadores de gestión deben velar por el cumplimiento de un conjunto de características que le

confieren a estas herramientas su capacidad para brindar lecturas confiables y apoyar la toma de decisiones pertinentes.

Las principales características que debe cumplir un buen indicador de gestión son:

A. Fiabilidad o Consistencia. Un indicador se considera fiable o consistente en la medida en que sus resultados no se ven afectados por un cambio de evaluador, lo cual permite confiar en las comparaciones espaciales y temporales. Esto significa que si un mismo indicador está siendo utilizado en diferentes regiones o instituciones, o en diversas áreas de una misma institución, los resultados son comparables porque se ha calculado de la misma manera. Igualmente, se puede confiar en que las variaciones a lo largo del tiempo obedecen a cambios en el comportamiento de la variable y no en el método de medición.

La fiabilidad de un indicador se logra mediante una estandarización que garantice la precisión en el uso de los datos, lo cual justifica el uso de buenas fichas técnicas. Adicionalmente, se considera importante entrenar a los responsables de la generación de los datos y del cálculo del indicador para evitar posibles sesgos de información atribuibles a los observadores.

B. Validez. Implica que el indicador mida efectivamente lo que se pretende medir y no otra variable. La validez se logra en la medida en que se satisfacen tres condiciones básicas:

- El alcance de la característica o variable objeto de análisis está claramente descrito y el indicador se ajusta a dicho alcance (validez de contenido).
- En el diseño del indicador se ha tenido en cuenta el comportamiento de la variable para decidir la forma, el momento y el lugar más adecuados para obtener datos confiables (validez de constructo).
- El indicador está fundamentado en evidencia científica y/o en exigencias normativas que apoyan su racionalidad y las metas que para él se han definido (validez de criterio).

C. Sensibilidad. Un buen indicador debe modificarse en sus resultados siempre que se produzcan cambios en el comportamiento de la variable sujeta al análisis. La sensibilidad es la capacidad del indicador para evitar los falsos negativos. Para el efecto, resulta necesario analizar todas las posibles situaciones que puedan considerarse cambios en la variable y constatar que el indicador está diseñado para captarlas.

D. Especificidad. Un buen indicador no debe modificarse en sus resultados por variables ajenas a aquella que se pretende medir. La especificidad está relacionada, por lo tanto, con la capacidad del indicador para evitar los falsos positivos. Es muy importante que al momento de diseñar y estandarizar cada indicador se consideren los posibles criterios de exclusión.

E. Capacidad para inducir actuaciones positivas. Un buen indicador debe generar cambios favorables para la calidad en las actuaciones de los responsables de los procesos (autocontrol). Esta característica se logra en la medida en que se garantiza la alineación entre el indicador y los procedimientos y la divulgación amplia, tanto de los procesos y procedimientos como de la existencia y propósito de los indicadores mismos.

F. Relevancia. Los indicadores deben centrarse en la medición de aspectos fundamentales de la gestión en lugar de dispersarse en aspectos banales o menos trascendentes. El compromiso con lo esencial permite orientar la gestión hacia el logro de la visión y de los más grandes propósitos ligados a la estrategia de la organización.

Otro aspecto clave que debe abordarse desde el punto de vista conceptual es el relacionado con los tipos de indicadores que se utilizan para medir el desempeño de los procesos. Este tema resulta relevante al momento de decidir el tipo de indicador más conveniente para efectuar el seguimiento a un determinado proceso y para asignar técnicamente los nombres de los mismos.

Los principales tipos de indicadores utilizados en la Gestión de Calidad en Salud son: la proporción, el promedio, el índice, la tasa y la razón.

Una **proporción** es un indicador en el cual se establece una relación entre una parte y el todo. Esto significa que la cantidad registrada en el numerador está incluida en el denominador. El cociente así obtenido se multiplica por una constante que puede ser 100 o cualquiera de sus múltiplos.

En toda proporción las unidades de medición utilizadas en el numerador deben ser iguales a las aplicadas en el denominador. A manera de ejemplo, si se habla de “Proporción de usuarios satisfechos”, en el numerador se contabilizará el número de usuarios satisfechos, mientras que en el denominador se incluirá el total de usuarios encuestados, valor que incluye tanto a los satisfechos como a los insatisfechos. Una práctica incorrecta, pero bastante frecuente, consiste en denominar porcentajes a este tipo de indicadores. La práctica ortodoxa recomienda usar el término proporción.

Un **promedio** es un indicador en el cual se establece una relación entre una sumatoria de cantidades y el número total de mediciones realizadas para llegar a dicha sumatoria. En la gestión de la calidad en salud, los promedios se utilizan con frecuencia para medir la oportunidad y puntualidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios. A manera de ejemplo, para obtener el indicador “Promedio de tiempo de espera para la atención” se debe dividir la sumatoria de los tiempos de espera para la atención entre el total de usuarios atendidos.

Los promedios son indicadores que tienden a ocultar los extremos, principalmente cuando el número de mediciones es pequeño, razón por la cual se recomienda calcularlos sobre universos o sobre muestras representativas y complementar su evaluación con el análisis de la desviación estándar y de los valores mínimo y máximo de la serie de datos. Otro aspecto importante que se debe tener en cuenta cuando se va a diseñar un indicador de tipo promedio son las situaciones ajenas al indicador, las cuales deben manejarse en la ficha técnica como criterios de exclusión. Por ejemplo, cuando se está midiendo la oportunidad en la atención se deben tomar las precauciones del caso para excluir del cálculo, tanto del numerador como del denominador, aquellas situaciones en las cuales se prolonga la espera por razones ajenas a fallas de oportunidad. Tal es el caso de los servicios prestados en forma no oportuna por razones atribuibles al usuario. La no exclusión de estas situaciones conduciría a un problema de validez y de especificidad en el indicador.

Un **índice** es un indicador en el cual se establece una relación entre un número total de eventos y el número de sujetos en riesgo de presentar dichos eventos o de situaciones o eventos condicionantes de dicho riesgo. A manera de ejemplo, el “Índice de infecciones intrahospitalarias” contabiliza en el numerador el total de infecciones nosocomiales detectadas en una institución o un servicio durante un período determinado, y en el denominador el total de egresos de dicha institución o servicio durante el mismo período. De manera similar a la proporción, el índice incluye un factor multiplicador de tipo constante, pero a diferencia de la proporción, las cantidades en el numerador y el denominador son de naturaleza diferente.

Los índices se utilizan para medir riesgo en aquellas situaciones en las cuales un mismo sujeto puede presentar varios de los eventos que se contemplan en el numerador. En efecto, un usuario hospitalizado puede presentar más de una infección nosocomial, un usuario atendido en una institución puede presentar más de un evento adverso evitable, una fórmula médica o una historia clínica pueden presentar más de una inconsistencia. Cuando se trata de eventos únicos, se debe preferir la proporción. Por su naturaleza misma, los índices son indicadores más sensibles que las proporciones. Esta es la

razón por la cual se prefiere utilizar el índice de infecciones intrahospitalarias en lugar de la proporción de usuarios con infección intrahospitalaria.

Las **tasas** son formas especiales de índices, por cuanto miden el riesgo y lo hacen mediante la medición de eventos adversos. La característica básica de las tasas es que incorporan la variable tiempo en el denominador, lo cual puede hacerse de dos maneras: incluyendo la población a mitad de un período dado, como en el caso de las tasas de incidencia de determinada enfermedad o fenómeno en la población general; o bien calculando los días-persona de exposición a un factor de riesgo, como en el caso de las tasas que se utilizan comúnmente en las unidades de cuidado intensivo: Tasa de infecciones urinarias asociadas al uso de catéter vesical = $\frac{\text{Número de infecciones urinarias asociadas al uso de catéter vesical} \times 1000}{\text{Total de días-paciente con catéter vesical}}$.

Finalmente, la **razón** es cualquier indicador que compara dos cantidades de naturaleza diferente. Ejemplos de ello son la razón de mortalidad materna, la cual contabiliza el número de muertes maternas durante un período determinado, en relación con el total de nacidos vivos durante el mismo período.

4.3. MODELO PARA EL DISEÑO DE INDICADORES ALINEADOS CON LOS PROCESOS

La metodología que aquí se propone incluye dos etapas: La primera de ellas, conocida como “Desarrollo de los indicadores”, permite esbozar un conjunto amplio de indicadores que podrían medir el desempeño de un mismo proceso. A partir de este diseño general, se procede con la selección del indicador o indicadores que serán finalmente implementados. La segunda etapa, o de “Estandarización de los indicadores”, consiste en la descripción detallada, mediante fichas técnicas, de cada uno de los indicadores seleccionados durante la etapa anterior. A continuación, se explican las dos etapas señaladas:

4.3.1. Desarrollo de los indicadores

El éxito de esta etapa depende, en buena parte, de una adecuada caracterización de los productos o resultados esperados de los procedimientos, con enfoque hacia la calidad, tal como se explicó previamente. El primer paso de esta etapa consiste en evaluar los productos de los procedimientos que conforman un proceso y extraer de los mismos las características o atributos de calidad deseables para el proceso, los cuales serán registrados en la primera columna del formato que se presenta a continuación, en la Tabla 4.

TABLA 4. Formato para desarrollo de indicadores

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	NOMBRE DEL INDICADOR

Continuando con el ejemplo presentado anteriormente, se decía que el producto o resultado esperado de un determinado procedimiento de atención a usuarios podría ser:

- Usuario atendido de manera oportuna, debidamente informado, satisfecho con la amabilidad de la atención, con la prontitud del servicio y con la claridad y suficiencia de la información suministrada.

A partir de este producto se identifican, entre otras, las siguientes características o atributos de calidad, los cuales se registrarían en las casillas de la primera columna del formato de desarrollo de indicadores:

- Oportunidad en la atención.
- Pertinencia en la información al usuario.
- Satisfacción del usuario con los diversos factores de la atención (amabilidad de la persona que lo atendió, prontitud o agilidad del servicio, claridad de la información, suficiencia de la información).

El paso siguiente consiste en “describir” cada uno de los atributos identificados en forma de normas críticas y registrarlas en la segunda columna del formato.

El concepto de “Norma Crítica” fue descrito por Bruno Bouchet, del Proyecto de Garantía de Calidad de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Una norma crítica debe entenderse como una descripción cualitativa, lo más explícita posible, de la calidad prevista o esperada, en relación con un atributo específico. En otras palabras, la norma crítica permite delimitar el alcance del atributo o característica deseable para el proceso y que se pretende medir mediante un indicador de gestión.

Continuando con el ejemplo precedente, en la Tabla 5 se presentan ejemplos de normas críticas para los atributos previamente identificados.

TABLA 5. Ejemplo de normas críticas desarrolladas a partir de atributos de calidad

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	NOMBRE DEL INDICADOR
Oportunidad de la atención	El tiempo de espera para la atención de un usuario no debe superar las metas organizacionales.	
Oportunidad de la atención	El usuario debe ser atendido dentro de los estándares establecidos por la organización.	
Pertinencia en la información al usuario	El usuario debe ser informado en forma clara y completa sobre los aspectos relacionados con su atención, de conformidad con lo establecido en el procedimiento correspondiente.	
Satisfacción del usuario con la calidad de la atención	El usuario atendido debe quedar satisfecho con la prontitud del servicio, con la amabilidad del funcionario y con la claridad y suficiencia de la información brindada	

Como puede observarse, las normas críticas establecen un “ideal de la atención” y por ello siempre hacen referencia a un “deber ser” en forma positiva o negativa. En ocasiones, la formulación de las normas críticas conduce a la revisión o a la complementación de los procesos y procedimientos institucionales, cuando se detecta que no existen determinados parámetros objetivos para medir la calidad.

El paso siguiente en la etapa de desarrollo de los indicadores consiste en dar nombre a los indicadores, teniendo en cuenta que, como regla general, la primera palabra en el nombre de un indicador debe hacer referencia al tipo de medida. En tal sentido, se recomienda aplicar los lineamientos revisados sobre este tema en el marco conceptual.

De esta manera, al momento de diligenciar la columna 3 del formato de desarrollo de indicadores, se incluirá el nombre del indicador que mejor represente o desarrolle la norma crítica en cuestión, como se aprecia en el ejemplo presentado en la Tabla 6.

TABLA 6. Ejemplos de Indicadores diseñados en función de los atributos y normas críticas

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	NOMBRE DEL INDICADOR
Oportunidad de la atención	El tiempo de espera para la atención de un usuario no debe superar las metas organizacionales	Promedio de tiempo de espera para la atención (medición directa).
Oportunidad de la atención	El usuario debe ser atendido dentro de los estándares establecidos por la organización	Proporción de usuarios oportunamente atendidos (medición indirecta)
Pertinencia en la información al usuario	El usuario debe ser informado en forma clara y completa sobre los aspectos relacionados con su atención, de conformidad con lo establecido en el procedimiento correspondiente	Proporción de usuarios informados en forma clara y completa sobre los aspectos relacionados con su cita
Satisfacción del usuario con la calidad de la atención	El usuario atendido debe quedar satisfecho con la prontitud del servicio, con la amabilidad del funcionario y con la claridad y suficiencia de la información brindada	Proporción de usuarios satisfechos con la calidad de la atención

Obsérvese cómo un mismo atributo puede conducir a la formulación de varias normas críticas y, por ende, a diferentes indicadores. Tal es el caso de la oportunidad, la cual se puede medir en forma directa (mediante un promedio) o en forma indirecta (mediante una proporción).

El final de la etapa 1 consiste en seleccionar, entre los indicadores desarrollados, aquel o aquellos que serán objeto de estandarización mediante fichas técnicas. Para el efecto, se sugiere priorizar con base en: a) la **realidad actual del proceso** (si se sabe que los errores o inconsistencias en la atención son poco frecuentes, no sería necesario medir este indicador); b) el **rumbo estratégico de la organización** (si la entidad está comprometida con la búsqueda de niveles de excelencia, no debe excluir el indicador de satisfacción); c) los **recursos disponibles**, o d) otros criterios, dependiendo de las prioridades y necesidades de la organización.

Para un mismo procedimiento se puede contar con 2 o 3 indicadores, pero, en todo caso, no resulta conveniente utilizar más de un indicador para medir un mismo atributo. Esto no implica necesariamente que si un proceso contiene 3 procedimientos en secuencia, la metodología conduzca a adoptar un total de 6 a 9 indicadores para dicho proceso, porque muchos de los atributos pueden resultar comunes a los diferentes procedimientos del proceso.

En el ejemplo anteriormente revisado, la satisfacción del usuario con la amabilidad de la atención y la claridad y suficiencia de la información brindada es un atributo transversal que debe caracterizar todo el proceso de atención. En tal sentido, se desarrollaría un solo indicador de satisfacción y, por lo tanto, un instrumento único para la medición de la satisfacción (encuesta), que debería permitir una valoración de la percepción del usuario a lo largo de su proceso de atención.

Al concluir la etapa 1 de la metodología, el equipo de trabajo habrá identificado un conjunto máximo de 5 a 7 indicadores por proceso, cuyo alcance estará debidamente delimitado mediante normas críticas, con lo cual se puede proceder a la etapa siguiente.

4.3.2. Estandarización de los indicadores

Una vez seleccionados los indicadores que se utilizarán para hacer seguimiento a los procesos, la etapa siguiente consiste en estandarizar dichos indicadores mediante fichas técnicas, y en desarrollar los instrumentos de medición que permitirán generar la información requerida para el cálculo de los indicadores. Existen muchos y muy variados modelos de fichas técnicas para estandarizar indicadores. La que se presenta en la Tabla 7 es un ejemplo sencillo que puede ser considerado por las instituciones. El formato presentado consta de 2 componentes: un bloque de identificación del indicador y un bloque para estandarización del indicador.

TABLA 7. Ejemplo de ficha técnica para estandarización de indicadores

IMAGEN CORPORATIVA	CÓDIGO:
	NOMBRE DEL INDICADOR:
	APROBADO POR:
	VIGENCIA:

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	
FÓRMULA DEL INDICADOR	
META DEL INDICADOR	
FUENTES DE LOS DATOS	NUMERADOR:
	DENOMINADOR:
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS:
	DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR:
	DE LA TOMA DE DECISIONES:
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	

El bloque de identificación del indicador contiene un espacio a la izquierda destinado a la imagen corporativa: logotipo o nombre de la institución. El espacio de la derecha contiene los siguientes campos:

- **Código:** Permite establecer una denominación simplificada, generalmente con caracteres alfa numéricos, para clasificar y ordenar los indicadores.
- **Nombre del indicador:** Debe coincidir textualmente con el nombre diseñado en la columna 3 del formato de desarrollo de los indicadores.

- **Aprobado por:** Este campo hace referencia al cargo responsable de adoptar formalmente los indicadores en la institución, conforme al manual de funciones de la entidad.
- **Vigencia:** Se refiere a la fecha de aprobación o de la última revisión del indicador. Por norma general, los indicadores deben revisarse como mínimo cada dos años.

Por su parte, el bloque de estandarización del indicador contiene los siguientes campos:

- **Atributo o característica:** La información registrada en este campo debe coincidir textualmente con lo escrito en la primera columna del formato de desarrollo de los indicadores.

- **Fórmula del indicador:** En este campo se presentan el numerador, el denominador y la constante o factor multiplicador, si aplica. Si el indicador requiere el uso de una constante (proporciones, índices y tasas), ésta debe quedar ubicada de tal manera que multiplique al numerador o a la fracción completa, mas no al denominador. Se debe recordar que en los indicadores de tipo proporción, el numerador será el mismo nombre del indicador, pero cambiando la palabra “proporción” por la palabra “número”, mientras que el denominador empezará por la expresión “Total de...”. En los indicadores de tipo promedio, el numerador siempre empezará con la expresión “Sumatoria de...”, mientras que el denominador empezará por la expresión “Total de...”.

- **Meta del indicador:** Las metas de los indicadores se deben formular de manera técnica. Al respecto, debe recordarse que, en congruencia con el enfoque de mejoramiento continuo de la calidad, las metas extremas (0% o 100%) no son las más adecuadas porque suelen ser muy difíciles de lograr y por ello pueden afectar negativamente la motivación del personal. Esto no significa, en modo alguno, que las metas deban ser tolerantes con la mala calidad. Al momento de plantear las metas puede ser de utilidad estimar la magnitud de la mala calidad que estamos dispuestos a aceptar. A manera de ejemplo, si se plantea una meta del 90% para un indicador de satisfacción de los usuarios, la entidad estaría aceptando que 10 de cada 100 usuarios atendidos queden insatisfechos con sus servicios. Si la entidad atiende, por ejemplo, 3,000 usuarios mensuales, ello significa que cada mes habrá 300 de ellos con una percepción negativa de la entidad, y si el servicio se presta durante 20 días hábiles por mes, esto implica que cada día habrá 15 usuarios descontentos.

• **Fuentes de los datos:** En este campo se debe registrar con total precisión el origen exacto del numerador y el denominador. En tal sentido, debe contener la descripción clara y la localización precisa, tanto del numerador como del denominador. La descripción supone explicar o aclarar en qué consiste dicho numerador o denominador. Por ejemplo, si se hará referencia a la celda o casilla del informe consolidado o formato en el cual se deben buscar los datos para calcular el indicador. Habitualmente, este es el momento para revisar y validar las fuentes existentes y para ajustarlas, si fuera necesario. En otras palabras, al llegar a este punto del proceso se hace una pausa en la estandarización del indicador para afinar los instrumentos de captura y consolidación de datos, de manera que se pueda citar con precisión el origen de los mismos.

• **Responsables:** Esta casilla también hará referencia a cargos institucionales, nunca a nombres propios.

• **Criterios de exclusión:** En esta celda se describirán las posibles situaciones que se deben considerar para garantizar la especificidad del indicador.

• **Periodicidad del indicador:** Este campo se refiere a la frecuencia con la cual se calculará el indicador. Para decidir al respecto, se deben considerar factores como el riesgo o la complejidad de la variable evaluada, la facilidad para la obtención de la información, la disponibilidad de recursos para efectuar las mediciones, etc.

• **Niveles de desagregación:** Los indicadores están destinados a identificar, cuantificar y localizar las posibles brechas de desempeño en la operación de los procesos. En este orden de ideas, las metas del indicador establecen las bases para identificar y cuantificar dichas brechas. La localización de las brechas se consigue mediante los niveles de desagregación del indicador. La desagregación implica decidir el nivel de detalle al cual deben llegar las mediciones. Cuando el indicador se va a manejar sin desagregación alguna, en esta casilla se registrará “No Aplica”. Si, por ejemplo, se decide que un indicador se debe desagregar por áreas, esto equivaldría a contar con el mismo indicador implementado en cada una de dichas áreas, lo cual reduce el número total de indicadores de la institución, y por lo tanto, mejora la eficiencia del sistema de gestión de calidad. La utilización de niveles de desagregación exige que en las fuentes de los datos se explique cómo se obtendrá el indicador en su forma global y cómo se calculará de manera desagregada. De igual manera, se debe verificar que en los instrumentos de captura de datos, citados en las fuentes, se incluya el campo correspondiente a la desagregación requerida. En el ejemplo anterior, significaría que en el formato de registro de los eventos adversos evitables se debe incluir el espacio para registrar el servicio en el cual ocurrió el evento.

En la Tabla 8 se presenta el ejemplo de un indicador estandarizado según la metodología explicada en este documento.

TABLA 8. Ejemplo de un indicador estandarizado

HOSPITAL “XYZ”	CÓDIGO: OP-001
	NOMBRE DEL INDICADOR: Promedio del tiempo de espera para la atención
	APROBADO POR: Gerente
	VIGENCIA: Marzo de 2010

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Oportunidad en la atención
FÓRMULA DEL INDICADOR	Sumatoria del tiempo de espera para la atención Total de usuarios atendidos
META DEL INDICADOR	< 30 minutos
FUENTES DE LOS DATOS	NUMERADOR: Corresponde a la sumatoria de las diferencias entre la hora de atención y la hora de llegada de cada uno de los usuarios atendidos. Este valor aparece bajo la columna “Tiempos de espera” frente a la fila “Total” del registro de oportunidad del servicio.
	DENOMINADOR: Corresponde al total de usuarios que solicitaron el servicio y fueron atendidos durante el período. Este valor aparece en la casilla “Total de atenciones” del informe mensual de oportunidad de los servicios.
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Auxiliar Administrativo
	DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Jefe de Estadística
	DE LA TOMA DE DECISIONES: Comité de Calidad
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Se excluirán tanto del numerador como del denominador los datos correspondientes a las atenciones brindadas por fuera del estándar institucional cuando ello obedezca a razones ajenas a falta de oportunidad.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	No Aplica

5. ANEXO 1. FORMATO PARA AUTOEVALUACIÓN POR ESTÁNDARES

CARACTERÍSTICAS			CÓDIGO ESTANDAR	
-----------------	--	--	--------------------	--

CARACTERÍSTICAS			PONDERACIÓN	
-----------------	--	--	-------------	--

ESTÁNDAR	
----------	--

RESULTADOS ESPECÍFICOS POR SUBCRITERIOS			
No.	SUBCRITERIO	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
1			
2			
3			
4			
5			

LOGROS (Indicadores y sus resultados)
OBSERVACIONES Y REFERENCIAS

INSTRUCTIVO:

1. **Formato:** Diligencie este formato por cada uno de los estándares aplicables a su institución.
2. **Característica:** Transcriba en este espacio la característica a la cual corresponde el estándar que se va a describir.
3. **Código estándar:** Transcriba en este espacio el código asignado al estándar en el manual vigente a la fecha de elaboración del informe de postulación.
4. **Criterio:** Registre en este espacio el criterio al cual corresponde el estándar.
5. **Ponderación:** Transcriba en este espacio el valor total en puntos asignado a este estándar según el manual vigente.
6. **Estándar:** Transcriba en este espacio el texto completo del estándar.
7. **Subcriterio:** Transcriba en esta columna, en orden descendente, los 5 subcriterios que hacen parte del estándar.
8. **Fortalezas:** Enumere en esta columna los desarrollos de la institución en materia de ajustes a la infraestructura física, adquisición o renovación de equipos, características del sistema de información, capacitaciones realizadas, procedimientos documentados e implementados y cualquier otro esfuerzo que pueda considerarse relevante para el cumplimiento del subcriterio que se desea sustentar.
9. **Oportunidades de mejora:** Enumere en este espacio las deficiencias existentes al momento de la postulación con respecto a cada uno de los subcriterios que se están sustentando. Si se considera que el subcriterio está completamente cumplido, registre “Ninguna”.
10. **Logros:** Registre en este espacio los nombres completos de los indicadores con los cuales va a sustentar las mejoras en los temas incluidos en el estándar y sus subcriterios. Describa por cada indicador la periodicidad, el número de mediciones que se han efectuado y los resultados de las mismas. Si lo desea, haga referencia en este espacio a los gráficos de los indicadores, los cuales se agregarán como anexos del informe.
11. **Observaciones y referencias:** Registre en este espacio cualquier otro comentario que considere relevante en relación con el estándar en cuestión o con sus subcriterios. Igualmente, puede utilizarse para hacer referencia a anexos incluidos en relación con dicho estándar.

6. ANEXO 2. INDICADORES PROTOTIPO

6.1. EJEMPLOS DE INDICADORES DE SATISFACCIÓN

A. Ejemplo de formato primario (Encuesta)

CRITERIOS	1	2	3	4	5
Califique su satisfacción con respecto a los siguientes aspectos:					
1. El tiempo que duraron los trámites administrativos en admisiones y caja					
2. Las CONDICIONES DE PRIVACIDAD para su atención					
3. La LIMPIEZA Y ASEO de nuestra institución					
4. La SEGURIDAD en las distintas áreas					
5. La DISCRECIÓN y CONFIDENCIALIDAD de nuestro personal					

B. Ejemplo de consolidación de información para el atributo 4 (Satisfacción de los usuarios con la seguridad de la institución).

PERÍODO OBJETO DE MEDICIÓN	Mes:	Año

SERVICIOS EVALUADOS	SUMATORIA DE LAS CALIFICACIONES	USUARIOS SATISFECHOS	TOTAL RESPUESTAS
Consulta Externa			
Urgencias			
Hospitalización			
Cirugía			
Laboratorio			
TOTALES			

C. Indicador tipo promedio

FORMATO 1. PLANILLA PARA DESARROLLO DE INDICADORES DE GESTIÓN

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE Y FUENTE DEL INDICADOR
Satisfacción de los usuarios con la Seguridad de la Institución	La calificación asignada por los usuarios al tema de la seguridad de la institución debe situarse en niveles de excelencia	Mensual ⁷	NOMBRE: Promedio de satisfacción de los usuarios con la seguridad de la institución. FUENTE: Consolidado mensual de encuestas de satisfacción.

⁷ Bien podría ser bimestral o trimestral (nunca bimensual).

FORMATO 2. FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

SANTA MARGARITA DE LOS MILAGROS	CÓDIGO DEL INDICADOR:	SAT-01 ⁸
	NOMBRE DEL INDICADOR:	Promedio de satisfacción de los usuarios con la seguridad de la institución
	APROBADO POR:	Gerente
	FECHA ACTUALIZACIÓN:	29 de marzo de 2010

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Satisfacción de los usuarios con la seguridad de la institución						
FÓRMULA DEL INDICADOR	Sumatoria de la satisfacción de los usuarios con la seguridad de la institución Total de usuarios encuestados						
META DEL INDICADOR	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;">SOBRESALIENTE:</td> <td>> 4,5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ACEPTABLE:</td> <td>4,0 – 4,5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">NO CUMPLIDA:</td> <td>< 4,0</td> </tr> </table>	SOBRESALIENTE:	> 4,5	ACEPTABLE:	4,0 – 4,5	NO CUMPLIDA:	< 4,0
SOBRESALIENTE:	> 4,5						
ACEPTABLE:	4,0 – 4,5						
NO CUMPLIDA:	< 4,0						
FUENTES DE LOS DATOS	<p>NUMERADOR: Para el cálculo global: Corresponde a la sumatoria de las calificaciones asignadas por los usuarios a la pregunta 4 de la encuesta de satisfacción para la totalidad de los servicios de la institución en los cuales se aplica. Este valor aparece bajo la columna SUMATORIA DE LAS CALIFICACIONES, frente a la fila TOTALES del Consolidado Mensual de Encuestas de Satisfacción, para el período objeto de medición.</p> <p>Para el cálculo desagregado por servicios: Corresponde a la sumatoria de las calificaciones asignadas por los usuarios a la pregunta 4 de la encuesta de satisfacción en cada uno de los servicios de la institución en los cuales se aplica. Estos valores aparecen bajo la columna SUMATORIA DE LAS CALIFICACIONES, frente a la fila correspondiente a cada servicio evaluado, en el Consolidado Mensual de Encuestas de Satisfacción, para el período objeto de medición.</p> <p>DENOMINADOR: Para el cálculo global: Corresponde al total de usuarios que responden a la pregunta 4 de la encuesta de satisfacción en la totalidad de los servicios de la institución en los cuales se aplica. Este valor aparece bajo la columna TOTAL RESPUESTAS, frente a la fila TOTALES del Consolidado Mensual de Encuestas de Satisfacción, para el período objeto de medición.</p> <p>Para el cálculo desagregado por servicios: Corresponde al total de usuarios que responden a la pregunta 4 de la encuesta de satisfacción en cada uno de los servicios de la institución en los cuales se aplica. Este valor aparece bajo la columna TOTAL RESPUESTAS, frente a la fila correspondiente a cada servicio evaluado, del Consolidado Mensual de Encuestas de Satisfacción, para el período objeto de medición.</p>						
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	<p>NUMERADOR: Se excluyen del consolidado las encuestas en las cuales esta pregunta fue dejada en blanco, con doble marcación o con tachones o enmendaduras que impidan su comprensión.</p> <p>DENOMINADOR: Se excluyen del consolidado las encuestas en las cuales esta pregunta se dejó en blanco, con doble marcación o con tachones o enmendaduras que impidan su comprensión.</p>						
RESPONSABLES	<p>DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Encuestadores</p> <p>DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Jefe Oficina de Atención al Usuario</p>						
PERIODICIDAD	DE LA TOMA DE DECISIONES: Comité Técnico						
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	<p>Mensual</p> <p>Por Servicios (Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Cirugía y Laboratorio)</p>						

⁸ Este código es completamente arbitrario; dependerá del modelo institucional de codificación de documentos.

D. Indicador tipo proporción

FORMATO 1. PLANILLA PARA DESARROLLO DE INDICADORES DE GESTIÓN

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE Y FUENTE DEL INDICADOR
Satisfacción de los usuarios con la Seguridad de la Institución	La calificación asignada por los usuarios al tema de la seguridad de la institución.	Mensual	NOMBRE: Promedio de satisfacción de los usuarios con la seguridad de la institución. FUENTE: Consolidado mensual de encuestas de satisfacción.

FORMATO 2. FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

IPS SANTA MARGARITA DE LOS MILAGROS	CÓDIGO DEL INDICADOR:	OPO-01
	NOMBRE DEL INDICADOR:	Promedio del Tiempo de Espera para la Atención en la Consulta Médica Especializada.
	APROBADO POR:	Gerente
	FECHA ACTUALIZACIÓN:	29 de marzo de 2010

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica Especializada
FÓRMULA DEL INDICADOR	Sumatoria del tiempo de espera para la atención en la consulta médica especializada Total de usuarios atendidos durante el período
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: < 7 Días
	ACEPTABLE: 7 – 14 Días
	NO CUMPLIDA: > 14 Días
FUENTES DE LOS DATOS	NUMERADOR: Para el cálculo global: Corresponde a la sumatoria, expresada en días calendario, de los tiempos de espera para la atención en el conjunto de especialidades en las cuales se mide la oportunidad. Este valor aparece bajo la columna SUMATORIA DE LOS DÍAS DE ESPERA, frente a la fila TOTALES del Consolidado Mensual de Medición de la Oportunidad en Consulta Externa, para el período objeto de medición. Para el cálculo desagregado por especialidades: Corresponde a la sumatoria, expresada en días calendario, de los tiempos de espera para la atención en cada una de las especialidades en las cuales se mide la oportunidad. Estos valores aparecen bajo la columna SUMATORIA DE LOS DÍAS DE ESPERA, frente a la fila correspondiente a cada especialidad evaluada, en el Consolidado Mensual de Medición de la Oportunidad en Consulta Externa, para el período objeto de medición.
	DENOMINADOR: Para el cálculo global: Corresponde al total de usuarios con cita asignada en consulta externa, en el conjunto de especialidades de la institución en las cuales se mide la oportunidad. Este valor aparece bajo la columna TOTAL USUARIOS ATENDIDOS, frente a la fila TOTALES del Consolidado Mensual de Medición de la Oportunidad en Consulta Externa, para el período objeto de medición. Para el cálculo desagregado por especialidades: Corresponde al total de usuarios con cita asignada en consulta externa, para cada una de las especialidades de la institución en las cuales se mide la oportunidad. Este valor aparece bajo la columna TOTAL USUARIOS ATENDIDOS, frente a la fila correspondiente a cada especialidad evaluada, del Consolidado Mensual de Medición de la Oportunidad en Consulta Externa, para el período objeto de medición.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	NUMERADOR: Se excluyen del consolidado los tiempos de espera correspondientes a los usuarios cuya cita se asignó de manera no oportuna, por solicitud o necesidades del mismo usuario o por criterio médico.
	DENOMINADOR: Se excluyen del consolidado los usuarios cuya cita se asignó de manera no oportuna, por solicitud o necesidades del mismo usuario o por criterio médico.
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Personal de Contact Center encargado de la asignación de citas.
	DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Coordinador Médico
PERIODICIDAD	DE LA TOMA DE DECISIONES: Comité Técnico
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Mensual
	Por Servicios (Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Cirugía y Laboratorio)

A. Ejemplo de consolidación de información

PERÍODO OBJETO DE MEDICIÓN	Mes:		Año	
----------------------------	------	--	-----	--

ESPECIALIDADES EVALUADAS	SUMATORIA DE LOS DÍAS DE ESPERA	USUARIOS OPORTUNAMENTE ATENDIDOS	TOTAL USUARIOS ATENDIDOS
Ginecología			
Pediatría			
Medicina Interna			
Cirugía General			
Ortopedia			
TOTALES			

B. Indicador Tipo Promedio (Medición Directa de la Oportunidad)

FORMATO 1. PLANILLA PARA DESARROLLO DE INDICADORES DE GESTIÓN

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE Y FUENTE DEL INDICADOR
Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica Especializada	El tiempo de espera para la atención en la consulta externa de las diferentes especialidades ofrecidas por la institución debe situarse en niveles de excelencia.	Mensual	<p>NOMBRE: Promedio del Tiempo de Espera para la Atención en la Consulta Médica Especializada.</p> <p>FUENTE: Consolidado Mensual de Medición de la Oportunidad en Consulta Externa.</p>

FORMATO 2. FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

IPS SANTA MARGARITA DE LOS MILAGROS	CÓDIGO DEL INDICADOR:	SAT-01 ⁸
	NOMBRE DEL INDICADOR:	Promedio de satisfacción de los usuarios con la seguridad de la institución
	APROBADO POR:	Gerente
	FECHA ACTUALIZACIÓN:	29 de marzo de 2010

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Satisfacción de los usuarios con la seguridad de la institución
FÓRMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{No. de usuarios satisfechos con la seguridad de la institución} \times 100}{\text{Total de usuarios encuestados}}$
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: > 95%
	ACEPTABLE: 90% – 95%
	NO CUMPLIDA: < 90%
FUENTES DE LOS DATOS	NUMERADOR: Para el cálculo global: Corresponde al número de usuarios que califican 4 o 5 en la pregunta 4 de la encuesta de satisfacción para la totalidad de los servicios de la institución en los cuales se aplica. Este valor aparece bajo la columna USUARIOS SATISFECHOS, frente a la fila TOTALES del Consolidado Mensual de Encuestas de Satisfacción, para el período objeto de medición. Para el cálculo desagregado por servicios: Corresponde al número de usuarios que califican 4 o 5 en la pregunta 4 de la encuesta de satisfacción en cada uno de los servicios de la institución en los cuales se aplica. Estos valores aparecen bajo la columna USUARIOS SATISFECHOS, frente a la fila correspondiente a cada servicio evaluado, en el Consolidado Mensual de Encuestas de Satisfacción, para el período objeto de medición.
	DENOMINADOR: Para el cálculo global: Corresponde al total de usuarios que responden a la pregunta 4 de la encuesta de satisfacción en la totalidad de los servicios de la institución en los cuales se aplica. Este valor aparece bajo la columna TOTAL RESPUESTAS, frente a la fila TOTALES del Consolidado Mensual de Encuestas de Satisfacción, para el período objeto de medición. Para el cálculo desagregado por servicios: Corresponde al total de usuarios que responden a la pregunta 4 de la encuesta de satisfacción en cada uno de los servicios de la institución en los cuales se aplica. Este valor aparece bajo la columna TOTAL RESPUESTAS, frente a la fila correspondiente a cada servicio evaluado, del Consolidado Mensual de Encuestas de Satisfacción, para el período objeto de medición.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	NUMERADOR: Se excluyen del consolidado las encuestas en las cuales esta pregunta fue dejada en blanco, con doble marcación o con tachones o enmendaduras que impidan su comprensión.
	DENOMINADOR: Se excluyen del consolidado las encuestas en las cuales esta pregunta se dejó en blanco, con doble marcación o con tachones o enmendaduras que impidan su comprensión.
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Encuestadores
	DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Jefe Oficina de Atención al Usuario
PERIODICIDAD	DE LA TOMA DE DECISIONES: Comité Técnico
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Mensual
	Por Servicios (Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Cirugía y Laboratorio)

C. Indicador tipo proporción (medición indirecta de la oportunidad)

FORMATO 1. PLANILLA PARA DESARROLLO DE INDICADORES DE GESTIÓN

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE Y FUENTE DEL INDICADOR
Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica Especializada	Los usuarios que solicitan cita para la atención en la consulta externa especializada deben encontrarla dentro de los estándares ofrecidos por la institución	Mensual	NOMBRE: Proporción de usuarios oportunamente atendidos en la consulta médica especializada. FUENTE: Consolidado mensual de medición de la oportunidad en consulta externa.

FORMATO 2. FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

IPS SANTA MARGARITA DE LOS MILAGROS	CÓDIGO DEL INDICADOR:	OPO-02
	NOMBRE DEL INDICADOR:	Proporción de usuarios oportunamente atendidos en la consulta médica especializada
	APROBADO POR:	Gerente
	FECHA ACTUALIZACIÓN:	29 de marzo de 2010

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica Especializada
FÓRMULA DEL INDICADOR	No. de Usuarios oportunamente atendidos en la Consulta Médica Especializada X 100 Total de Usuarios Atendidos durante el período
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: > 95%
	ACEPTABLE: 90% – 95%
	NO CUMPLIDA: < 90%
FUENTES DE LOS DATOS	NUMERADOR: Para el cálculo global: Corresponde al número de usuarios que obtuvieron su cita con especialista para antes de 7 días, en el conjunto de especialidades en las cuales se mide la oportunidad. Este valor aparece bajo la columna USUARIOS OPORTUNAMENTE ATENDIDOS, frente a la fila TOTALES del Consolidado Mensual de Medición de la Oportunidad en Consulta Externa, para el período objeto de medición. Para el cálculo desagregado por especialidades: Corresponde al número de usuarios que obtuvieron su cita con especialista para antes de 7 días, en cada una de las especialidades en las cuales se mide la oportunidad. Estos valores aparecen bajo la columna USUARIOS OPORTUNAMENTE ATENDIDOS, frente a la fila correspondiente a cada especialidad evaluada, en el Consolidado Mensual de Medición de la Oportunidad en Consulta Externa, para el período objeto de medición.
	DENOMINADOR: Para el cálculo global: Corresponde al total de usuarios con cita asignada en consulta externa, en el conjunto de especialidades de la institución en las cuales se mide la oportunidad. Este valor aparece bajo la columna TOTAL USUARIOS ATENDIDOS, frente a la fila TOTALES del Consolidado Mensual de Medición de la Oportunidad en Consulta Externa, para el período objeto de medición. Para el cálculo desagregado por especialidades: Corresponde al total de usuarios con cita asignada en consulta externa, para cada una de las especialidades de la institución en las cuales se mide la oportunidad. Este valor aparece bajo la columna TOTAL USUARIOS ATENDIDOS, frente a la fila correspondiente a cada especialidad evaluada, del Consolidado Mensual de Medición de la Oportunidad en Consulta Externa, para el período objeto de medición.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	NUMERADOR: Se excluyen del consolidado los usuarios cuya cita se asignó de manera no oportuna, por solicitud o necesidades del mismo usuario o por criterio médico.
	DENOMINADOR: Se excluyen del consolidado los usuarios cuya cita se asignó de manera no oportuna, por solicitud o necesidades del mismo usuario o por criterio médico.
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Personal de Contact Center encargado de la asignación de citas.
	DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Coordinador Médico
PERIODICIDAD	DE LA TOMA DE DECISIONES: Comité Técnico
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Mensual
	Por Servicios (Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Cirugía y Laboratorio)

6.3. EJEMPLOS DE INDICADORES DE SEGURIDAD

A. Ejemplo de consolidación de información para un indicador general

SERVICIOS	No. EVENTOS ADVERSOS EVITABLES	TOTAL USUARIOS ATENDIDOS
Consulta Externa		
Urgencias		
Hospitalización		
Cirugía		
Laboratorio		
TOTALES		

B. Ejemplo de indicador general de seguridad

FORMATO 1. PLANILLA PARA DESARROLLO DE INDICADORES DE GESTIÓN

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE Y FUENTE DEL INDICADOR
Seguridad de la Atención	Los eventos adversos evitables no deben superar las metas institucionales	Mensual	NOMBRE: Índice de Eventos Adversos Evitables. FUENTE: Consolidado Mensual de Eventos Adversos Evitables.

FORMATO 2. FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

IPS SANTA MARGARITA DE LOS MILAGROS	CÓDIGO DEL INDICADOR:	SEG-01
	NOMBRE DEL INDICADOR:	Índice de Eventos Adversos Evitables
	APROBADO POR:	Gerente
	FECHA ACTUALIZACIÓN:	29 de marzo de 2010

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica Especializada	
FÓRMULA DEL INDICADOR	$\frac{\text{No. de Eventos Adversos Evitables}}{\text{Total de Usuarios Atendidos durante el período}} \times 100$	
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE:	< 1%
	ACEPTABLE:	1% – 2%
	NO CUMPLIDA:	> 2%
FUENTES DE LOS DATOS	<p>NUMERADOR: Para el cálculo global: Corresponde al número de eventos adversos detectados por los diferentes medios de reporte y búsqueda activa aplicados en toda la institución, y que hayan sido calificados como evitables por el Comité de Vigilancia Epidemiológica, de acuerdo con los criterios establecidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Este valor aparece bajo la columna No. EVENTOS ADVERSOS EVITABLES, frente a la fila TOTALES del Consolidado Mensual de Eventos Adversos Evitables, para el período objeto de medición.</p> <p>Para el cálculo desagregado por servicios: Corresponde al número de eventos adversos detectados por los diferentes medios de reporte y búsqueda activa en cada uno de los servicios de la institución, y que hayan sido calificados como evitables por el Comité de Vigilancia Epidemiológica, de acuerdo con los criterios establecidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP). Este valor aparece bajo la columna No. EVENTOS ADVERSOS EVITABLES, frente a la fila correspondiente a cada servicio en el Consolidado Mensual de Eventos Adversos Evitables, para el período objeto de medición.</p>	
	<p>DENOMINADOR: Para el cálculo global: Corresponde al total de usuarios atendidos en la institución durante el período. Este valor aparece bajo la columna TOTAL USUARIOS ATENDIDOS, frente a la fila TOTALES del Consolidado Mensual de Eventos Adversos Evitables, para el período objeto de medición.</p> <p>Para el cálculo desagregado por servicios: Corresponde al total de usuarios atendidos en cada uno de los servicios de la institución durante el período. Este valor aparece bajo la columna TOTAL USUARIOS ATENDIDOS, frente a la fila correspondiente a cada servicio evaluado, en el Consolidado Mensual de Eventos Adversos Evitables, para el período objeto de medición.</p>	
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	<p>NUMERADOR: Se excluyen del consolidado los eventos adversos considerados no evitables, las complicaciones, los incidentes, los indicios de atención no segura y, en general, todos aquellos eventos de seguridad que no correspondan con los criterios de evento adverso evitable.</p>	
	<p>DENOMINADOR: No aplica</p>	
RESPONSABLES	<p>DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Todos los clientes internos que reportan eventos adversos</p>	
	<p>DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Jefe Comité de Vigilancia Epidemiológica</p>	
PERIODICIDAD	<p>DE LA TOMA DE DECISIONES: Comité Técnico</p>	
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Mensual	
	Por Servicios (Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Cirugía y Laboratorio)	

C. Ejemplo de consolidación de información para un indicador específico

SERVICIOS	No. CAÍDAS DE PACIENTES	TOTAL PACIENTES ATENDIDOS
Consulta Externa		
Urgencias		
Hospitalización		
Cirugía		
Laboratorio		
TOTALES		

B. Ejemplo de indicador específico de seguridad

FORMATO 1. PLANILLA PARA DESARROLLO DE INDICADORES DE GESTIÓN

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE Y FUENTE DEL INDICADOR
Seguridad de la Atención	Las caídas de pacientes no deben superar las metas institucionales	Mensual	NOMBRE: Índice de Caídas de Pacientes FUENTE: Consolidado Mensual de Caídas de Pacientes por Servicios

FORMATO 2. FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

IPS SANTA MARGARITA DE LOS MILAGROS	CÓDIGO DEL INDICADOR:	SEG-02
	NOMBRE DEL INDICADOR:	Índice de Caídas de Pacientes
	APROBADO POR:	Gerente
	FECHA ACTUALIZACIÓN:	29 de marzo de 2010

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Seguridad de la Atención
FÓRMULA DEL INDICADOR	No. de Caídas de Pacientes X 100 Total de Pacientes Atendidos durante el período
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: < 0,2%
	ACEPTABLE: 0,2% – 0,4%
	NO CUMPLIDA: > 0,4%
FUENTES DE LOS DATOS	<p>NUMERADOR: Para el cálculo global: Corresponde al número de caídas de pacientes detectadas por los diferentes medios de reporte y búsqueda activa aplicados en toda la institución. Este valor aparece bajo la columna No. CAÍDAS DE PACIENTES, frente a la fila TOTALES del Consolidado Mensual de Caídas de Pacientes por Servicios, para el período objeto de medición.</p> <p>Para el Cálculo desagregado por Servicios: Corresponde al número de caídas de pacientes detectado por los diferentes medios de reporte y búsqueda activa en cada uno de los servicios de la institución. Este valor aparece bajo la columna No. CAÍDAS DE PACIENTES, frente a la fila correspondiente a cada servicio en el Consolidado Mensual de Caídas de Pacientes por Servicios, para el período objeto de medición.</p>
	<p>DENOMINADOR: Para el cálculo global: Corresponde al total de usuarios atendidos en la institución durante el período. Este valor aparece bajo la columna TOTAL PACIENTES ATENDIDOS, frente a la fila TOTALES del Consolidado Mensual de Caídas de Pacientes por Servicios, para el período objeto de medición.</p> <p>Para el cálculo desagregado por servicios: Corresponde al total de usuarios atendidos en cada uno de los servicios de la institución durante el período. Este valor aparece bajo la columna TOTAL PACIENTES ATENDIDOS, frente a la fila correspondiente a cada servicio evaluado, en el Consolidado Mensual de Caídas de Pacientes por Servicios, para el período objeto de medición.</p>
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	DENOMINADOR: No aplica
	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Todos los clientes internos que reportan eventos adversos
RESPONSABLES	DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Jefe Comité de Vigilancia Epidemiológica
	DE LA TOMA DE DECISIONES: Comité Técnico
PERIODICIDAD	Mensual
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	Por Servicios (Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Cirugía y Laboratorio)

6.4. EJEMPLO DE INDICADOR DE EFICACIA

A. Ejemplo de consolidación de la información

SERVICIOS	EVENTOS TRAZADORES DE NO EFICACIA	No. EVENTOS TRAZADORES	TOTAL PACIENTES ATENDIDOS
Consulta Externa	Re consultas por la misma causa antes de 7 días		
Urgencias	Reingresos por la misma causa antes de 72 Horas		
Hospitalización	Reingresos por la misma causa antes de 20 días		
Programa Planificación Familiar	Embarazos no deseados en pacientes activas del Programa		
	TOTALES		

B. Ejemplo de indicador de eficacia

FORMATO 1. PLANILLA PARA DESARROLLO DE INDICADORES DE GESTIÓN

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	NORMA CRÍTICA	PERIODICIDAD	NOMBRE Y FUENTE DEL INDICADOR
Eficacia de la Atención en el Servicio de Urgencias	Los reingresos al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas no deben superar las metas institucionales	Mensual	NOMBRE: Índice de Reingresos al Servicio de Urgencias por la misma causa antes de 72 horas FUENTE: Consolidado Mensual de Eventos Trazadores de No Eficacia

FORMATO 2. FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

IPS SANTA MARGARITA DE LOS MILAGROS	CÓDIGO DEL INDICADOR:	EFI-01
	NOMBRE DEL INDICADOR:	Índice de Reingresos al Servicio de Urgencias por la misma causa antes de 72 horas
	APROBADO POR:	Gerente
	FECHA ACTUALIZACIÓN:	29 de marzo de 2010

ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Eficacia de la Atención en el Servicio de Urgencias
FÓRMULA DEL INDICADOR	No. de Reingresos al Servicio de Urgencias por la misma causa antes de 72 horas X 100 Total de Pacientes Atendidos en el Servicio de Urgencias durante el período
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: < 2%
	ACEPTABLE: 2% – 4%
	NO CUMPLIDA: > 4%
FUENTES DE LOS DATOS	NUMERADOR: Corresponde al número de reingresos en pacientes que consultan al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas, aun cuando el diagnóstico del reingreso tenga un código diferente al inicial, y siempre y cuando hayan sido calificados como tales por el Comité de Vigilancia Epidemiológica luego del análisis detallado de cada historia clínica. Este valor aparece bajo la columna No. EVENTOS TRAZADORES, frente a la fila “Urgencias” del Consolidado Mensual de Eventos Trazadores de No Eficacia, para el período objeto de medición.
	DENOMINADOR: Corresponde al total de usuarios atendidos en el servicio de urgencias durante el período. Este valor aparece bajo la columna TOTAL PACIENTES ATENDIDOS, frente a la fila “Urgencias” del Consolidado Mensual de Eventos Trazadores de No Eficacia, para el período objeto de medición.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	NUMERADOR: Se excluyen del consolidado aquellos casos en los cuales, pese a tratarse del mismo paciente con igual diagnóstico antes de 72 horas, la evaluación de la historia clínica demuestra que se trata de un control médico. Igualmente, se excluyen los reingresos ocurridos al servicio después de 72 horas de la atención inicial.
	DENOMINADOR: No aplica
RESPONSABLES	DE LA GENERACIÓN DE LOS DATOS PRIMARIOS: Médicos de Urgencias
	DEL CÁLCULO Y ANÁLISIS DEL INDICADOR: Jefe Comité de Vigilancia Epidemiológica
	DE LA TOMA DE DECISIONES: Comité Técnico
PERIODICIDAD	Mensual
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	No aplica

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Calidad: Según Juran (1904) “es la aptitud para el uso”. Un producto o servicio es de calidad cuando, al adquirirlo, cumple con el fin para el que se compró. Crosby considera que la alta dirección es la que debe hacer hincapié en los procesos de calidad. “Algo tiene calidad cuando cumple con las exigencias del diseño”.

Comité de Gestión del Cambio: Grupo o equipo de trabajo que se encarga de formar las estrategias que permitan la aceptación de nuevas reglas o políticas dentro de la organización.

Diagrama de radar: Es una herramienta muy útil para mostrar visualmente los gaps entre el estado actual y el estado ideal. Su utilidad consiste en captar las diferentes percepciones de todos los miembros del equipo con respecto a su desempeño o de la organización, mostrar los cambios en las fortalezas o debilidades y presentar claramente las categorías importantes de desempeño.

Direcciones Provinciales de Salud (DPS): Son las instancias descentralizadas del Ministerio de Salud Pública que operarán en cada una de las provincias del país, creadas mediante el Decreto No. 117-98 del 16 de marzo de 1998, llamadas a, entre otras atribuciones, actuar como máxima autoridad de salud en cada provincia, organizar las Redes Provinciales de Servicios, hacer cumplir las normas y procedimientos del Ministerio, representar al Ministerio en los Consejos Provinciales de Desarrollo.

Garantía de calidad: Es un enfoque de gestión de los servicios de salud orientados hacia la satisfacción de las necesidades y requerimientos de los usuarios. Esto implica, desde el proveedor, calidad técnica, efectividad, eficiencia, y desde la perspectiva del usuario, calidez, accesibilidad, comodidad (Art. 170, Ley 42-01).

Hospital: Se considera hospital en la presente ley toda institución de salud o establecimiento (independientemente de su denominación) dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria o por medio de la hospitalización, sea de dependencia estatal, privada o de la seguridad social; de alta o baja complejidad, con fines o no de lucro; abierto a toda la comunidad (Art. 170 ,Ley 42-01).

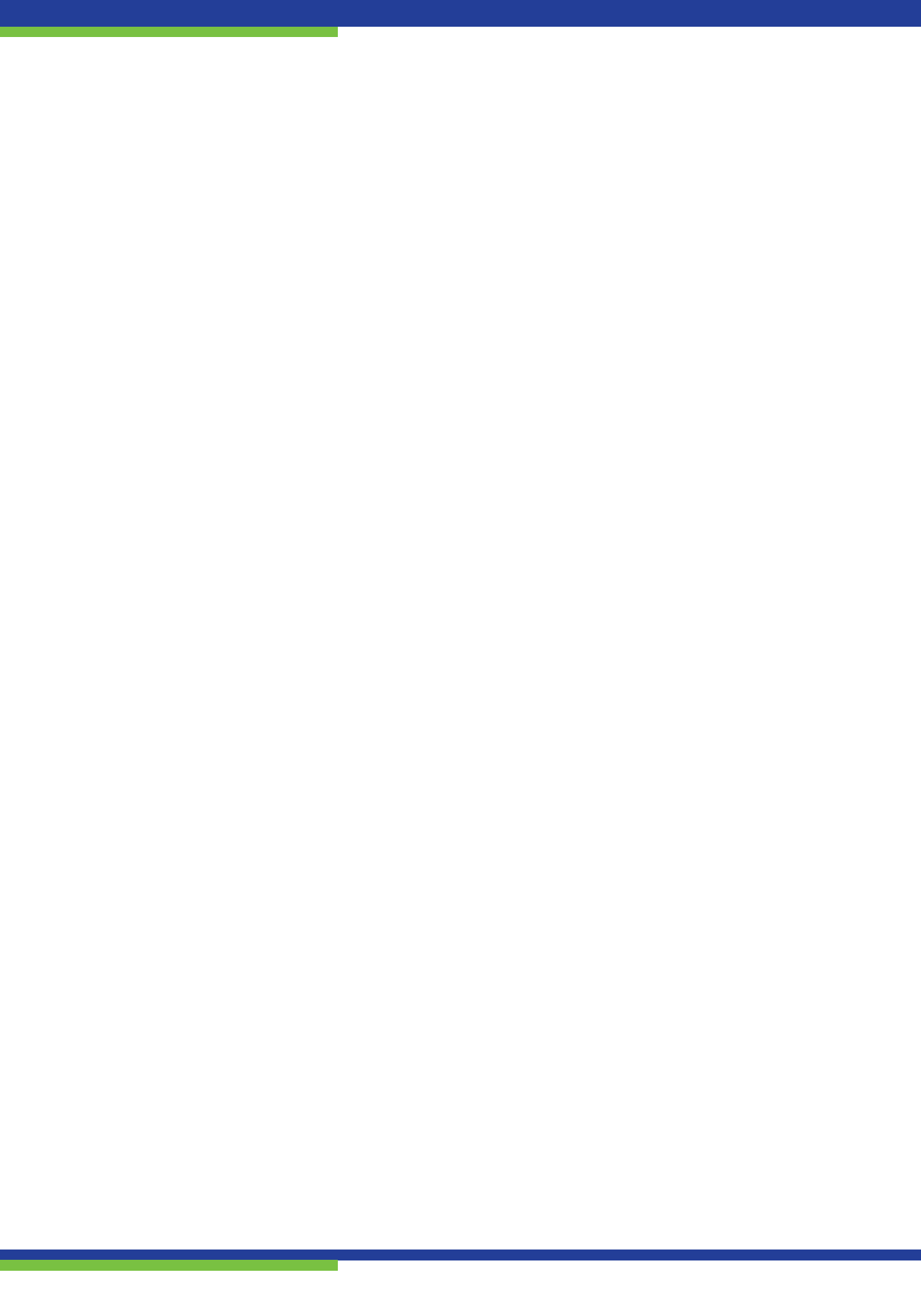
Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCM): Comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.

Planear, Hacer, Verificar, Actuar: De acuerdo al CAF, es un ciclo de cuatro fases que debe ser cumplido para realizar la mejora continua, según lo describe Deming: Planificar (fase de proyecto), Desarrollar (fase de ejecución), Controlar (fase de revisión) y Actuar (fase de acción, adaptación y corrección). En tanto, la Norma ISO 9001:2008 indica que puede aplicarse la metodología conocida como “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar” (PHVA) que se describe como: 1. Planificar - establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización; 2. Hacer - Implementar los procesos; 3. Verificar - Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados, y Actuar - Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

Sistema Nacional de Salud: Es el conjunto interrelacionado de elementos, mecanismos de integración, formas de financiamiento, provisión de servicios, recursos humanos y modelos de administración de las instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, legalmente constituidas y reglamentadas por el Estado, así como por los movimientos de la comunidad y las personas físicas o morales que realicen acciones de salud y cuya función principal sea atender, mediante servicios de carácter nacional o local, la salud de la población (art. 6, Ley 42-01).

BIBLIOGRAFÍA

1. Cantú Delgado, Humberto (2006). *Desarrollo de una Cultura de Calidad*. McGraw Hill, pp. 94-95.
2. Massoud Rashad y otros (2002). *Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud*. USAID. Quality Assurance Project, pp. 63-69.
3. Kaplan, R. S. y Norton, D. P. (Gestión 2000-2004), *Mapas estratégicos: Convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles*.
4. Cohen, Daniel (1996). *Sistemas de información para la toma de decisiones*. McGraw Hill.





MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

VMGC Viceministerio de
Garantía de la Calidad