

IMPLEMENTACIÓN DE UN MÉTODO PARA ASEGURAR LA IDENTIFICACIÓN DE LAS
CAUSAS DE LAS NO CONFORMIDADES ENCONTRADAS EN LOS INDICADORES DE
GESTIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD DE LA FUNDACIÓN
OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER -FOSCAL

MANUELA FERNANDA SUÁREZ RIZO

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE INGENIERÍAS Y ADMINISTRACIÓN
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
BUCARAMANGA
2011

IMPLEMENTACIÓN DE UN MÉTODO PARA ASEGURAR LA IDENTIFICACIÓN DE LAS
CAUSAS DE LAS NO CONFORMIDADES ENCONTRADAS EN LOS INDICADORES DE
GESTIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD DE LA FUNDACIÓN
OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER -FOSCAL

MANUELA FERNANDA SUÁREZ RIZO
Trabajo de Grado Presentado
para optar por el título de
INGENIERO INDUSTRIAL

Asesor:
BERTHA GARCÍA SIERRA
Especialista en Sistemas Integrados de Gestión

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE INGENIERÍAS Y ADMINISTRACIÓN
FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
BUCARAMANGA
2011

DEDICATORIA

A mí mamá Astrid, por su esfuerzo y apoyo constante;
Por ser ejemplo de perseverancia y dedicación,
Por formarme y darme siempre lo mejor
Haciendo de mí la mujer que soy.

A mis abuelitos Manuela y Cesar, por siempre estar a mi lado,
por saber decir la palabra justa en el momento indicado,
por el amor brindado, y ayudar en mi formación como persona.

A mi hermanito Pedro, por darme ánimo en los momentos que lo necesité.

A mis tíos, por estar tan pendientes de mí,
Por aconsejarme en todo momento,
y creer en mis capacidades.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por iluminar siempre mi camino,
darme la oportunidad de crecer cada día como persona
y por permitirme hacer realidad este sueño.

A la Ingeniera Bertha García Sierra por ser mi guía y
apoyo durante este proceso.

A la FOSCAL, por brindarme la oportunidad de ser
Parte del su Talento Humano y
poder adquirir mi primera experiencia profesional.

A la Unidad de Gestión de Calidad –FOSCAL,
Por haber creído en mí, por sus enseñanzas,
Y apoyo constante.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
1. GENERALIDADES	16
1.1 NOMBRE DE LA EMPRESA	16
1.2 ACTIVIDAD ECONÓMICA, PRODUCTOS Y/O SERVICIOS	16
1.2.1 Actividad económica	16
1.2.2 Productos y/o servicios	16
1.3 MISIÓN	18
1.4 VISIÓN	18
1.5 NÚMERO DE EMPLEADOS	19
1.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	19
1.7 LOCALIZACIÓN	21
1.8 RESEÑA HISTORICA	21
1.9 DESCRIPCION DEL AREA ESPECÍFICA DE TRABAJO	23
1.10 NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR TÉCNICO	23
2. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA	24
3. ANTECEDENTES	29
4. JUSTIFICACIÓN	30
5. OBJETIVOS	31
5.1 OBJETIVO GENERAL	31
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
6. MARCO REFERENCIAL	32

6.1 MARCO CONCEPTUAL	32
6.2 MARCO LEGAL	37
6.3 MARCO HISTÓRICO	38
7. DISEÑO METODOLÓGICO	40
7.1 METODOLOGÍA	40
7.2 ÁREA DE ESTUDIO	40
7.3 POBLACIÓN	40
7.3.1 Unidad de Selección	40
7.3.2 Unidad de Análisis	40
7.3.3 Unidad de Observación	41
7.4 TAMAÑO	41
8. ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA PÁCTICA	42
8.1 FASE PLANEAR	43
8.1.1 PLANIFICACIÓN DE LASACTIVIDADES	43
8.2 DIAGNÓSTICO:	48
8.2.1 Sistema de Gestión de Calidad	48
8.2.2 Análisis de Datos de Indicadores AÑO 2010	49
8.2.3. Resultados del diagnóstico	65
8.2.4 Resultados del Diagnóstico Unidad de Esterilización.	67
8.3 FASE HACER	70
8.3.1. EXPLORACIÓN DEL MÉTODO (HERRAMIENTA) PARA EL ANÁLISIS CAUSAL:	70
8.3.2 DEFINICIÓN DE LA HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS CAUSAL:	72

8.4 FASE VERIFICAR	76
8.4.1 APLICACIÓN EN SERVICIOS CAPITADOS (CONSULTA EXTERNA) Y EN EL ÁREA DE URGENCIAS	76
8.4.2 APLICACIÓN EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN.	77
8.5 FASE ACTUAR	79
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES	86
BIBLIOGRAFÍA	87

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Programa de Actividades	43
Tabla 2. Resultados Pareto Reclamos Primer Trimestre de 2011	58
Tabla 3. Resultados Pareto Reclamos Segundo Trimestre de 2011	60
Tabla 4: Programa de Actividades para la Unidad de Esterilización	63
Tabla 5. Fortalezas y Debilidades Unidad Esterilización	67
Tabla 6. Definición Factores de Análisis	72
Tabla 7. Seguimiento al Cronograma de Actividades	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Productos y/o Servicios FOSCAL	16
Figura 2: Servicios de la FOSCAL	17
Figura 3. Organigrama	20
Figura 4. Ciclo PAVA del proyecto	42
Figura 5. Gráfica Software Visión Empresarial	49
Figura 6. Acciones Proceso Direccionamiento II Semestre 2010	49
Figura 7. Acciones Proceso Apoyo II Semestre 2010	50
Figura 8. Acciones Realización Apoyo II Semestre 2010	50
Figura 9. Comportamiento Reclamos por area	51
Figura 10. Porcentaje de Reclamos por Área	52
Figura 11. Acciones Proceso Direccionamiento I Semestre 2011	52
Figura 12. Acciones Proceso Apoyo I Semestre 2011	53
Figura 13. Acciones Proceso Realización I Semestre 2011	53
Figura 14. Resultado Indicador: Tiempo Promedio de Atención en la Consulta Triage II	55
Figura 15. Resultado Indicador: Tiempo Promedio en la entrega de Resultados de Lab. Urgencias	55
Figura 16. Resultado Indicador: tiempo promedio de traslado de usuario de urgencias a otros servicios	56
Figura 17. Comportamiento redamos por areas I semestre 2011	57
Figura 18. Porcentaje de Reclamos por Áreas I Semestre 2011	57

Figura 19. Pareto Comportamiento trimestral de Motivos de Redamos I trimestre 2011	60
Figura 20. Pareto comportamiento trimestral de motivos de redamos II trimestre 2011	62
Figura 21. Diagrama Causa-Efecto Incumplimiento en el Análisis Causal de Indicadores	66
Figura 22. Diagrama de Flujo Método para el análisis	75

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Totalización y Desagregación de Indicadores por Procesos	90
ANEXO 2. Tabla Seguimiento Indicadores	105
ANEXO 3. Solicitud de Acciones	106
ANEXO 4 Archivo adjunto con las herramienta análisis Causal en plantilla en Microsoft Excel.	107
ANEXO 5. Presentación de Power Point utilizada para la capacitación.	108
ANEXO 6. Procedimiento Método Análisis Causal Documentado	112
ANEXO 7. Instructivo Diligenciamiento Herramientas En Microsoft Excel.	116

RESUMEN GENERAL

TITULO: IMPLEMENTACIÓN DE UN MÉTODO PARA ASEGURAR LA IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE LAS NO CONFORMIDADES ENCONTRADAS EN LOS INDICADORES DE GESTIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD DE LA FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER – FOSCAL

AUTOR(ES): MANUELA FERNANDA SUÁREZ RIZO

FACULTAD: Facultad de Ingeniería Industrial

DIRECTOR(A): BERTHA GARCÍA SIERRA

RESUMEN

El presente informe es el resultado de la práctica empresarial para optar por el título de Ingeniera Industrial, desarrollada en la Unidad de Gestión de Calidad de La Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL, la cual es una Institución Prestadora de Servicio de Salud privada sin ánimo de lucro, que actualmente cuenta con la Acreditación en Salud. Inicialmente se realizó un diagnóstico en el que se detectan incumplimientos en las metas de los Indicadores de Gestión del Sistema Único de Acreditación en Salud durante el segundo semestre de 2010 y en el primer trimestre de 2011. Igualmente se observa que durante el primer semestre de 2011, persiste la generación de Oportunidad de Mejoramiento del Servicio (OMES) por reclamos de los usuarios en áreas claves de la institución. Partiendo de esta información se identifica la necesidad de implementar un método que permita determinar las causas de las no conformidades, con el fin implementar las acciones para su eliminación, previniendo de esta manera la recurrencia de los incumplimientos. Se establece un método que consta de una serie de pasos lógicos soportado en las herramientas de análisis causal: Check List, Diagrama de Ishikawa y Diagrama de Pareto; basadas en las 6 categorías enumeradas a continuación: Recurso Humano, Insumos, Paciente/Familia, Institución, Ambiente Físico y Factores Externos al Servicio; actores principales que intervienen en la prestación de servicio. Inicialmente el método es implementado en las áreas prioritarias de la Institución, donde actualmente se requiere de un mayor apoyo y concentración para realizar de forma adecuada y oportuna el análisis causal. Con el propósito de garantizar la continuidad en la implementación del método establecido, se establece el seguimiento periódico de las mediciones de los indicadores y el acompañamiento a los responsables en el manejo del método y las herramientas para el análisis de causas.

PALABRAS CLAVES: INDICADORES - ANÁLISIS DE CAUSAS - HERRAMIENTA - MÉTODO

GENERAL SUMMARY

TITLE: IMPLEMENTATION OF A METHOD FOR SECURE IDENTIFICATION OF THE CAUSES OF NON-COMPLIANCE FOUND IN THE MANAGEMENT INDICATORS OF UNIQUE SYSTEM OF ACCREDITATION IN HEALTH IN THE OPHTHALMOLOGICAL FOUNDATION OF SANTANER-FOSCAL

AUTHOR(S): MANUELA FERNANDA SUÁREZ RIZO

FACULTY: Industrial Engineering

DIRECTOR(A): BERTHA GARCÍA SIERRA

ABSTRACT

This report is the result of business practice to qualify for the title of Industrial Engineering, developed in the Quality Management Unit of Ophthalmology Foundation Santander - FOSCAL, which is a servicing institution of private non-Health organization that currently has the Accreditation of Health. Initially a diagnosis was made in which failures are detected in the goals of the Indicators of Single System Management Accreditation in Health in the second half of 2010 and first quarter of 2011. Also shows that during the first half of 2011, continues to generate opportunities for improvement of the Service (OMES) for claims of users in key areas of the institution. From this information identifies the need to implement a method to determine the causes of nonconformities in order to implement actions for their elimination, thereby preventing the recurrence of violations. Establishing a method that consists of a series of logical steps supported on the causal analysis tools: Check List, Ishikawa diagram and Pareto diagram, based on 6 categories listed below: Human Resources, Supplies, Patient / Family Institution , Physical Environment and External Factors to the Service; main actors involved in service delivery. Initially the method is implemented in the priority areas of the institution, which currently require more support and focus to perform properly and timely causal analysis. Subsequently implemented in other processes of the institution. In order to ensure continuity in implementing the established method sets the periodic monitoring of indicators and measures of the accompaniment to the responsible management tools method for the analysis of causes.

KEYWORDS: INDICATORS - ANALYSIS OF CAUSES - TOOL - METHOD

INTRODUCCIÓN

“El mejoramiento continuo es liderazgo participativo que identifica, previene e interviene problemas, genera cultura, promueve el crecimiento personal y busca la satisfacción y adherencia del usuario”1

En la actualidad el concepto de calidad ha venido tomando fuerza en la prestación de Servicio de salud, como consecuencia a la constante preocupación de las Instituciones del Sector Salud por ofrecer calidad técnica y generar actos de calidad que sean percibidos por los usuarios.

“En el sector de la salud también se necesita en control de la calidad de los patrones o estándares básicos, como garantía de calidad para el desempeño de los programas de mejoramiento permanente de la calidad de la atención médica y, a la larga, de una “reingeniería” para rediseñar por completo las funciones”2

Con el fin de medir el desempeño de sus procesos la FOSCAL ha venido implementado Indicadores de gestión, los cuales en ocasiones arrojan incumplimiento de las metas; situación que requiere de un análisis minucioso para lograr encontrar la raíz del problema. Con el presente proyecto se implementa un método que asegure la identificación de las causas de las no conformidades encontradas en los indicadores de gestión del sistema único de acreditación en salud de la Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL con el fin minimizar los problemas a través de la generación de acciones que contribuyan a la solución del problema y al mejoramiento continuo del sistema. Lo anterior se desarrolló a través del ciclo de la mejora continua de Deming – PHVA, partiendo de la Planeación con el diagnóstico inicial de la Institución, el Hacer a través de la exploración

1[En línea]. Rodríguez, Carlos Edgar. Oportunidades de mejora en la evaluación de Acreditación en Salud. Disponible en:

<http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Oportunidadesmejora.pdf>. [Recuperado: Agosto 5 de 2011]

2 [En línea]. Williams, Guillermo. Calidad de los servicio de salud. Disponible en:

http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf. [Recuperado: Agosto 5 de 2011]

y definición del método a utilizar, el verificar se aplicó por medio de la implementación del método e identificación de causas y finalmente en el actuar se aborda con la elaboración de planes de acción y toma de acciones para mejorar continuamente el sistema.

Inicialmente el método es implementando en las áreas prioritarias que requieren un mayor apoyo y concentración para realizar de forma adecuada y oportuna el análisis de las causas con el fin de emprender acciones de mejoramiento que permitan cumplir las metas propuestas, para luego continuar con la aplicación del método en las otras áreas de la Institución. Durante la práctica se trabajó en los procesos prioritarios.

1. GENERALIDADES

1.1 NOMBRE DE LA EMPRESA

Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL

1.2 ACTIVIDAD ECONÓMICA, PRODUCTOS Y/O SERVICIOS

1.2.1 Actividad económica³

La Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL es una Institución de Salud Privada, sin ánimo de lucro que ofrece atención integral de los servicio de salud (IPS). Personería jurídica 1970 de Diciembre 16 de 1985 expedida por el Ministerio de Salud.

1.2.2 Productos y/o servicios⁴

Figura 1. Productos y/o Servicios FOSCAL



³ Manual de Inducción de la FOSCAL. Versión 4, Julio 2009. Pág. 2

⁴ Intranet FOSCAL. [En línea]. Disponible en: <http://www.foscal.com.co/> [Recuperado: Febrero 14 de 2011, 6:30 pm]



- + Bacteriología
 - + Enfermería
- + Enfermería de Cuidado Crítico
 - + Fonoaudiología
 - + Grupo de Soporte Nutricional

- + Odontología
- + Odontología Pediátrica
 - + Ortodoncia
 - + Periodoncia

- + Optometría
- + Ortóptica
- + Psicología
- + Rehabilitación

SERVICIOS DE APOYO

Figura 2: Servicios de la FOSCAL



- + Cirugía Bariátrica
- + Cirugía Cardiovascular y Hemodinámica
- + Cirugía de Cabeza y Cuello
 - + Cirugía de Tórax
 - + Cirugía General
 - + Cirugía Mano
 - + Cirugía Maxilofacial

- + Cirugía Pediátrica
- + Cirugía Plástica y Reconstructiva
- + Cirugía Vascular
- + Coloproctología
- + Gineco-Obstetricia
- + Medicina Bioreproductiva Y Genética

- + Medicina Materno Fetal
- + Neurocirugía
- + Oftalmología: Pediátrica, Glaucoma, Retina, Oncología, Cirugía Refractiva, Oculoplástica, Estrabismo, Trasplante de Córnea.
- + Ortopedia y Traumatología
- + Otorrinolaringología
- + Urología

ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

ESPECIALIDADES CLÍNICAS

- + Anestesiología y Clínica del Dolor
- + Cardiología
- + Dermatología
- + Gastroenterología – Endoscopia Digestiva
- + Genética
- + Hematología
- + Infectología
- + Medicina General
- + Medicina Interna

- + Medicina Nuclear
- + Nefrología
- + Nefrología Pediátrica
- + Neumología
- + Neumología Pediátrica
- + Neurología

- + Oncología
- + Patología
- + Pediatría
- + Psiquiatría
- + Radiología e Imágenes Diagnósticas
- + Reumatología

1.3 MISIÓN⁵

Somos una Institución privada, de carácter fundacional, que presta servicios integrales de salud con énfasis en la atención de alta complejidad. Nuestra acción la enmarcamos dentro de los más altos estándares de calidad, con procesos confiables y seguros, y con especial desarrollo del talento humano, la investigación, la docencia, y nuestra responsabilidad social.

1.4 VISIÓN⁶

En el 2013 la FOSCAL será líder en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, posicionada nacional e internacionalmente como una organización altamente confiable.

⁵ Cartilla de Acreditación de la FOSCAL. Junio de 2009. Pág. 28.

⁶ Cartilla de Acreditación de la FOSCAL. Junio de 2009. Pág. 29.

1.5 NÚMERO DE EMPLEADOS

Los empleados directos de la FOSCAL a diciembre de 2010 son 1291, de los cuales 373 pertenecen al área administrativa y 918 pertenecen al área asistencial.

1.6 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La FOSCAL agrupa su personal en núcleos así:

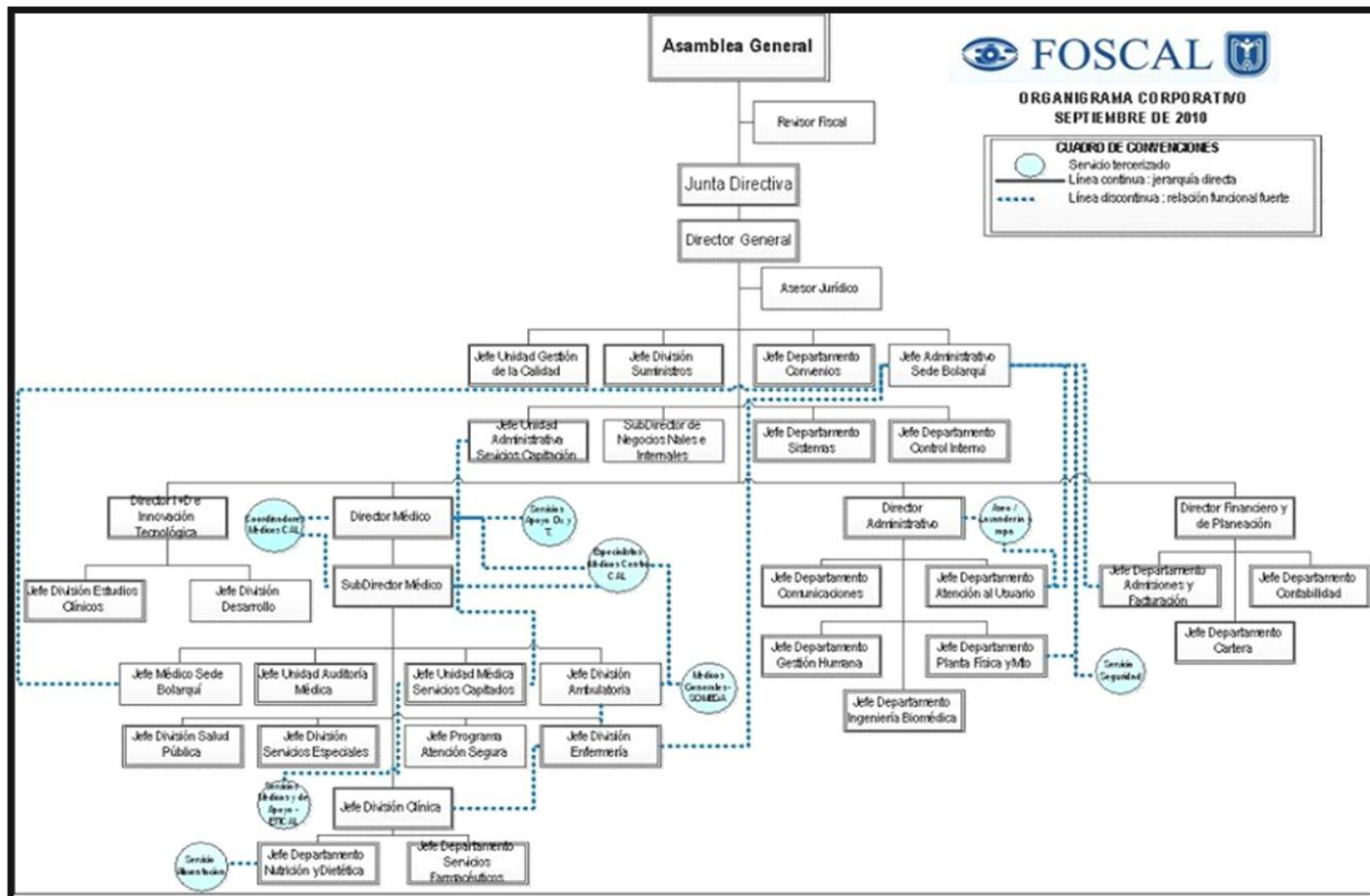
- Direcciones
- Divisiones
- Departamentos
- Coordinaciones

Cabe aclarar que la FOSCAL cuenta con áreas jerárquicamente independientes pero que mantienen una estrecha relación funcional; esta relación en el mapa organizacional se puede identificar con las líneas azules discontinuas.

Por otra parte, la FOSCAL cuenta con el apoyo de empresas externas que la apoyan y soportan tanto en la prestación de servicios de salud, como en los procesos de apoyo (alimentación, seguridad, limpieza, entre otros); la relación de éstos con la clínica se muestra en el organigrama en unos círculos azules.

[Z](http://mundofoscal/index.php)Intranet FOSCAL. [En línea]. Disponible en: <http://mundofoscal/index.php>. [Recuperado: 14 de febrero de 2011, 8:30 a.m.]

Figura 3. Organigrama
FOSCAL



Fuente: Intranet, Mundofoscal. Versión 2010

1.7 LOCALIZACIÓN

La FOSCAL cuenta con una sede principal y (3) sedes de atención ambulatorias que la apoyan en la prestación de sus servicios:

Sede principal de la FOSCAL:

Dirección: Urbanización el Bosque Autopista a Floridablanca

PBX: 6386000 – 6382828

Página Web: www.foscal.com.co

E-mail: correos@foscal.com.co

1.8 RESEÑA HISTÓRICA⁸

La institución es el resultado de una idea visionaria generada en 1976 por el doctor Virgilio Galvis Ramírez, cuando se crea la Fundación Oftalmológica de Santander - FOS, en el piso 11 del Hospital Ramón González Valencia hoy llamado Hospital Universitario de Santander.

Posteriormente, en 1979 la institución abre sus puertas en una vieja casona como respuesta a la necesidad prioritaria de brindar atención oftalmológica a la población de escasos recursos económicos.

Allí se obtuvieron las primeras vivencias de servicio comunitario con un grupo profesional y paramédico comprometido con la misión de 'Ayudar a que otros vean'. Fue así como en 1983 se inaugura el moderno edificio de la FOS en el sector de Cañaveral para brindar atención oftalmológica a un amplio sector de la población del área urbana y rural, a través de las Unidades Móviles y los programas de Extensión a la Comunidad, que se han convertido en modelo de trabajo en América Latina como un significativo aporte de la institución para la solución de los problemas de salud ocular.

La necesidad de complementar a la Fundación Oftalmológica de Santander - FOS, con especialidades médicas de apoyo, fue el punto de partida de un nuevo proyecto que ofreciera atención en todos los campos de la medicina, bajo el criterio de la calidad, en el que el paciente es el principal y único objetivo.

Es así como se consolida esta obra, con el apoyo del industrial santandereano doctor Carlos Ardila Lülle, el 14 de Mayo de 1993 se inaugura el complejo médico Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lülle - FOSCAL, que hoy agrupa un staff de 200 especialistas para tender la salud de todos los colombianos y mostrarle al país una de las principales obras de Santander.

⁸Intranet FOSCAL. [En línea]. Disponible en:<http://mundofoscal/index.php>, [Recuperado: 15 de febrero de 2011, 8:30 am.]

Actualmente, la Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lülle - FOSCAL, es la institución prestadora de servicios de salud más completa e integral del nororiente colombiano y una de las más importantes del país.

En una misma infraestructura física de unos 45 mil metros cuadrados distribuidos en cuatro torres, concentra el complejo médico asistencial más grande de la región, con una capacidad de 200 camas hospitalarias y un staff médico de 200 especialistas, comprometidos con la investigación científica y el proceso de atención al paciente.

La continua renovación de la tecnología médica, el persistente adiestramiento del personal y el ejercicio ético de nuestros profesionales, garantizan la oportunidad y la calidad del servicio en todas las áreas de la medicina, dedicación que representa la confiabilidad de nuestros los pacientes.

La capacidad hospitalaria con una completa dotación, nos permite ofrecer un servicio cinco estrellas con amplias y confortables habitaciones, menú especial, atención de enfermería y un excelente staff médico que cuenta con la mejor tecnología para el diagnóstico y el tratamiento de nuestros pacientes, quienes aprecian en la cálida atención, una cultura organizacional orientada por el compromiso y el respeto por el ser humano.

El complejo médico FOSCAL cuenta con amplias áreas funcionales, hospitalización, salas de cirugía, servicio de urgencias, unidades de cuidado intensivo, cirugía ambulatoria, helipuerto y todos los servicios de apoyo necesarios para la excelente atención del paciente. La institución cuenta con varios centros de alta tecnología entre ellos se destacan:

- El Servicio de Oftalmología, Excimer Láser
- El Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas Virgilio Galvis Ramírez (más avanzado de Latinoamérica)
- La Unidad de Radiología e Imágenes Diagnósticas
- Medicina Nuclear
- Ortopedia y Traumatología
- Laboratorio Clínico
- El Centro Urológico
- La Unidad de Diálisis y Trasplante Renal
- Neurocirugía
- Otorrinolaringología y Audiología
- Cirugía Mínimamente Invasiva
- Cirugía Plástica y Reconstructiva

Bucaramanga cuenta con una de las instituciones médicas más importantes del país que ha equiparado su calidad, servicio y avances tecnológicos, a aquellos ofrecidos en el exterior. Estas cualidades han convertido a la Fundación Oftalmológica de Santander - Clínica Carlos Ardila Lülle - FOSCAL, en un punto de referencia nacional. Incluso, cada vez más extranjeros viajan hasta Bucaramanga en búsqueda de servicios similares a los de su lugar de residencia, con gran valor agregado y excelentes costos.

1.9 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA ESPECÍFICA DE TRABAJO

La Unidad de Gestión de Calidad permite garantizar el cumplimiento y aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y sus diferentes componentes (Sistema Único de habilitación, Auditoría para el mejoramiento continuo, Sistema de información y Sistema único de acreditación); a través del “seguimiento a los procesos de habilitación, certificación y acreditación; realización de capacitaciones frente a los procesos de acreditación y la importancia de la calidad; medición del impacto del mejoramiento continuo en la institución por medio del sistema de monitoreo y el acompañamiento a los planes de mejoramiento que contribuyan al desarrollo institucional.”

La Política de Calidad que maneja la Unidad de Gestión de Calidad y que se extiende a toda la comunidad FOSCAL, es el mejoramiento continuo como base para el desarrollo de procesos confiables para ofrecer servicios médicos y asistenciales seguros, oportunos y prestados con calidez en procura del cuidado de la salud de los usuarios.

1.10 NOMBRE Y CARGO DEL SUPERVISOR TÉCNICO

Nombre: Ingeniera Claudia Helena Ramírez Mora

Cargo: Coordinadora de Auditoría Interna

Teléfono: 6382828- 6386000 Ext 3521

E-mail: gestiondecalidad@foscal.com.co

⁹Intranet FOSCAL. [En línea]. Disponible en: <http://mundofoscal/index.php>, [Recuperado: 15 de febrero de 2011, 8:45 a.m.]

2. DIAGNÓSTICO DE LA EMPRESA

Actualmente, la FOSCAL incluyendo sus tres sedes de servicios ambulatorios, se encuentra Acreditada en Salud, “la cual es un proceso voluntario y periódico de evaluación interna y revisión externa de los procesos, cuyo fin es asegurar la prestación de servicios de salud seguros y de alta calidad; a través de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas”.¹⁰ La Acreditación en Salud asegura que todas las actividades que se desarrollen dentro de la institución se encuentren orientadas hacia los clientes-pacientes, con el fin de satisfacer sus necesidades y expectativas. La institución esta esperando la visita de evaluación de seguimiento por parte del ICONTEC (entidad acreditadora), luego de haber recibido la Acreditación el 29 de abril de 2010.

Los estándares de acreditación están centrados en el usuario / paciente y deben orientarse hacia el mejoramiento institucional; la FOSCAL orienta los procesos para dar respuesta a los siguientes estándares:

- Estándar del Proceso de Atención al Cliente Asistencial: Hospitalarios, ambulatorios e imagenología.
- Estándares de Apoyo Administrativos-Gerenciales:
 - Estándar de Direccionamiento
 - Estándar de Gerencia
 - Estándar de gerencia del Recurso Humano
 - Estándar de Gerencia de Información
 - Estándar de Gerencia del Ambiente físico
 - Estándar de gestión de la Tecnología
 - Estándar Sedes Ambulatoria Integradas en red

La institución cuenta con un Manual de Calidad en el que esta contenido: Política de Calidad, Objetivos de calidad, Mapa de procesos con su secuencia, interacción y respectivas caracterizaciones, lista de documentos para cada proceso y de más elementos del Sistema de Gestión de Calidad.

El mapa de procesos se encuentra dividido en tres grandes grupos:

- Procesos de Direccionamiento:
 - I. Planeación Institucional
 - II. Contratación y Mercadeo
 - III. Control de Gestión
 - IV. Sistema de Gestión de la Calidad
- Procesos de Realización:
 - V. Proceso: Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial
 - a. Subproceso: Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial de Consulta Externa.

¹⁰Cartilla de Acreditación de la FOSCAL. Junio de 2009. Pág. 7

- b. Subproceso: Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial de Oftalmología.
- c. Subproceso: Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial de Urgencias.
- d. Subproceso: Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial de Hospitalización.
- e. Subproceso: Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial de Cuidados Intensivos e Intermedios.
- f. Subproceso: Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial de Cirugía.
- g. Subproceso: Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial de Sala de Partos.
- h. Subproceso: Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial del Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas.

VI. Proceso: Prestación de Servicios Asistenciales

- a. Subproceso: Prestación de Servicios Asistenciales en Consulta Externa.
- b. Subproceso: Prestación de Servicios Asistenciales en Oftalmología.
- c. Subproceso: Prestación de Servicios Asistenciales en Urgencias.
- d. Subproceso: Prestación de Servicios Asistenciales en Hospitalización.
- e. Subproceso: Prestación de Servicios Asistenciales en Cuidado Intensivo e Intermedio.
- f. Subproceso: Prestación de Servicios Asistenciales en Cirugía.
- g. Subproceso: Prestación de Servicios Asistenciales en Sala de Partos.
- h. Subproceso: Prestación de Servicios Asistenciales en Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas.

VII. Proceso Egreso del Usuario del Servicio Asistencial

- a. Subproceso: Egreso del Usuario del Servicio Asistencial de Consulta Externa.
- b. Subproceso: Egreso del Usuario del Servicio Asistencial de Oftalmología.
- c. Subproceso: Egreso del Usuario del Servicio Asistencial de Urgencias.
- d. Subproceso: Egreso del Usuario del Servicio Asistencial de Hospitalización.
- e. Subproceso: Egreso del Usuario del Servicio Asistencial de Cuidados Intensivos e Intermedios.
- f. Subproceso: Egreso del Usuario del Servicio Asistencial de Cirugía.
- g. Subproceso: Egreso del Usuario del Servicio Asistencial de Sala de Partos.
- h. Subproceso: Egreso del Usuario del Servicio Asistencial del Centro de Cáncer y Enfermedades Hematológicas.

VIII. Proceso Servicio de Apoyo al Proceso de Prestación de Servicios Asistenciales

- a. Subproceso: Servicio de Esterilización.
- b. Subproceso: Servicio Farmacéutico
- c. Subproceso: Servicio de Óptica.
- d. Subproceso: Manejo de Tejidos Corneales.
- e. Subproceso: Ingreso del Usuario al Servicio de Resonancia Magnética.
- f. Subproceso: Prestación del Servicio de Resonancia Magnética.
- g. Subproceso: Egreso del Usuario al Servicio de Resonancia Magnética.

- **Procesos de Apoyo:**

- IX. Gestión de Compras

- a. Subproceso: Gestión de Compras de Insumos.
 - b. Subproceso: Gestión de Compras de Servicios Médicos.
 - c. Subproceso: Gestión de Compras de Apoyo.
 - d. Subproceso: Gestión de Compra de Tecnología.

- X. Gestión de Talento Humano

- XI. Gestión de Recursos Financieros

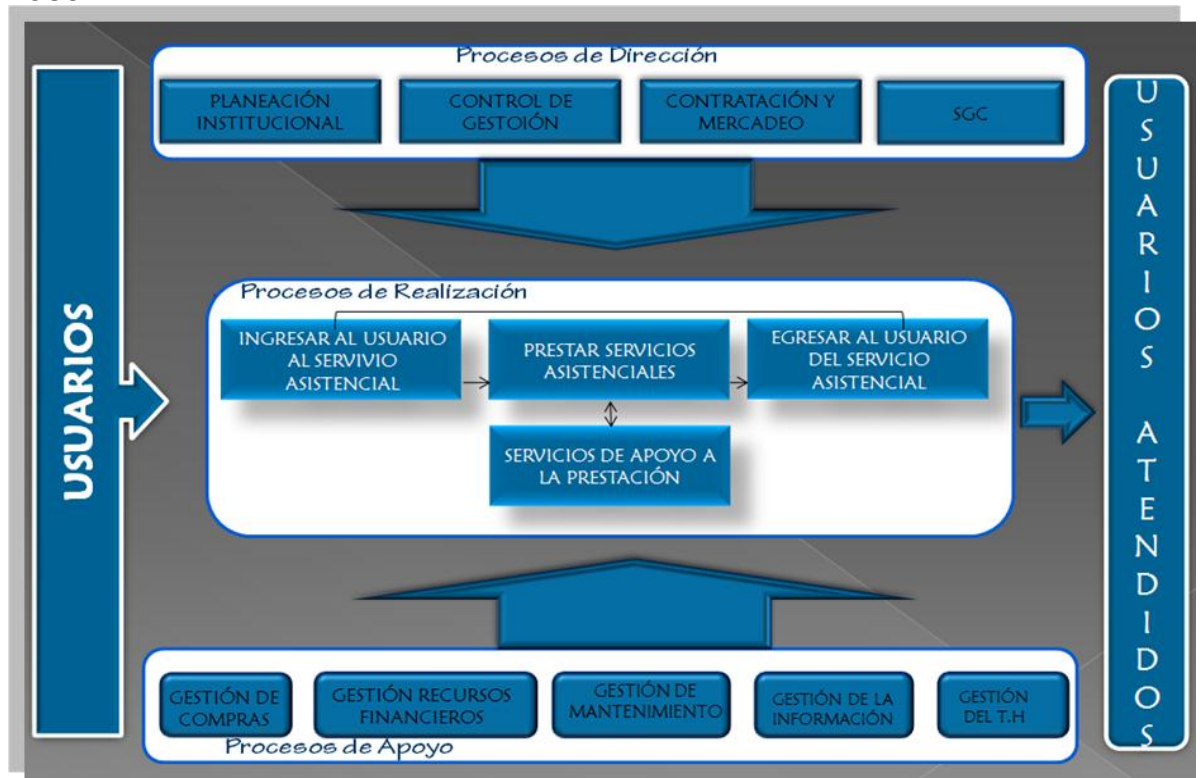
- XII. Gestión de Mantenimiento

- a. Subproceso: Gestión de Mantenimiento de Hardware y Software.
 - b. Subproceso: Gestión de Mantenimiento de Equipos Biomédicos.
 - c. Subproceso: Gestión de Mantenimiento de Planta Física.

- XIII. Gestión de la Información

Figura 3. Mapa de procesos

FOSCAL



Fuente: Elaboración Propia

Cada uno de los procesos se encuentra definidos por una caracterización y una serie de procedimientos y registros asociados a éstos. Los procesos y subprocesos cuentan con 347 indicadores de gestión (Ver ANEXO 1) que permiten evaluar la eficacia, la eficiencia y dar cumplimiento a los objetivos estratégicos de la Institución. Éstos

indicadores son manejados a través del Balanced Score Card, en el software Visión empresarial que “permite medir el impacto que tiene en la estrategia corporativa los objetivos de calidad, indicadores de procesos o cualquier otro elemento que se considere y tomar así decisiones más acertada”¹¹; a su vez permite visualizar de forma clara y precisa el comportamiento de los indicadores, y así llevar un seguimiento periódico del cumplimiento de las metas. En el momento en que se presente un incumplimiento de la meta del indicador se maneja como una no conformidad por lo cual se levanta una Solicitud de Acción que de acuerdo al comportamiento de las mediciones y a los criterios para la toma de decisiones definidos en la ficha técnica del indicador, se selecciona el tipo de acción a tomar (acción correctiva, acción preventiva o acción de mejora); cada Solicitud de Acción debe llevar asociado un análisis causal, el cual es realizado por los jefes y/o coordinadores de cada procesos, quienes soportados en herramientas como el Diagrama de Ishikawa, 5 porqués y lluvia de ideas, logran identificar la causa-raíz de la no conformidad o problema y así elaborar los planes de acción que permitan la corrección de ésta. El proceso anterior es realizado en compañía de la unidad de gestión de calidad, quienes realizan el control y seguimiento a los planes de acción, con el fin de garantizar el mejoramiento continuo.

Para dar cumplimiento al modelo de atención centrado en el cliente/paciente y a los estándares de acreditación, la institución debe responder a las características de calidad de la atención en salud como accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y humanización en los servicios; las cuales en ocasiones se ven afectadas por los múltiples actores que intervienen en la prestación del servicio de salud, generando clientes/pacientes insatisfechos con los servicios administrativos y/o asistenciales recibidos durante la estancia en la institución.

Para dar respuesta a éstas situaciones y mejorar los procesos, la Oficina de Atención al Usuario implementa mecanismos para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones tomadas de los usuarios que reciben servicios en la FOSCAL. Los reclamos, sugerencias o felicitaciones son recibidas por medio de buzones, electrónicos, presencial y telefónico; éstas manifestaciones generadas por los usuarios son analizadas por el personal de atención al usuario quienes a su vez clasifican el motivo del OMES de acuerdo a lo establecido en el Glosario de OMES (basado en los derechos del usuario) asunto; el OMES radicado y los soportes del reclamo presentado por el usuario son enviados al Gerente Solución (jefe del proceso implicado), quien junto a su equipo de trabajo se encargan de realizar la investigación del caso, realizar el análisis causal correspondiente, tomar las acciones necesarias para responder a la solicitud y elaborar una respuesta preliminar al asunto presentado por el usuario. El formato debe ser enviado a la oficina de Atención al Usuario, en donde la Jefe de Atención al Usuario evalúa la respuesta preliminar y realizan las adecuaciones de redacción necesarias para dar respuesta al usuario por escrito o por medio telefónico.

La FOSCAL desarrolla el programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), para cumplir con la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de La Calidad, con el fin de “evaluar sus procesos

¹¹Pensemós. [En línea]. Disponible en: http://www.pensemós.com/dosc2009/BrochureVE_SGC.pdf, [Recuperado Febrero 15 de 2011, 7:00 pm]

de atención y diseñar planes de mejoramiento que le permitan alcanzar los estándares superiores de calidad y garantizar la seguridad en la prestación de los servicios de salud que se brindan.”¹²

El mejoramiento de la calidad se desarrolla a través del ciclo PHVA¹³:

Planear: Se diseña un plan de mejora con base a las oportunidades de mejora con un responsable que garantice el despliegue con indicadores y ficha técnica de los mismos, que son comparables con estándares de referencia.

Hacer: Se prioriza los planes de mejora según criterios de costo, volumen, riesgo y calidad según atributos y calificación de la auto evaluación y dichos planes son implementados.

Verificar: Se hace seguimiento a los planes de mejora

Actuar: Se comunican los resultados de los planes de mejora en los Grupos primarios de cada estándar y el comité de calidad.

¹²Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud. Versión 3. Pág. 4

¹³ Cartilla de Acreditación de la FOSCAL. Junio de 2009. Pág. 63

3. ANTECEDENTES

A nivel académico y técnico son escasos los estudios realizados sobre el análisis de la causa raíz de las no conformidades identificadas en los servicios de salud. En un artículo publicado por la unidad de calidad del Hospital Universitario 12 de Octubre en Madrid-España, describen el análisis de las causas raíz como un “proceso secuencial de preguntas que provee un método estructurado para que las personas reconozcan y discutan la realización de tareas en una organización, así como su cultura organizativa”; para esto es necesario que los involucrados se hagan partícipes en el desarrollo de la metodología. Los autores del artículo referencia que en las entidades de salud una de las herramientas más utilizadas para el análisis de causas es el diagrama causa-efecto de Ishikawa. ¹⁴

“En la guía de la NPSA del Reino Unido, y en las recomendaciones de la JCAHO, para efectuar un adecuado ACR de un incidente se deberían realizar las siguientes actuaciones: 1. *Identificar qué incidentes deberían investigarse.* Sobre la base de criterios de severidad del daño para el paciente; del potencial para aprender; los que han supuesto reclamaciones, judiciales o no; de los recursos disponibles para realizar la investigación.

2. *Recopilar información.* Se debe recoger y analizar abundante cantidad de información y posteriormente seleccionar la más relevante. Para ello resulta imprescindible haber establecido previamente quiénes van a realizar el ACR, ya que son estas personas las que deben localizar la información necesaria. Además, es importante haber definido quién va a realizar el ACR, porque son las personas que deban llevarlo a cabo quienes van a requerir la información necesaria. Se recomienda que el responsable principal del ACR sea un miembro respetable de la organización, con experiencia en este campo y con cierta independencia respecto al suceso objeto de análisis. Las organizaciones que se preocupan por la calidad hacen hincapié en la necesidad de la formación de los equipos.”¹⁵

En la FOSCAL a través de la Unidad de Gestión de Calidad ha venido dando a conocer las posibles herramientas de análisis de causas (Diagrama de Ishikawa, Cinco porqués y lluvia de ideas) que pueden implementar al momento de requerir encontrar la raíz de un problema o situación que se presente en los problemas con el fin de minimizar o dar solución al problema. Dichas herramientas no son utilizadas por los Jefes y/o Coordinadores de los procesos por no tener una metodología clara, ni los conocimientos suficientes para utilizarlas; lo que impide que se solucione el problema desde la raíz y genera que las situaciones que se presentan se repitan y que los indicadores incumplan periódicamente las metas.

¹⁴López; Pedro Luis, González, Carmen y Alcalde-Escribano Juan. Artículo: Análisis de causas, una herramienta útil para prevenir errores. Unida de de Calidad, Hospital 12 de Octubre. Madrid- España.

¹⁵Ibíd.: López; Pedro Luis, González, Carmen y Alcalde-Escribano Juan. Artículo: Análisis de causas, una herramienta útil para prevenir errores. Unida de de Calidad, Hospital 12 de Octubre. Madrid- España

4. JUSTIFICACIÓN

Con el fin de brindar servicios más eficaces, que garanticen la calidad y seguridad a los usuarios, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, han evidenciado la necesidad de implementar estándares que permitan dar cumplimiento a los atributos de calidad (pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y seguridad), los cuales se han visto reflejados en la implementación del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Adicionalmente y con el fin de monitorear no sólo el desempeño de los procesos que componen el Sistema, sino también conocer y comparar el nivel de calidad de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, se han diseñado e implementado indicadores de gestión que hacen parte de la mejora continua de las Instituciones.

Siendo así, la FOSCAL, ha implementado su propio Sistema de Único de Acreditación en Salud y ha logrado posicionar su nombre dentro de las 21 Instituciones prestadoras de servicios de salud Acreditadas en Salud en Colombia. Sin embargo, para cumplir con los estándares exigidos por la entidad Acreditadora y lograr el cumplimiento de los objetivos corporativos, la FOSCAL realiza un monitoreo continuo a la gestión de sus procesos mediante el seguimiento a los resultados de la mediciones de los 347 indicadores desagregados, que en ocasiones requieren un análisis minucioso por arrojar incumplimientos en las metas establecidas para los mismos. Éste análisis no es realizado de forma concreta y cumplida, lo cual genera que se sigan presentando de forma periódica los incumplimientos en los indicadores. Lo anterior se observa en el resultado de los indicadores del II Semestre de 2010 que arrojan un total de 289 mediciones por fuera del rango de cumplimiento de las metas establecidas y de las cuales solo se recibieron 60 Solicitudes de Acción dando respuesta a no conformidad.

A su vez, la FOSCAL respondiendo al enfoque basado en el cliente/usuario, ha venido implementado mecanismos que permitan dar respuesta oportuna a las felicitaciones, reclamos y/o sugerencias presentadas por los Usuarios; éstas situaciones son afrontadas por la institución como Oportunidades de Mejora del Servicio; razón por la cual realizan un análisis de la situación que genera inconformidad para el usuario permitiendo encontrar la raíz del problema y generar acciones que permitan evitar la recurrencia de los mismos.

Bajo este orden de ideas, se hace necesario identificar un método que permita analizar las causas que podrían estar generando las no conformidades en los procesos y los incumplimientos asociados a las metas de los indicadores, para así tomar acciones pertinentes, eficaces, eficientes, efectivas y coherentes que eviten la repetición de la no conformidad y garanticen el mejoramiento continuo del Sistema.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar un método, que asegure el análisis e identificación de la causa raíz de las no conformidades generadas en los procesos y en los resultados de los indicadores de gestión del Sistema Único de Acreditación en Salud de la Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los indicadores que actualmente no han alcanzado la meta establecida en las fichas técnicas correspondientes.
- Proponer y definir una herramienta que permita a los responsables de los procesos, encontrar la causa-raíz del incumplimiento de la meta y tomar las acciones correctivas para eliminar la causa raíz de la no conformidad.
- Capacitar a los responsables de los procesos prioritarios que requieren mayor apoyo acerca de la utilización de la herramienta, con el fin de identificar la causa raíz de las no conformidades.
- Apoyar a los jefes y/o coordinadores de los procesos en la realización del análisis causal para las no conformidades, y así dar solución a las situaciones presentadas y al incumplimiento de la meta de los indicadores.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 MARCO CONCEPTUAL

A continuación se presenta una serie de definiciones descritas en el marco de la terminología específica del área de la salud, de la norma ISO 9000, la Guía básica para la Acreditación en Salud y la Cartilla de Acreditación de la FOSCAL.

- **Accesibilidad:** Se habla de accesibilidad cuando es fácil de iniciarse y mantenerse. En acreditación es importante darle una dimensión adicional al término Acceso, ampliando el concepto a la capacidad de la organización de involucrar los derechos de los usuarios dentro de su sistema de direccionamiento político frente al paciente y su familia.
- **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada.
- **Acción preventiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseada
- **Acreditación en Salud:** Es un proceso voluntario y periódico de auto evaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas.
- **Ambiente físico:** Medio en el que se desarrollan los seres humanos y que potencialmente puede condicionar su crecimiento, desarrollo, supervivencia y comportamientos. Comprende todos los aspectos externos al organismo humano de tipo físico, químico o biológico, que ejercen alguna influencia sobre su salud, y respecto del cual tiene limitada capacidad de control.
- **Auditoría de calidad:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.
- **Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud:** Implica 1) La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios. 2) La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. 3) La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.
- **Balance Score Card¹⁶:** es un sistema de planificación estratégica y de gestión que se utiliza ampliamente en los negocios y la industria, el gobierno y organizaciones sin fines de lucro en todo el mundo para alinear las actividades de negocios a la visión

¹⁶[En línea]. Disponible en: <http://www.balancedscorecard.org>. [Recuperado:22de febrero de 2011]

y la estrategia de la organización, mejorar las comunicaciones internas y externas, y monitorear el desempeño estratégico de la organización contra la metas.

- **Calidad de la Atención en Salud:** Provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.
- **Causa-Raíz:** Es la fuente origen de un problema.
- **Certificación:** Proceso mediante el cual un cuerpo autorizador, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o institución cumple con unos criterios preestablecidos. La certificación se refiere por lo general, a persona, y la acreditación, a instituciones.
- **Ciclo PHVA:** Herramienta utilizada para la mejora continua de la calidad dentro de una empresa. El ciclo consiste de una secuencia lógica de cuatro pasos repetidos que se deben de llevar a cabo consecutivamente. Estos pasos son: Planear, Hacer, Verificar y Actuar.
- **Cinco porqués¹⁷:** Es una técnica sistemática de preguntas utilizada durante la fase de análisis de problemas para buscar posibles causas principales de un problema.
- **Cliente:** Cualquier individuo, familia, grupo y/o comunidad (interno o externo a la organización) que recibe cuidados y tratamientos o servicios de la organización.
- **Continuidad:** Componente de la calidad de la asistencia del paciente que consiste en la coordinación de la asistencia misma necesaria entre diferentes médicos y centros sanitarios y a lo largo del tiempo.
- **Control:** Conjunto de operaciones encaminadas a verificar y comprobar el funcionamiento, productividad, de algún proceso de acuerdo con unas directrices y planes establecidos.
- **Corrección:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar una no conformidad detectada.
- **Diagrama Ishikawa¹⁸:** Es un instrumento eficaz para el análisis de las diferentes causas que ocasionan el problema.
- **Diagrama de Pareto¹⁹:** Es una forma especial de gráfico de barras verticales que separa los problemas muy importantes de los menos importantes, estableciendo un orden de prioridades.
- **Direccionamiento estratégico:** Es un concepto amplio que significa focalizar esfuerzos y lograr solidaridad hacia propósitos comunes. No es un sistema gerencial ni un instrumento específico. Busca orientar la organización hacia el futuro y hacia el mercado (entorno), para garantizar su supervivencia a largo plazo. Es un proceso o

¹⁷[En línea]. Disponible en: <http://www.plataformaongs.org>. [Recuperado:22 de febrero de 2011]

¹⁸ [En línea]. Disponible en: www.civ.cl. [[Recuperado:22 de febrero de 2011]

¹⁹ [En línea]. http://www.infomipyme.com/Docs/GENERAL/Offline/GDE_08.htm[Recuperado:22 de febrero de 2011]

método mediante el cual la dirección involucra la planificación, la toma de decisiones y el establecimiento de los procedimientos para ejercer las decisiones así como hacer que las demás personas de la organización hagan las tareas encomendadas y supervisadas.

- **Efectividad:** El grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente.
- **Eficacia:** Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **Eficiencia:** Indicadores y resultados que miden el nivel de recursos empleados en un proceso para atender los requisitos de los clientes. Relación entre los resultados (resultados de la asistencia) y los recursos utilizados para prestar la asistencia al paciente.
- **Estándar:** Nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual.
- **Estándar proceso de atención al cliente asistencial:** Busca establecer los procedimientos que se deben desarrollar durante el proceso de atención del usuario en la institución mediante la implementación de un camino lógico en donde se desarrolle una serie de pasos que integren de manera coordinada los diferentes servicios, personas y elementos claves de la atención al usuario su familia.
- **Estándar de direccionamiento:** Busca orientar a la organización hacia el futuro y promover acciones para que toda la institución trabaje en la misma dirección mediante la formulación y el desarrollo de los parámetros de direccionamiento: la misión, visión principios y valores.
- **Estándar de Gerencia:** Busca garantizar los recursos necesarios para dar cumplimiento a las necesidades y expectativas de los clientes y al plan estratégico institucional.
- **Estándar de gerencia de la Información:** Busca generar información confiable y veraz que contribuya a la toma de decisiones organizacionales identificando las necesidades de información, dando un manejo adecuado a la documentación, ofreciendo seguridad y confidencialidad de la información y ofreciendo canales efectivos de comunicación.
- **Estándar de gerencia del Ambiente Físico:** Busca establecer mecanismos operativos de prevención y manejo de los riesgos potenciales a los que pueden estar expuestas todas las personas, con el fin de garantizar la seguridad y la calidad del entorno donde se desarrollan los procesos organizacionales.
- **Estándar de gerencia del Recurso Humano:** Busca garantizar que el personal de la institución sea competente e idóneo para desempeñar sus funciones.
- **Estándar de Sedes Ambulatorias integradas en red:** Busca integrar la información y las políticas de cada una de las sedes de la institución ubicadas en los diferentes puntos de la ciudad, de tal manera que todas compartan una misma filosofía

organizacional, en cuanto a la atención del usuario, el direccionamiento estratégico, la gerencia de la información y la gestión de la tecnología.

- **Ficha técnica:** Documento de carácter técnico que soporta y estandariza al interior de la organización los aspectos básicos de cada uno de los indicadores.

- **Indicador¹⁹:** es una magnitud asociada a una característica (del resultado, del proceso, de las actividades, de la estructura, etc.) que permite a través de su medición en periodos sucesivos y por comparación con el estándar establecido, evaluar periódicamente dicha característica y verificar el cumplimiento de los objetivos (estándares) establecidos.

- **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud

- **Manual de calidad:** Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.

- **Mejora continua:** Acción recurrente que aumenta la capacidad para cumplir los requisitos.

- **Monitoreo:** Se refiere a la vigilancia constante y la medición sistemática de un fenómeno, se utiliza para detectar tempranamente cualquier alejamiento del buen manejo o estándar del proceso y su corrección inmediata. Se utiliza criterios explícitos para temas considerados como importantes, esenciales o básicos, manejados en condiciones específicas.

- **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito.

- **Norma ISO 9001:2008²⁰:** Es la norma bajo la cual se certifica el sistema de gestión de la calidad de cada empresa. En esta norma se definen los requisitos que debidamente implantados permiten cumplir los requisitos de los clientes y lograr su satisfacción.

- **OMES:** Término utilizado en la FOSCAL que hace referencia al registro donde se consigna la Oportunidad de Mejora del Servicio, suministrando la evidencia objetiva de la actividad realizada y el resultado obtenido.

- **Oportunidad:** Dimensión de la actuación referente a la manera en que se presentan la asistencia o se realiza una intervención en el paciente en el momento más beneficioso o necesario.

- **PACOS:** Son las características o atributos de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad, Oportunidad y Seguridad)

- **PAMEC:** Auditoria para el mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud.

¹⁹[En línea]. Disponible en: <http://www.aiteco.com/indicador.htm> [Recuperado:22 de febrero de 2011]

²⁰[En línea]. Disponible en: <http://www.alconet.com.ar/ISO/calidad008.html> [Recuperado:22 de febrero de 2011]

- **Pertinencia:** Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que ponen en riesgo su vida o su estado de salud.
- **Política de calidad:** Intenciones y dirección global de una organización relativas a la calidad como se expresan formalmente por la alta dirección.
- **Problema:** Es una situación indeseable o una No Conformidad ó una queja del cliente ó evento adverso.
- **Proceso de Apoyo:** Lo conforman todos los procesos que proporcionan los recursos necesarios para que los procesos de realización se puedan llevar a cabo. Son el soporte de los procesos de realización.
- **Proceso de direccionamiento:** Está conformado por los procesos que proporcionan directrices institucionales es definen el rumbo de la institución hacia el futuro y las políticas y normas a cumplir.
- **Proceso de Realización:** Está conformado por los procesos que están orientados al cliente final (usuario). Son la razón de ser de la institución.
- **Recurso humano:** Número de puestos de trabajo ocupados, con independencia de la vinculación jurídica, por lo que no se incluyen las suplencias.
- **Satisfacción del cliente:** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.
- **Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Sistema de Gestión de Calidad:** Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.
- **Sistema único de Acreditación²¹:** Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.
- **SOGC:** Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

²¹[En línea]. Disponible en: <http://www.eumed.net/libros>. [Recuperado el 22 de febrero de 2011]

6.2 MARCO LEGAL

En Colombia, con la aprobación de la Constitución Política de 1991, se estableció que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado; en el que se aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad, que deben tener el servicio de salud en Colombia”²².

Luego con la Ley 100 de 1.993, se creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, en donde se instituyó la Acreditación en Salud como un mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los servicios de Salud (Art 186, Ley 100 de 1.993). En el Artículo 11 del Decreto 2174 de 1996, se definió la Acreditación como un componente del Sistema de Garantía de Calidad. Seis años más tarde, después de largos estudios, el Ministerio de Salud mediante el Decreto 2309 del 2002, define la Acreditación como un “procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.”²³

A través del decreto 1011 de 2006, el Ministerio de Protección Social establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual tiene como componentes :

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

La resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social resuelve, que el sistema de Información para la Calidad debe monitorizar los indicadores trazadores definidos en el Anexo técnico de dicha resolución; las instituciones deben implementación y reportar la información semestralmente a la Superintendencia Nacional de Salud.

“El Sistema Único de Acreditación está completamente articulado con los demás componentes del SOGC de la Atención en Salud: en tanto que la habilitación está planteada para proteger al paciente de la prestación de servicios en las cuales los riesgos sean potencialmente inaceptables desde el punto de vista del sistema, la acreditación direcciona hacia la excelencia en el desempeño y la auditoría sirve de elemento de comprobación acerca de si la atención observada efectivamente ha alcanzado tales niveles, así como se constituye en un mecanismo de aseguramiento de las mejoras conseguidas. Finalmente el sistema de información articula los

²²Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC. Guía Básica para la Acreditación en Salud. Año 2005. Pág. 8

²³Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC. Guía Básica para la Acreditación en Salud. Año 2005. Pág. 9

diferentes componentes y es el mecanismo a través del cual se materializará el incentivo de prestigio.”24

Los Manuales de Estándares de Acreditación para las IPS, EAPB: Entidades promotoras de Salud de los Regímenes Contributivos EPS y Subsidiado o ARS y las empresas de Medicina Prepagada, EMP; fueron establecidos en la Resolución 1474 de 2002.

En Colombia, la Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) es el ICONTEC, la cual fue designada por el Ministerio de Protección Social el 19 de Noviembre de 2003 con la Resolución 0003557.

6.3 MARCO HISTÓRICO

Desde las civilizaciones antiguas se ha tenido una noción de la Calidad, asociado al cuidado de la salud y la medicina, que con el paso del tiempo se ha venido fortaleciendo y ha cobrado una mayor importancia. A finales de siglo XIX, se dan a conocer los primeros reportes de evaluaciones de calidad del cuidado de la salud, los cuales fueron utilizados para el estudio de reducción de la mortalidad de heridos de la guerra de Crimen en el Hospital de Barrack, en donde la enfermera Florence Nightigle, “analizó la estadística de mortalidad para cada tipo de patología y demostró mejoras en la higiene, cuidados y condiciones sanitarias y desarrolló lo que se podía entender como los primeros estándares de la práctica de enfermería en su publicación Notes of Nursing (1860)”25.

El colegio Norteamericano de Cirugía, en el siglo XX, diseñó el primer conjunto de estándares mínimos para los hospitales, publicadas en 1.918, orientadas a medir el cumplimiento de los estándares relacionados con la calidad del cuidado de la salud.

En la década de los 80 las organizaciones de salud en Estados Unidos comenzaron a adoptar la filosofía industrial del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM) “el sistema de acreditación en hospitales amplió el enfoque de evaluación para promover el mejoramiento de la calidad de la atención en salud”26.

En Colombia el Mejoramiento Continuo de la Calidad se comienza a desarrollar al implementar el decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) a través de los componentes: Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de información para la Calidad. A su vez con el Ministerio de Protección Social establece la obligatoriedad de vigilar los eventos adversos presentes en las

24 [En línea] Ministerio de Protección Social. Disponible en:

<http://www.minproteccion-social.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20PREPARACION%20PARA%20LA%20ACREDITACION.pdf> [Recuperado Abril 21 de 2010]

25 Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC. Guía Básica para la Acreditación en Salud. Año 2005. Pág. 7

26 Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC. Guía Básica para la Acreditación en Salud. Año 2005. Pág. 8

Instituciones de Salud y reportar dichos eventos con su respectivos análisis; para ello ofrece metodologías para el análisis causal de dichos eventos como son el Protocolo de Londres, el análisis de ruta causal o análisis de causa raíz (Diagrama de Ishikawa), el modo de falla u otros.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 METODOLOGÍA

El plan de trabajo se desarrollara a través del ciclo PHVA.

- Planear: Diagnóstico Inicial.

Proceso de Seguimiento a los resultados de la medición de los indicadores de gestión correspondientes al II Semestre de 2010 y I Semestre de 2011.

- Hacer: Exploración y Definición del método y herramienta para el aseguramiento de la identificación de las causas.
- Verificar: Capacitar a los jefes y coordinadores de los procesos acerca de la utilización de la herramienta para el análisis causal.

Implementación de la herramienta para el análisis causal de las no conformidades presentadas los procesos e Indicadores de Gestión correspondientes al I Semestre de 2011.

Estudio: Análisis de las causas que están generando las falencias que se presentan en el manejo del instrumental en la Unidad de Esterilización.

- Actuar: Elaboración de las Solicitudes de Acción.

Toma de Acciones para la mejora continua de los procesos.

Elaboración del procedimiento documentado.

Seguimiento al cronograma de actividades-

7.2 ÁREA DE ESTUDIO

El plan de trabajo se llevará a cabo desde la sede principal de la Fundación Oftalmológica de Santander-FOSCAL hasta sus tres sedes de Atención Ambulatorio.

7.3 POBLACIÓN

7.3.1 Unidad de Selección

Fundación Oftalmológica de Santander- FOSCAL, sede principal y sus 3 sedes de servicio ambulatorio

7.3.2 Unidad de Análisis

Procesos de Dirección, Procesos de Realización y procesos de Apoyo, datos correspondientes segundo semestre del año 2010 y primer semestre de 2011

7.3.3 Unidad de Observación

Indicadores de Gestión de los procesos de realización del primer semestre del año 2011.

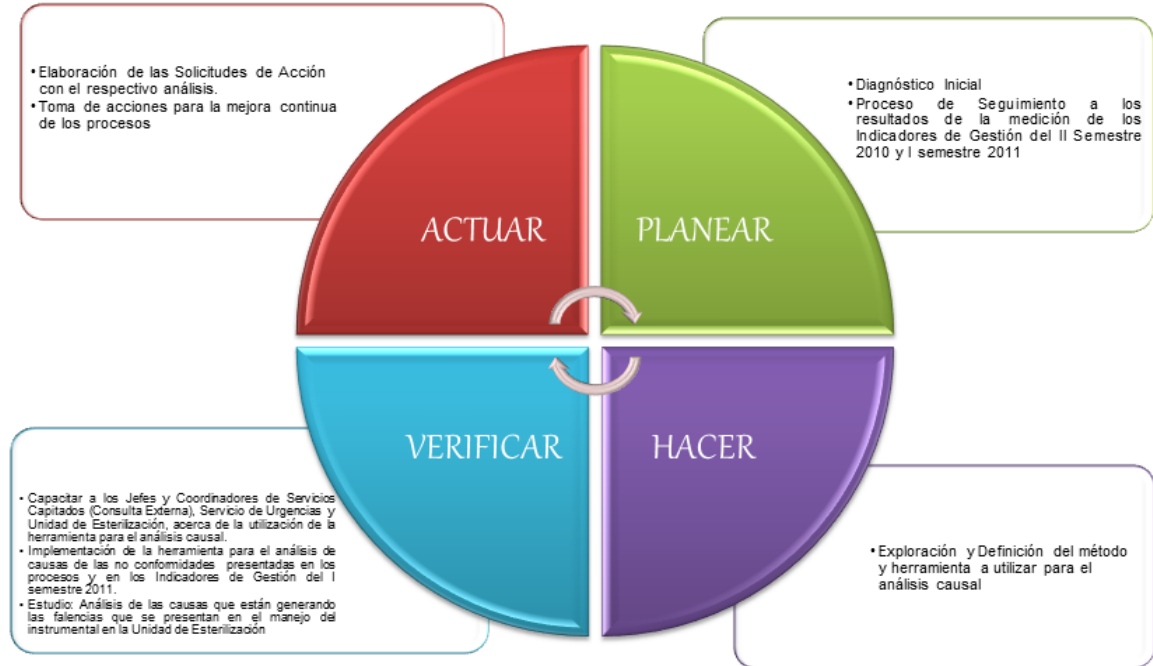
7.4 TAMAÑO

La población universo de la unidad de observación actualmente son los procesos prioritarios donde se requiere de mayor apoyo en el análisis de las causas: Servicios Capitados y Urgencias. La Unidad de Esterilización que requiere apoyo para analizar las causas que están generando las falencias que se presentan en el manejo del instrumental en la unidad de esterilización.

8. ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE LA PÁCTICA

La práctica Empresarial se desarrolló a través del ciclo de Mejora Continua de Deming, a través de las 4 fases: *Planear, Hacer, Verificar y Actuar*. Dentro de cada una de las fases se definieron las actividades a llevar a cabo para Implementar un método para asegurar la identificación de las causas de las no conformidades encontradas en los indicadores de gestión del Sistema Único De Acreditación en Salud De la Fundación Oftalmológica De Santander–FOSCAL.

Figura 4. Ciclo PAVA del proyecto



Fuente: Elaboración Propia

8.1 FASE PLANEAR

8.1.1 PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

Al dar inicio a la Práctica Empresarial se realiza la planificación de las actividades que se van a ejecutar, con el fin de dar respuestas a los objetivos planteados. El programa de actividades desarrolladas se plantea a continuación:

Tabla 1: Programa de Actividades

OBJETIVO	FASE	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESULTADO ESPERADO
Identificar los indicadores que actualmente no han alcanzado la meta establecida por las fichas técnicas correspondientes.	P	Estudio del Manual de Calidad.	Manual de Calidad Fundación Oftalmológica-FOSCAL	Conocimiento del proceso de medición y seguimiento del desempeño de los procesos en la institución. Así como del procedimiento "Diseñar y Gestionar Indicadores" (UGC-008-MP) de la FOSCAL.
		Conocimiento de la estructura del al Sistema Único de Acreditación en salud por medio de la Guía básica para la acreditación en salud.	Libro: Guía básica para la Acreditación en salud -ICONTEC y Cartilla de Acreditación de la FOSCAL	Conocimiento de la estructura, el enfoque de la acreditación en salud y los estándares evaluados dentro de la misma.

		Exploración del Software visión empresarial, módulo de indicadores	Software Visión Empresarial	Destreza en el manejo del programa; conociendo las aplicaciones y la distribución de los indicadores en el software.
		Diagnóstico de los indicadores de gestión a través del Software visión empresarial	Software Visión Empresarial. Ficha técnica de los indicadores.	Diagnóstico del estado actual de los indicadores e informe sobre los indicadores que están incompletos a la Ingeniera encargada de cargar los datos al software.
	P	Seguimiento al cumplimiento de las metas de los indicadores de cada proceso	Software Visión Empresarial. Ficha técnica de los indicadores. Excel	Diligenciamiento del archivo en Excel para identificación de los indicadores que incumplen con la meta establecida en la ficha técnica del indicador.
		Cuantificar los indicadores de cada procesos que incumplen la meta propuesta e identificación de las acciones a tomar (Correctiva o preventiva)	Software Visión Empresarial. Ficha técnica de los indicadores. Excel	Número total de indicadores por proceso que incumplen la meta y totalización de las acciones a tomar (Correctiva o preventiva) teniendo encuentra lo especificado en la ficha técnica del indicador.

		Configurar la seguridad de acceso de cada uno de las variables (manuales y calculadas) de los indicadores.	Software Empresarial. Visión	Acceso al Software visión empresarial para todo el personal que labora en la FOSCAL.
	P	Revisión de Solicitudes de Acción y Planes de acción recibidos	Solicitudes de acción diligenciadas	Conocer cuales procesos han enviado las solicitudes de acción dando respuesta a las no conformidades de los indicadores encontradas en análisis de los mismos y revisión de la herramienta empleada para el análisis de causas.
		Informe de Solicitudes de Acción Correctiva y Preventiva a levantar por proceso	Archivo de Excel con el seguimiento	Documento relacionando los indicadores que incumplieron las metas (especificando periodo, y si se levantó solicitud de acción)
Proponer y definir una herramienta que permita a los responsables de los procesos, encontrar la causa-raíz del incumplimiento de la meta y tomar las acciones	H	Exploración de la herramienta para identificación de la causa-raíz del incumplimiento de la meta (no conformidad)	Artículos y estudios en internet de herramientas para el análisis de eventos ocurridos en Instituciones del sector salud	Métodos y herramientas utilizados en instituciones de salud para en el análisis de causas de los eventos.

correctivas para eliminar la causa raíz de la no conformidad.	H	Definición de la herramienta que se ajuste mejor a los indicadores implementados por la institución	Métodos y herramientas seleccionadas de la investigación	Método y herramienta que se va utilizar en el análisis de causas del incumplimiento de indicadores en la FOSCAL.
	H	Socialización de dicha herramienta ante la Jefe de la Práctica	Presentación en Power Point y Excel	Aprobación del método y herramienta para análisis causal, y definición de procesos de realización críticos de la FOSCAL en los se va a centrar el proyecto.
		Realizar prueba piloto	Formato en Excel con la herramienta	Verificar funcionamiento de los comandos y fórmulas en Excel funcione correctamente.
Capacitar a los responsables de los procesos de realización acerca de la utilización de la herramienta, con el fin de identificar la causa raíz de	V	Capacitar a los jefes de los procesos y a su grupo de trabajo acerca del método y herramienta para el análisis causal	Formato en Excel con la herramienta	Conocimiento y apropiación de la herramienta por parte de cada uno de los miembro de los procesos

las no conformidades y dar solución al incumplimiento de la meta de los indicadores.	V	Realizar acompañamiento a los procesos (Definidos como prioritarios) en el análisis causal de ésta no conformidad	Formato en Excel con la herramienta	Uso de la herramienta para el análisis causal Identificación de Causas
Apoyar la documentación de solicitudes de acciones correctivas para los indicadores que incumplen la meta establecida por la ficha técnica correspondiente, realizando el análisis causal.	A	El jefe y/o Coordinador del área diligencia el formato de Solicitud de Acción y en caso de ser necesario elabora un plan de Acción	Herramienta para análisis causal Formato de Solicitud de Acción Formato Plan de Acción	Tratamiento de las causas identificadas Plan de Acción

Fuente: Elaboración propia

8.2 DIAGNÓSTICO:

8.2.1 Sistema de Gestión de Calidad

Para dar inicio al proyecto fue necesario hacer una revisión del manual de calidad para conocer la forma como se lleva a cabo la medición y seguimiento del desempeño de los procesos en la institución, en donde se encuentra que la herramienta utilizada son los indicadores de gestión, los cuales están consignado en el “Plan del Sistema de Gestión de la Calidad”, a través del Procedimiento “Diseñar y Gestionar Indicadores” (UGC-008-MP) de la FOSCAL.

Actualmente la FOSCAL tiene implementado 348 indicadores desagregados distribuidos en los tres procesos principales de la siguiente forma:

- Proceso de Dirección: 27
- Proceso de Apoyo: 56
- Procesos de Realización: 265

La medición de éstos indicadores se realiza por medio del software visión empresarial, en donde se cargan los datos proporcionados por los jefes y/o coordinadores de cada proceso.

Dado lo anterior, se realiza la exploración del Software con el fin de conocer el funcionamiento de la misma. Al mismo tiempo se realiza un diagnóstico de las mediciones de los indicadores de gestión del año 2010 para conocer el estado actual de los mismos y se generar un reporte a la Coordinadora de medición con aquellos indicadores que aún no presentan medición.

Seguido a esto, se inicia el seguimiento a los Indicadores de Gestión del Sistema Único de Acreditación en Salud del II Semestre 2010 y I Semestre 2011 para identificar aquellos están en el rango de incumplimiento de la meta de acuerdo a lo establecido en la ficha técnica del mismo; por lo cual se realiza el diagnóstico de los indicadores por medio del software visión empresarial en donde se revisan las mediciones de los indicadores de cada proceso analizando las gráficas proporcionadas por la herramienta (Figura 1); sabiendo que en el momento que la tendencia esté fuera del color azul hay una no conformidad (incumplimiento de la meta), y de acuerdo a los criterio para toma de decisiones especificados en la ficha técnica se determina si se realiza Solicitud de acción correctiva, preventiva o acción de mejora.

Figura 5. Gráfica Software Visión Empresarial

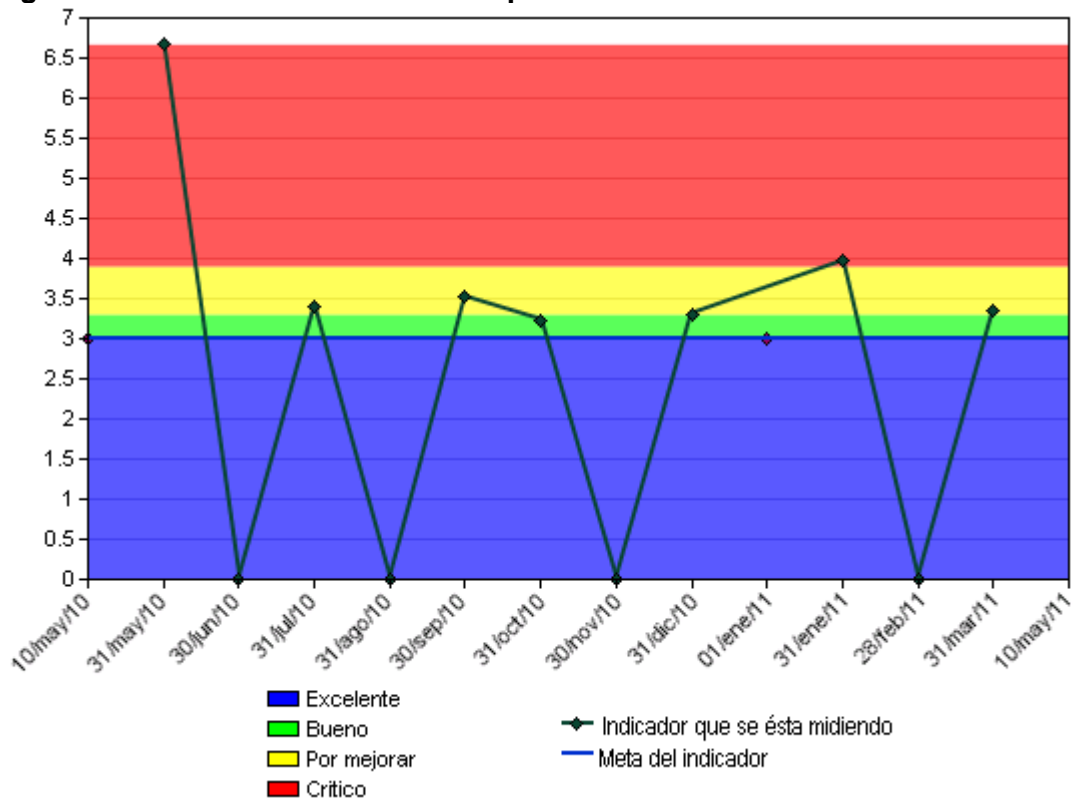


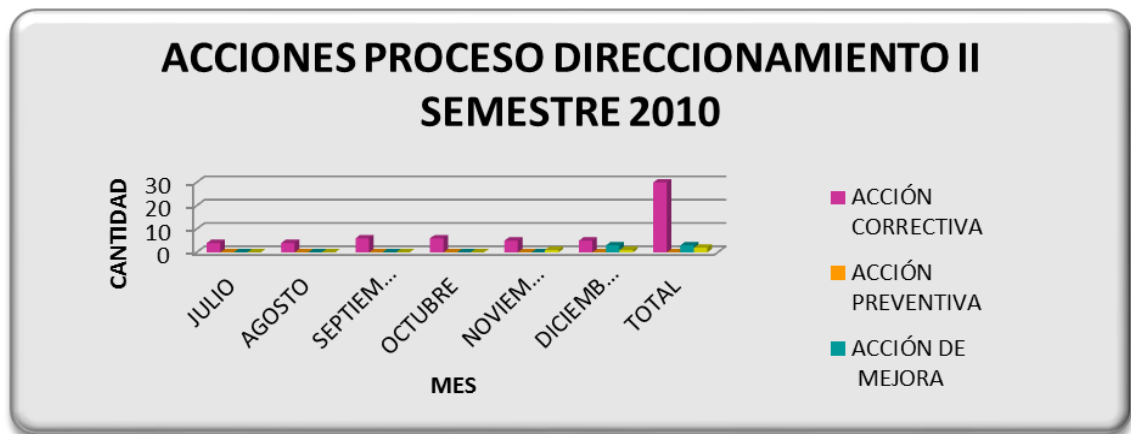
Figura 5: Resultado Software visión empresarial

Los resultados obtenidos de la monitorización de los Indicadores y de la verificación de las Solicitudes de Acción, son consignados en la tabla descrita en el ANEXO 2, la cual permite totalizar el número de incumplimientos por cada proceso y el número de solicitudes de acción levantadas, arrojando los siguientes resultados:

8.2.2 Análisis de Datos de Indicadores Año 2010

- *Procesos de Direccionamiento*

Figura 6. Acciones Proceso Direccionamiento II Semestre 2010

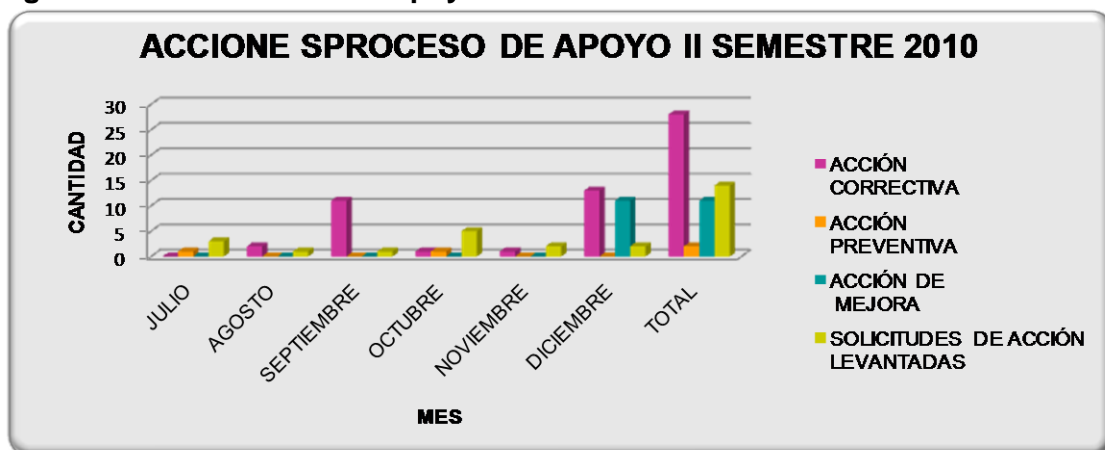


Fuente: Elaboración propia

Respecto a la gráfica anterior, se puede evidenciar que para el proceso de direccionamiento durante el segundo semestre de 2010 se debió levantar un total de 30 solicitudes de acción correctiva, 3 de mejora; de las cuales solo se recibieron 2 solicitudes de acción.

- *Procesos de Apoyo*

Figura 7. Acciones Proceso Apoyo II Semestre 2010

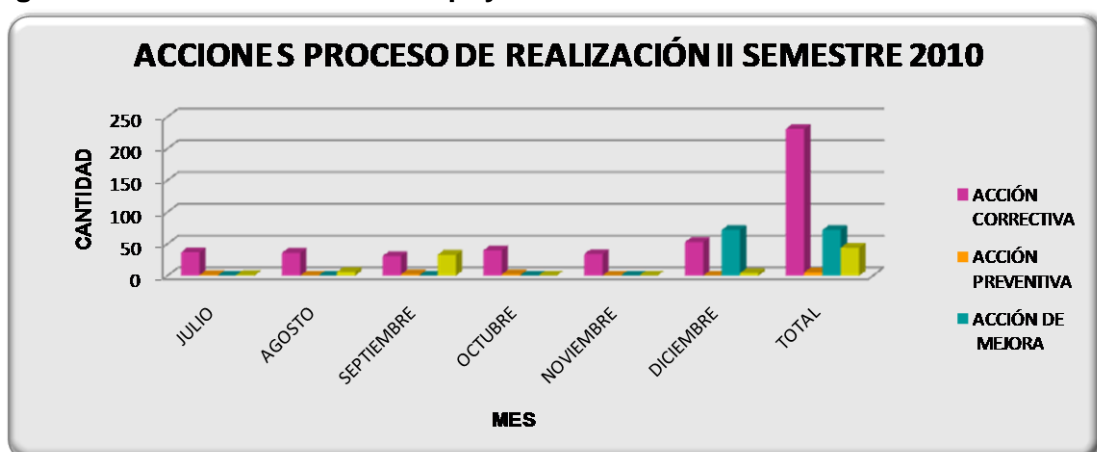


Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la gráfica anterior, se observa que para el proceso de apoyo, en lo que concierne al II Semestre de 2010 se debió elaborar 28 solicitudes de acción correctiva, 2 preventivas y 11 de mejora; con 14 solicitudes de acción levantadas.

- *Procesos de Realización*

Figura 8. Acciones Realización Apoyo II Semestre 2010



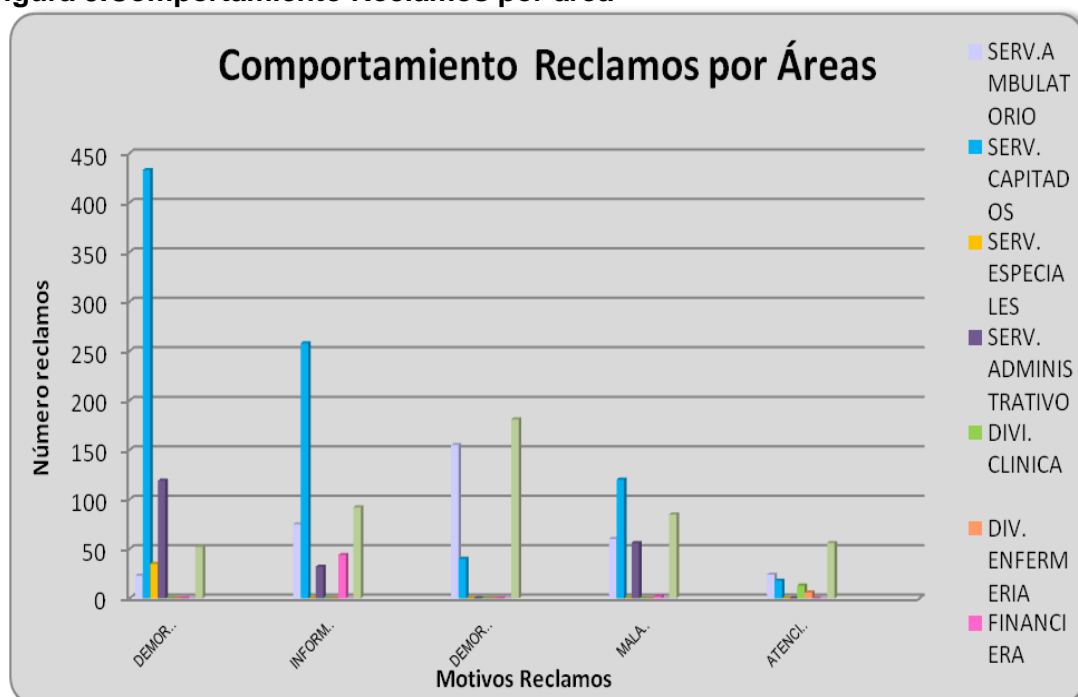
Fuente: Elaboración propia

La gráfica anterior muestra que durante el II Semestre de 2010, para los procesos de realización debió levantar 231 solicitudes de acción correctiva, 5 preventiva, 72 de mejora, de las cuales se levantaron 44 solicitudes de acción.

De acuerdo a lo anterior, se concluye que los indicadores presentan incumplimiento de las metas de forma repetitiva y los jefes y/o coordinadores de los procesos no están realizando el análisis de causas que les permitan encontrar la raíz del problema y así minimizar y/o dar solución a estas no conformidades, lo que genera durante el II Semestre de 2010, 289 solicitudes de acción correctiva por levantar, de las cuales solo se recibieron respuesta a 60 solicitudes. Los planes de acción propuestos para dar solución a las causas analizadas serán cerrados por la Coordinadora de Auditorías Internas durante las auditorías internas realizadas a cada área.

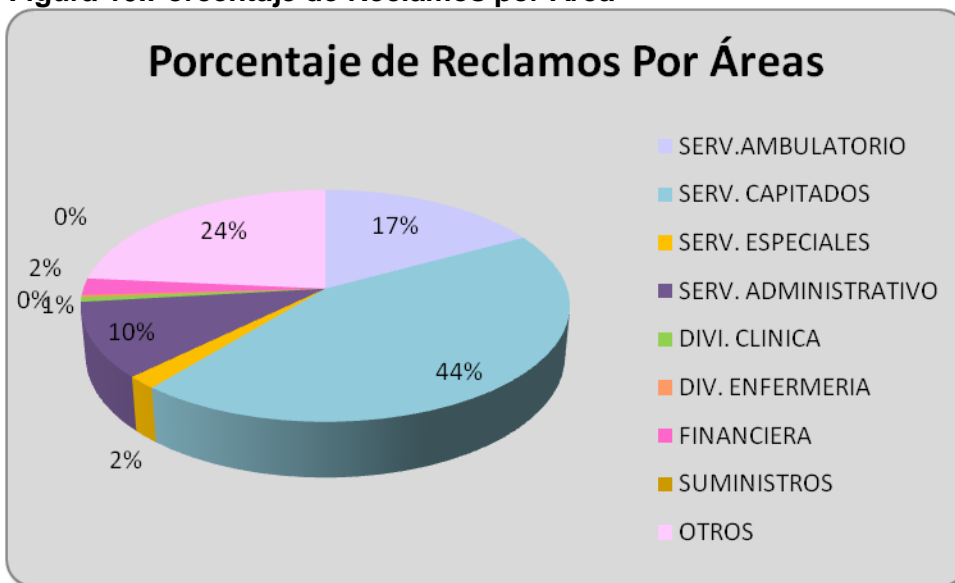
A su vez dentro de cada proceso se realiza el análisis de OMES con el fin de brindar un mejor servicio a los usuarios y dar una respuesta oportuna a los reclamos, sugerencias o felicitaciones recibidos por medio de buzones, correo electrónico, presencial y telefónico; las OMES son clasificadas de acuerdo a los derechos y deberes de los Usuarios y de agrupan en los siguientes motivos: Demora para Acceder, Información Insuficiente, Demora en la Atención de los Servicios Asistenciales, Mala atención por Actitud y Atención Asistencial Inadecuada. El comportamiento de las divisiones de acuerdo al Pareto por OMES del año 2010 se puede observar en la figura 9 y 10.

Figura 9. Comportamiento Reclamos por área



Fuente: Elaboración propia

Figura 10. Porcentaje de Reclamos por Área



Fuente: Elaboración propia

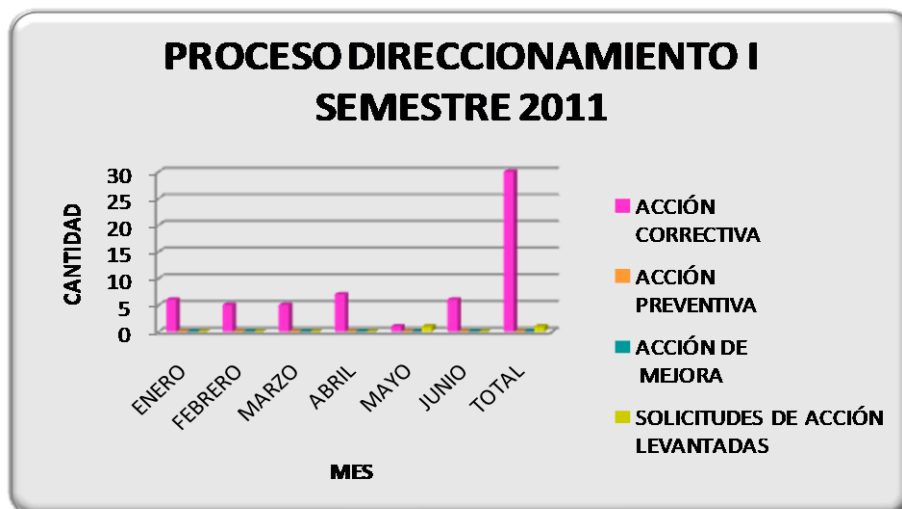
El comportamiento de las gráficas anteriores nos permite observar que durante el año 2010 las áreas que obtuvieron un número de reclamos por parte de los usuarios fueron Servicios Capitados y Servicios Ambulatorios, áreas que durante los 4 trimestres del año presentaron un incremento en el número de reclamos; éstos fueron analizados por los jefes y coordinadores generando planes de acción para minimizar los inconvenientes, los cuales en ocasiones no generaron suficiente impacto por apuntar a los síntomas y no a la causa-raíz de los problemas.

Año 2011

Seguimiento a Indicadores de Gestión I Semestre 2011

- *Procesos de Direccionamiento*

Figura 11. Acciones Proceso Direccionamiento I Semestre 2011

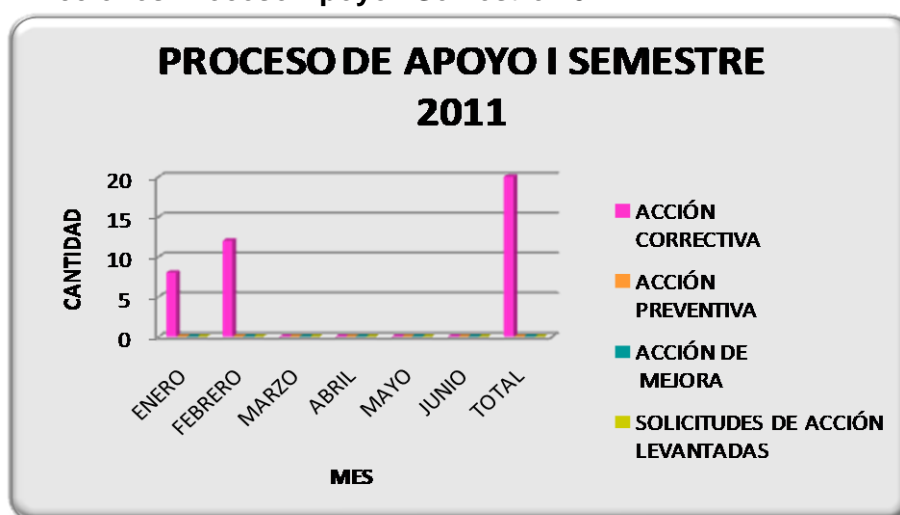


Fuente: Elaboración propia

Con la grafica anterior se logra evidenciar que para el I Semestre de 2011 se debieron levantar 30 Solicitudes de Acción de las cuales hasta el momento solo se han recibido 2.

- *Procesos de Apoyo*

Figura 12. Acciones Proceso Apoyo I Semestre 2011

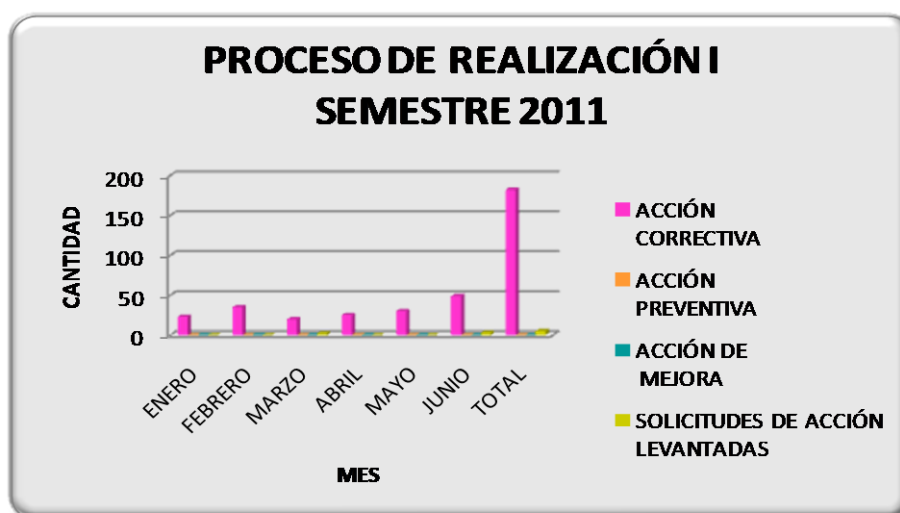


Fuente: Elaboración propia

Las áreas pertenecientes al Proceso de Apoyo presentaron incumplimiento de las metas de los indicadores durante los dos primeros meses del año, para lo cual debieron levantar 20 solicitudes de acción de las cuales no se ha recibido ninguna hasta el momento.

- *Procesos de Realización*

Figura 13. Acciones Proceso Realización I Semestre 2011



Fuente: Elaboración propia

El proceso de realización debió levantar 182 Solicitudes de Acción de las cuales solo se han recibido 5.

Analizando la medición de los indicadores de gestión del año 2010 y primer trimestre de 2011, se evidencia claramente que el proceso con mayor incumplimiento de los indicadores son los de realización, siendo éstos los procesos principales de la organización y en los cuales se ven involucrados directamente los pacientes.

Los resultados obtenidos del seguimiento de los indicadores son presentados a la junta directiva, quienes toman la decisión de revisar mensualmente el Balance Score Card en el grupo primario de dirección, con el fin de tener un mayor control y tomar las decisiones pertinentes.

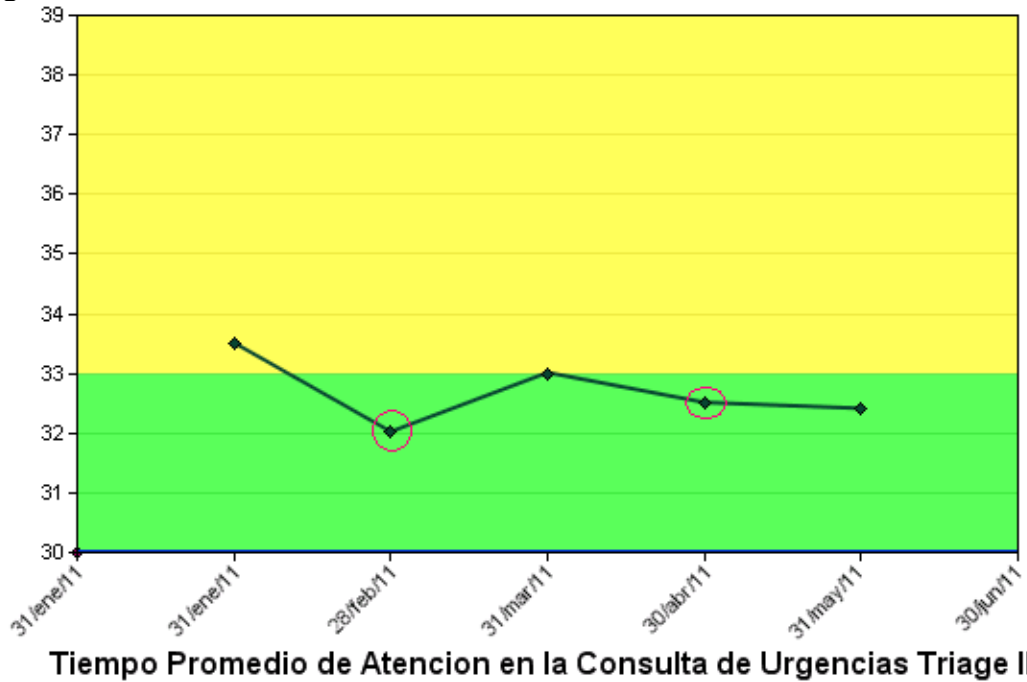
Durante el diagnóstico también se encuentra que el software visión empresarial (herramienta utilizada para medir los indicadores de gestión) tiene acceso restringidos para visualizar los resultados de las mediciones al ingresar como usuario público (identificación con la que accede todo el personal de la institución a este programa), barrera que les impide conocer y analizar el comportamiento de los indicadores de los procesos de la institución; pudiendo ser esto una de las causas del incumplimiento de las respuesta a las no conformidades de las metas (solicitudes de acción). Para mejorar lo anterior, se realiza ajuste de seguridad a las 3350 variables de los indicadores, dando permiso a todos los usuarios para ingresar al programa a consultar los indicadores.

Se revisan las solicitudes de acción recibidas, en las que se evidencia que la herramienta que mayor utilizan es la lluvia de ideas 57%, el 43% no utilizan los métodos de análisis, de los cuales el 54% no soportan el análisis realizado; esto no permite analizar de forma objetiva el problema (Incumplimiento de la meta) y por ende no solucionan o mejoran las situaciones que se están presentando dentro de los procesos y que conllevan a que los indicadores presenten frecuentemente incumplimientos.

Los Indicadores de Gestión del último trimestre de 2010 y del primer cuatrimestre de 2011 fueron presentados y analizados durante los Comités de Calidad en donde los jefes y coordinadores de cada área explicaban las causas y/o motivos que llevaron al incumplimiento de las metas. A su vez cada Estándar de Acreditación analizo las oportunidades de mejora, evaluó el desempeño de los procesos pertenecientes a cada estándar y elaboraron acciones de mejora, las cuales fueron enviadas y revisadas por el Icontec en la Visita de Evaluación y Seguimiento realizada del 13-15 de Junio de 2011.

Los indicadores del área de Urgencias que durante este semestre presentaron incumplimiento en la meta y se programa nueva reunión para realizar el acompañamiento para realizar el análisis causal de la Solicitud de Acción por OMES y de los indicadores con incumplimiento.

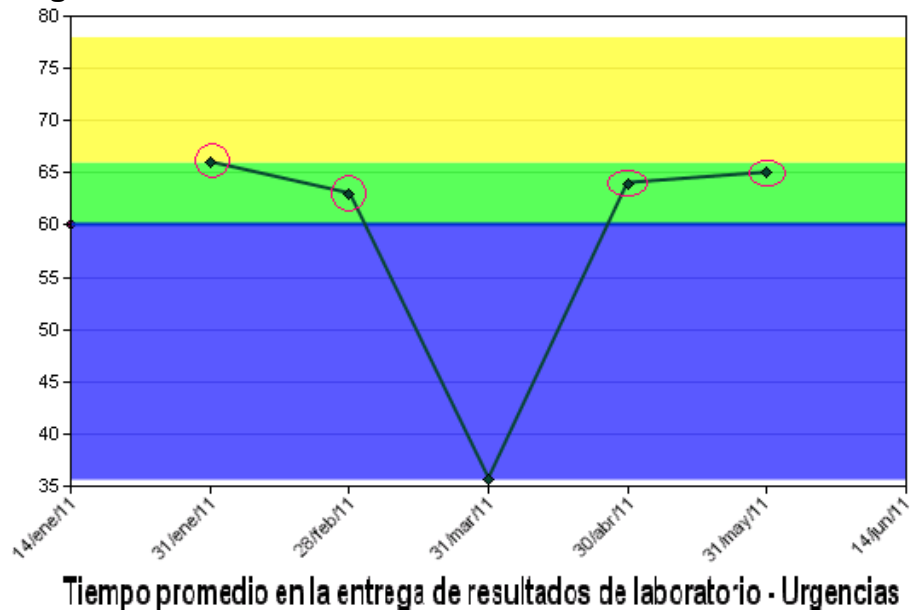
Figura 14. Resultado Indicador: Tiempo Promedio de Atención en la Consulta Triage II



Fuente: Software Visión Empresarial.

En los meses de febrero y abril de 2011 las mediciones del indicador estuvieron fuera del rango de Cumplimiento de la meta y no se recibió la Solicitud de Acción con el respectivo análisis.

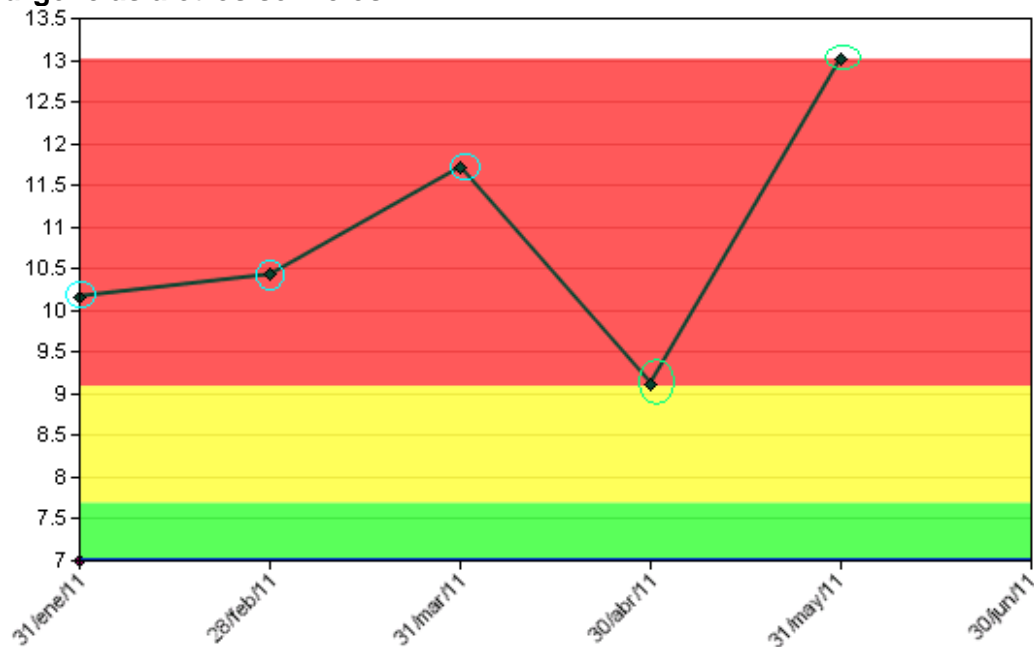
Figura 15. Resultado Indicador: Tiempo Promedio en la entrega de Resultados de Lab. Urgencias



Fuente: Software Visión Empresarial.

En los meses de Enero, febrero, abril y mayo de 2011 de acuerdo a lo estipulado en la ficha técnica del indicador se debió levantar Solicitud de Análisis con el respectivo análisis causal, el cual hasta la fecha no se ha realizado.

Figura 16. Resultado Indicador: tiempo promedio de traslado de usuario de urgencias a otros servicios



Tiempo promedio de traslado de usuarios de urgencias a otros servicios

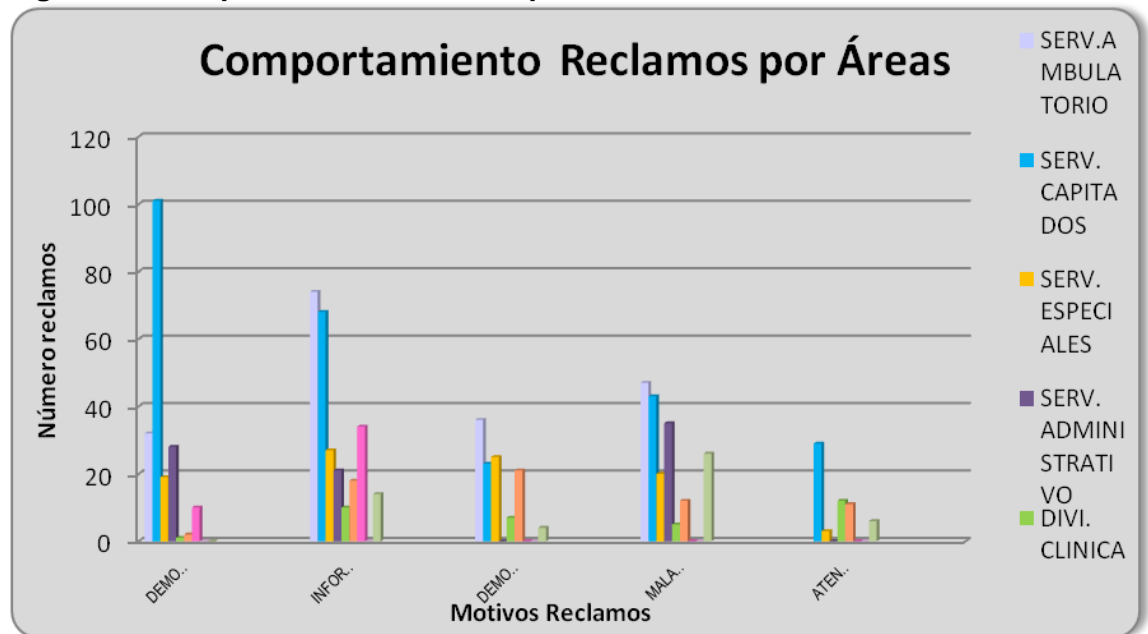
Fuente: Software Visión Empresarial.

En los meses de Enero, febrero, marzo, abril y mayo de 2011 de acuerdo a lo estipulado en la ficha técnica del indicador se debió levantar Solicitud de Análisis con el respectivo análisis causal.

Para los incumplimientos antes mencionados no se ha recibido Solicitud de acción analizándolos.

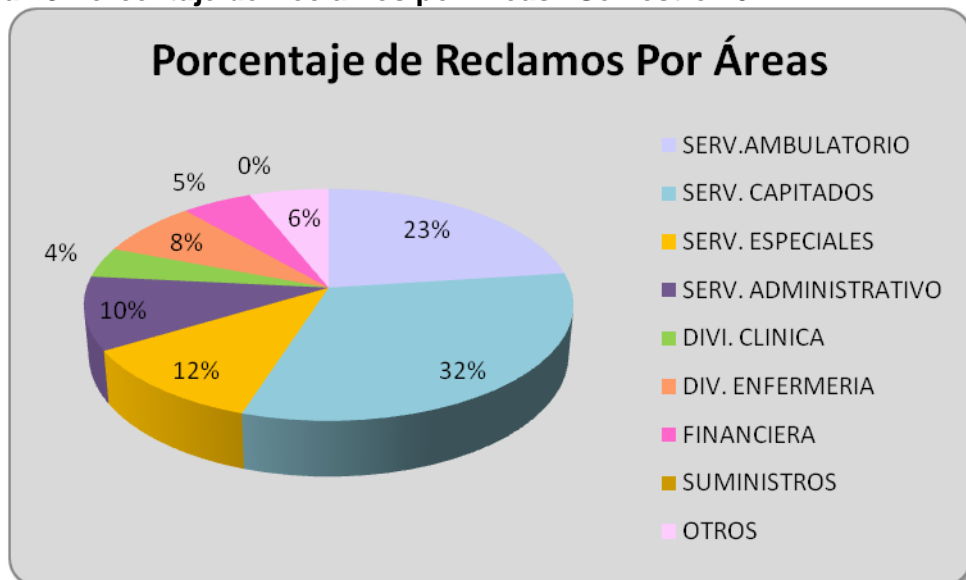
COMPORTAMIENTO OMES POR RECLAMOS I SEMESTRE 2011

Figura 17. Comportamiento redamos por Áreas I semestre 2011



Fuente: Elaboración propia

Figura 18. Porcentaje de Reclamos por Áreas I Semestre 2011



Fuente: Elaboración propia

Los OMES por reclamos de los Usuarios durante el I Semestre de 2011, se generan nuevamente en los Servicios Capitados y Servicios Ambulatorios, siendo éstos los servicios con mayor volumen de usuarios.

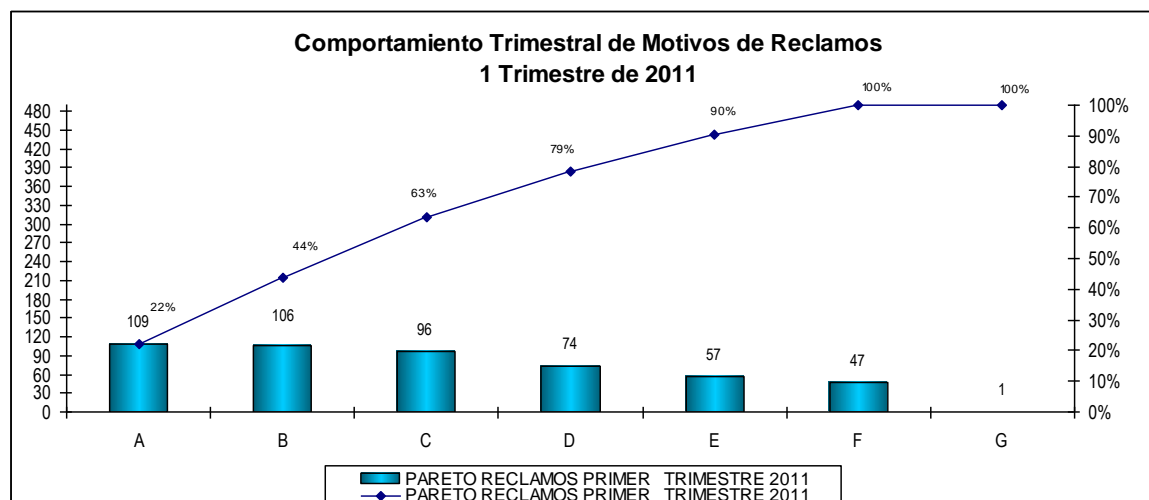
La oficina de Atención al Usuario reporta las siguientes estadísticas en el Diagrama de Pareto de Reclamos Primer Trimestre de 2011 donde se evidencian que los motivos más frecuentes de reclamos por parte del usuario son: Demora para acceder al servicio: 22,2 %, Información insuficiente: 21,6%, Mala atención por actitud: 19,6%, demora en la atención de los servicios Asistencial: 15.1%; y para el Segundo Trimestre de 2011: Demora para acceder al servicio: 14,6%, Información insuficiente: 28,5%, Mala atención por actitud: 19,7%, demora en la atención de los servicios Asistencial: 19,17%.

Tabla 2. Resultados Pareto Reclamos Primer Trimestre de 2011

RESULTADOS PARETO RECLAMOS PRIMER TRIMESTRES 2011			
MOTIVOS	Porcentaje	ÁREA	No. De Reclamos
DEMORA PARA ACCEDER	22,2%	DIVISIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS	6
		DIVISIÓN SERVICIOS CAPITADOS	62
		DIVISIÓN CLÍNICA	1
		DIVISIÓN ENFERMERIA	2
		DIVISION SERVICIOS ESPECIALES	16
		DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	16
		DIVISIÓN FINANCIERA	6
		OTROS	0
INFORMACIÓN INSUFICIENTE	21, 6%	DIVISIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS	15
		DIVISIÓN SERVICIOS CAPITADOS	33
		DIVISIÓN CLÍNICA	8
		DIVISIÓN ENFERMERÍA	6
		DIVISIÓN SERVICIOS ESPECIALES	14
		DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	8
		DIVISIÓN FINANCIERA	15

		OTROS MOTIVOS	8
MALA ATENCIÓN POR ACTITUD	19,6%	DIVISIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS	16
		DIVISIÓN SERVICIOS CAPITADOS	21
		DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	21
		DIVISIÓN CLÍNICA	1
		DIVISIÓN ENFERMERÍA	9
		DIVISIÓN SERVICIOS ESPECIALES	13
		OTROS	15
DEMORA EN LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	15.1%.	DIVISIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS	36
		DIVISIÓN SERVICIOS CAPITADOS	12
		DIVISIÓN CLÍNICA	4
		DIVISIÓN ENFERMERÍA	10
		DIVISIÓN SERVICIOS ESPECIALES	9
		OTROS	2

Figura 19. Pareto Comportamiento trimestral de Motivos de Reclamos I trimestre 2011



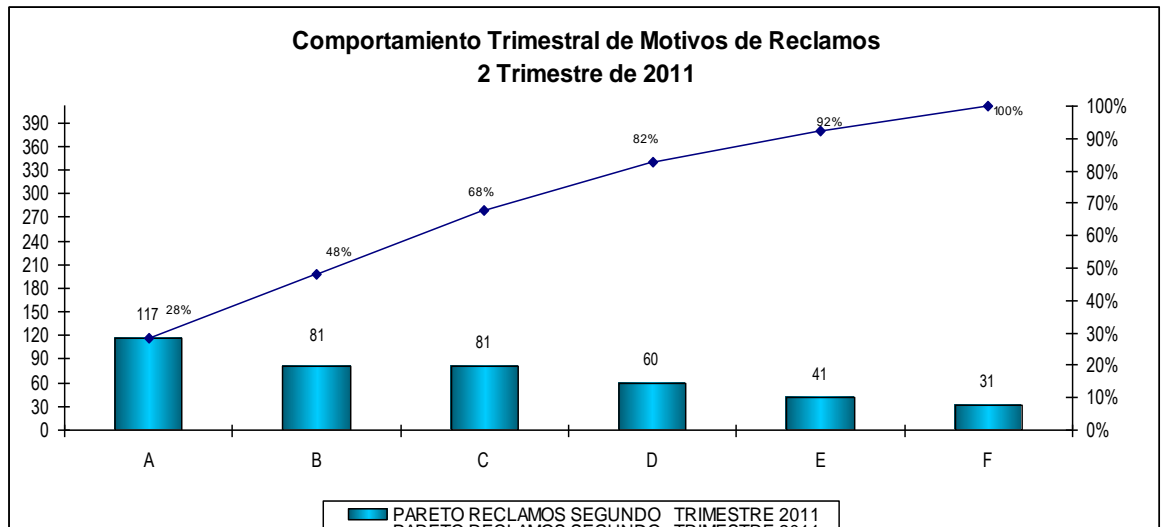
Fuente: Oficina de Atención al Usuario FOSCAL

Tabla 3. Resultados Pareto Reclamos Segundo Trimestre de 2011

RESULTADOS PARETO RECLAMOS SEGUNDO TRIMESTRES 2011			
MOTIVOS	Porcentaje	ÁREA	No. De Reclamos
DEMORA PARA ACCEDER	14,7%	DIVISIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS	2
		DIVISIÓN SERVICIOS CAPITADOS	39
		DIVISIÓN CLÍNICA	0
		DIVISIÓN ENFERMERÍA	0
		DIVISIÓN SERVICIOS ESPECIALES	3
		DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	12
		DIVISIÓN FINANCIERA	4
		OTROS	0
INFORMACION INSUFICIENTE	28,5%	DIVISIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS	17
		DIVISIÓN SERVICIOS CAPITADOS	35

		DIVISIÓN CLÍNICA	2
		DIVISIÓN ENFERMERÍA	12
		DIVISIÓN SERVICIOS ESPECIALES	13
		DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	13
		DIVISIÓN FINANCIERA	19
		OTROS MOTIVOS	6
MALA ATENCIÓN POR ACTITUD	19,7%	DIVISIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS	20
		DIVISIÓN SERVICIOS CAPITADOS	22
		DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	14
		DIVISIÓN CLÍNICA	4
		DIVISIÓN ENFERMERÍA	3
		DIVISIÓN SERVICIOS ESPECIALES	7
		OTROS	11
DEMORA EN LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	19,7%	DIVISIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS	38
		DIVISIÓN SERVICIOS CAPITADOS	11
		DIVISIÓN CLÍNICA	3
		DIVISIÓN ENFERMERÍA	11
		DIVISIÓN SERVICIOS ESPECIALES	16
		OTROS	2

Figura 20. Pareto comportamiento trimestral de motivos de reclamos II trimestre 2011



Fuente: Oficina de Atención al Usuario FOSCAL

Por otro lado, la Unidad de Esterilización requiere acompañamiento para realizar un análisis que les permita encontrar los puntos críticos en el horario de trabajo de las Instrumentadoras quirúrgicas y realizar el análisis causal de los mismos y así generar un plan de acción que les permita disminuir éstos puntos.

Dado lo anterior fue necesario programar una serie de actividades que permitieran estudiar de manera puntual es “hacer” de la Instrumentadora quirúrgica y detectar las causas que están generando los puntos críticos. El programa de actividades definido para dar cumplimiento al requerimiento de la Unidad de Esterilización se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4: Programa de Actividades para la Unidad de Esterilización

ACTIVIDADES				
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METODOLOGÍA	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESULTADO
Realizar un diagnóstico de las actividades realizadas por las instrumentadoras quirúrgicas en la Unidad de Esterilización	Diagnóstico por medio de la observación	Realizar lectura del manual de responsabilidades de la Instrumentadora Quirúrgica	Manual de Responsabilidades de la Instrumentadora quirúrgica.	Conocer las responsabilidades que la Institución tiene estipulada para la Instrumentadora Quirúrgica.
		Observar las actividades realizadas diariamente por la instrumentadora quirúrgica en la unidad de esterilización y en la unidad de cirugía.	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso Humano: Instrumentadoras Unidad de Esterilización, y observador (quien realiza el estudio), • Libreta de notas y lápiz 	Conocer las labores que desempeña diariamente la instrumentadora quirúrgica de la Unidad de Esterilización, y así realizar un análisis interno

		Registrar las novedades u observaciones generadas durante la observación y toma de tiempos	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso Humano: Instrumentadoras de Unidad de Esterilización, y observador (quien realiza el estudio), • Libreta de notas y lápiz 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las fortalezas y debilidades • Determinación de puntos críticos y horarios críticos
Identificar las causas de los puntos críticos que se presentan en el área relacionados con la labor del Instrumentador de la Unidad de Esterilización.	Análisis Causal por medio de la Herramienta Estadística Diagrama de Ishikawa	Realizar el análisis causal por medio de la herramienta estadística: Diagrama de Ishikawa	<ul style="list-style-type: none"> • Listado de Causas identificadas • Diagrama de Ishikawa 	Causa- Raíz Identificada
Realizar plan de acción o propuesta que permita eliminar la causa-raíz identificada y mejorar continuamente el desempeño del proceso.	Realizar Plan de Acción	Elaboración del Plan de Acción por parte de la Jefe de la Unidad de Esterilización y Supervisora Instrumental	<ul style="list-style-type: none"> • Información recolectada • Registro del diagrama de Ishikawa • Análisis de la causa-raíz identificada 	Plan de Acción

Fuente: Elaboración Propia

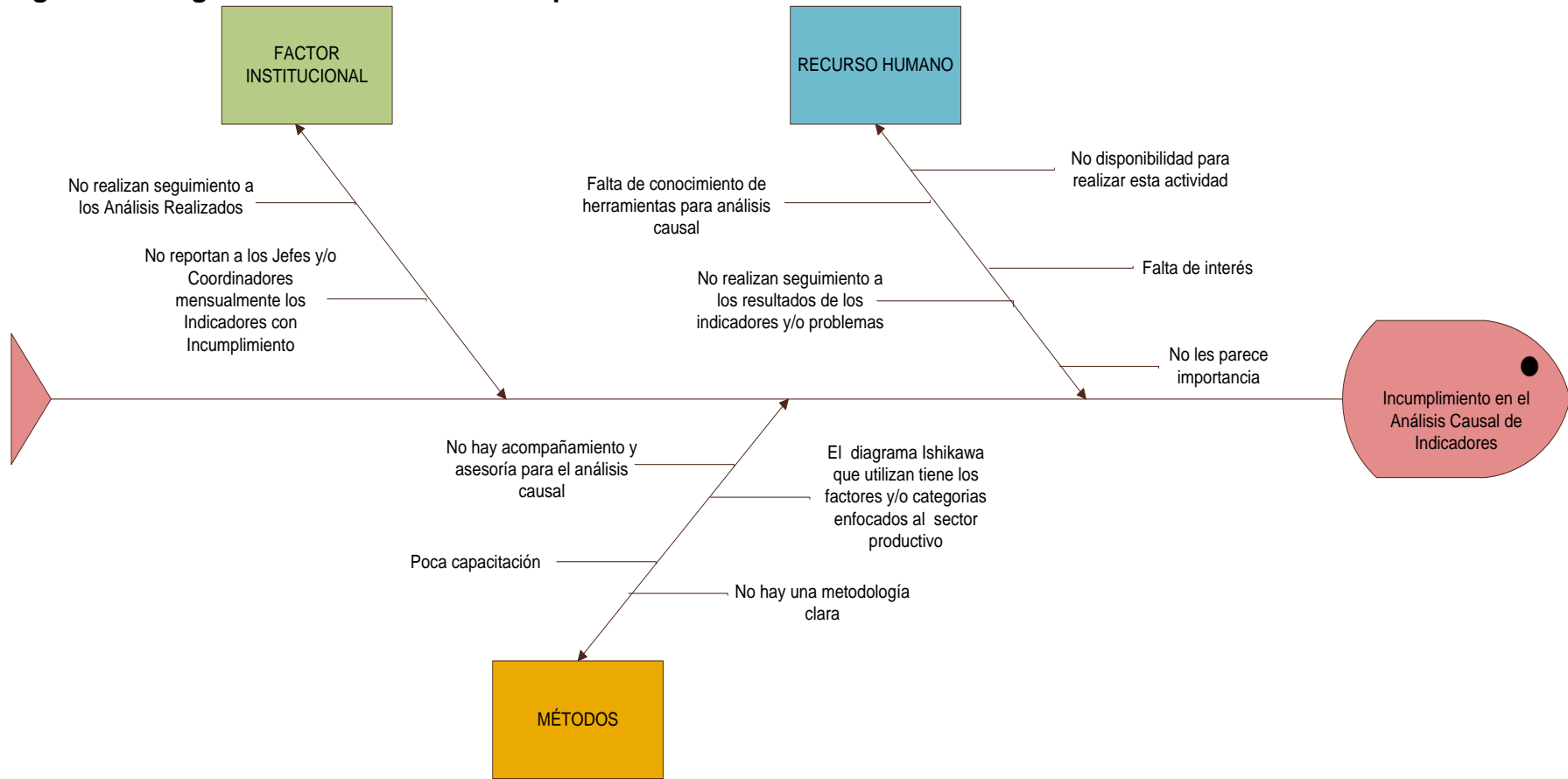
Par realizar el análisis causal se capacita a la Jefe de la Unidad de Esterilización y a la Supervisora Instrumental en el método y herramienta de análisis, y se realiza el acompañamiento en la utilización de la herramienta a través de Microsoft Excel.

8.2.3. Resultados del diagnóstico

Con el diagnóstico se logra evidenciar que los Jefes y/o Coordinadores no están realizando el análisis a los incumplimiento de las metas de los indicadores y aquellos que realizan no lo hacen de forma adecuada. También se observa las áreas prioritarias que requieren de un mayor apoyo son Servicios Capitados, Servicios de Urgencias y Unidad de Esterilización.

Los datos recopilados durante el diagnóstico fueron analizados en los comités de calidad, con la participación de los jefes y/o coordinadores de las diferentes áreas y miembros de la U.G.C; logrando identificar las causas que aparecen en la Figura 21.

Figura 21. Diagrama Causa-Efecto Incumplimiento en el Análisis Causal de Indicadores



Fuente: Elaboración propia

Dado lo anterior, se hace necesario implementar un método y una herramienta que oriente y facilite a los jefes y/o coordinadores de los procesos el análisis causal de las situaciones que se presenten dentro de sus áreas. Razón por la cual se debe iniciar con la exploración de las herramientas y métodos utilizados por las instituciones del sector salud en el análisis de causas.

8.2.4 Resultados del Diagnóstico Unidad de Esterilización.

Se realiza una observación de campo y directa de las actividades y procesos realizados por las Instrumentadoras quirúrgicas en la Unidad de Esterilización obteniendo como resultado las fortalezas y debilidades del área. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Fortalezas y Debilidades Unidad Esterilización

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • La Unidad de Esterilización cuenta con dos Instrumentadoras quirúrgicas en el horario de 7:00 a.m. – 4:30 p.m. • El proceso de esterilización realizado en la Unidad de Esterilización está controlado. • Hay una distribución de trabajo organizada. • Priorizan de manera adecuada las actividades que deben realizar. • En la Unidad de Esterilización se realiza la trazabilidad del instrumental verificado y arreglado para esterilizar; mientras que en el área de cirugía se lleva a cabo cuando la instrumentadora ésta. • Realizan seguimiento y dan solución de forma oportuna a los eventos, situaciones o incidentes que se presentan. • Al salir el instrumental quirúrgico del área húmeda, las instrumentadoras realizan el recuento del instrumental y lo organizan en los contenedores o canastas de acuerdo a la especialidad a la que pertenece. • Durante el turno (7:00 – 4:30 p.m.) en que las instrumentadoras se encuentran en la Unidad de esterilización, orientan al personal de empaque en el método 	<ul style="list-style-type: none"> • Al final del turno quedan represados contenedores, con instrumental que aún no ha salido del área húmeda porque están en proceso de lavado. (Demoras en inicio de cirugía: en cirugías programadas (neuro, maxilo, ortopedia). • La rotación del personal es alta. • Factor de exposición de riesgo de que suceda un evento adverso por no contar con las condiciones físicas y tecnológicas en el lavado del instrumental. • No continuidad: es diferente el personal que baja a cada turno (formatos diligenciar, pendientes etc.). • Se realiza seguimiento del control de entrega de turnos de 3 meses de lo cual: de 91 entregas de turnos el 68% no se recibe. • La Unidad de Esterilización no cuenta con una instrumentadora propia, para realizar el turno después de 4:30 p.m. • La Unidad de Esterilización brinda el servicio las 24 horas, de las cuales solo 8 horas cuenta con dedicación completa de las instrumentadoras quirúrgicas, el resto de tiempo lo cubre personal del área de cirugía. • La ausencia de personal (I.Q) calificado en temas Esterilización para recibir

<p>de esterilización a utilizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las instrumentadoras de la Unidad de Esterilización diariamente : <ul style="list-style-type: none"> • revisan el programa provisional de cirugía y realizan los pedidos de material especializado a los proveedores correspondientes • tienen comunicación constante con el área de cirugía para verificar los cambios que se presenten en la programación de cirugías • verifican que los dispositivos médicos e insumos estén completos para las cirugías del día siguiente. • Revisan la hoja “Control de Gastos Materiales Osteosíntesis” y lo relacionan en el formato “Gastos de cirugía” que debe ser enviado al almacén de cirugía. También envían fax a la hoja de “Control de Gastos Materiales Osteosíntesis” a la oficina de compras de la FOSCAL y a los proveedores. • Verifican el estado de dispositivos médicos y realizan registros pertinentes de los mismos. • Realizan acompañamiento a los auxiliares del área estéril en la elaboración y envío de Kits de cirugía, teniendo en cuenta la programación de cirugías • Atienden proveedores para recibir o entregar material especializado requerido para cirugías. • Llevan los registros necesarios en las actividades que realizan. • Diariamente deben arreglar aproximadamente 40 contenedores en la Unidad de Esterilización 	<p>turno en la Unidad de Esterilización, no permite que el proceso sea continuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se tiene previsto que una de las instrumentadoras del área de cirugía al terminar sus labores en ésta área, baje a recibir el turno (4:30 p.m.) en la Unidad de Esterilización. Mientras llega la instrumentadora a la Unidad de Esterilización, va quedando material e instrumental sin arreglar, el cual puede ser necesario para cirugías de la noche. • El turno que finaliza a las 4:30 p.m. en la Unidad de Esterilización no se entrega de forma adecuada, porque no hay disponibilidad de instrumentadora del área de cirugía que reciba el turno a la hora acordada. • Al no tener una instrumentadora disponible que reciba puntual el turno, se corre el riesgo de no tener listo el material al momento de requerirlo, pues estos contenedores rotan con frecuencia. • El arreglo de contenedores después de las 5:00 p.m., se realiza en el área de cirugía, con lo que se corre el riesgo de que el material no esté listo cuando se necesite, pues la instrumentadora del área de cirugía debe estar pendiente de cualquier situación que se presente en las salas de cirugía, asesorar a la auxiliar del área estéril de cirugía en arman los paquetes, kits y material que se requieren para las cirugías programadas. • El área húmeda del área de cirugía presenta deficiencia de área y espacio, lo que genera que haya congestión de material. • El área húmeda del área de cirugía no cuenta con apoyos tecnológicos y el lavado se realiza de forma manual. • No hay control en el área estéril de cirugía, porque es un área de puertas abiertas • Después del turno de las 7:30 p.m., sigue quedando material instrumental por arreglar que va saliendo de las
---	---

	<p>cirugías de la tarde y noche, hasta que la instrumentadora de turno del área de cirugía disponga de tiempo para arreglarlo..</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la ausencia de la Instrumentadora quirúrgica en la Unidad de Esterilización, hay deficiencia en en la asesoría del proceso de esterilización de los diferentes Dispositivos Médicos. • No hay control estricto de los Dispositivos Médicos delicados, lo que repercute en el momento de presentar alguna anomalía en dicho instrumental. Como es el caso lentes, pinza de laparoscopia, pinzas de urología, instrumental de microcirugía e instrumental propiedad de médicos. • Los sábados la Unidad de Esterilización cuenta con el apoyo de una Instrumentadora quirúrgica en horario de 9:00 a.m. – 3:00 p.m., el resto de fin de semana queda la deficiencia de Instrumentadora en el área. • Las instrumentadoras de la unidad de esterilización reciben proveedores, que la mayor parte del tiempo llegan a la vez. A cada proveedor se dedica un tiempo aproximado de 45 minutos de acuerdo al tipo de material que deben recibir o entregar. • En la U.E. en promedio quedan por arreglar 9 contenedores sin contar con el material que baja a las 5:00 p.m.
--	--

Fuente: Elaboración Propia

8.3 FASE HACER

8.3.1. EXPLORACIÓN DEL MÉTODO (HERRAMIENTA) PARA EL ANÁLISIS CAUSAL:

Antes de llegar a implementar un método de análisis causal, es necesario consultar la información disponible referente a éste tema en instituciones del sector salud, con el fin de identificar los métodos que pueden llegar a ser utilizados en esta institución.

La búsqueda fue orientada a identificar aquellos informes o estudios en donde se describan los métodos utilizados en el análisis de causa – raíz de eventos presentados en instituciones del sector salud. De los cuales fueron seleccionados los siguientes estudios:

- Artículo: El Análisis Causa-Raíz como oportunidad de mejora de la seguridad en la atención perinatal: análisis de un brote de infección intra-hospitalaria, publicación del ministerio de salud de la nación de Argentina. En el que describen la metodología utilizada para análisis causal, cuyo método es el planteado por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) para desarrollar con éxito un ACR, el cual es mencionado a continuación:
 1. Identificación y selección del evento
 2. Recopilación de la información y descripción del evento
 3. Construcción del mapa de los hechos
 4. Análisis de factores contribuyentes y estudios de las barreras
 5. Desarrollo de soluciones y plan de acción

“Los factores contribuyentes que tuvieron en cuenta fueron los propuestos por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), que consiste en el análisis secuencial de los factores proximales (factor humano, factores asociados al equipamiento, medioambientales controlables, externos no controlables y otros tipos) y, luego, de los factores asociados al sistema y a los procesos que subyacen a los factores proximales (factores relacionados al factor humano, con la gestión de la información, con el manejo del contexto, con el liderazgo, otros factores no controlables). ²⁷ A partir de estos factores se realiza el análisis de causas por medio de la herramienta Ishikawa o espina de pescado.

²⁷ [En línea]. Ministerio de salud de la nación de Argentina. El Análisis Causa-Raíz como oportunidad de mejora de la seguridad en la atención perinatal: análisis de un brote de infección intra-hospitalaria.

- Artículo metodológico: Análisis de causas raíz: Una herramienta útil para la prevención de errores. Elaborado en la Unidad de Calidad, Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, España.
Este artículo al igual que el anterior como metodología para el ACR utiliza el recomendado por la JCAHO y la guía de NPASA (Nacional Patient Safety Agency) del servicio nacional de salud del Reino Unido, éste último propone como modelo para la categorización de los problemas en el análisis de causas de los factores como: condiciones del paciente, factores individuales, factores relacionados con las tareas, factores relacionados con la comunicación, factores relacionados con el trabajo en equipo, factores relacionados con la formación y aprendizaje, factores relacionados con el equipamiento y factores relacionados con las condiciones de trabajo, sirviendo como base para categorizar las causas.
- En la publicación realizada en Noviembre de 2008 por el Ministerio de Protección Social de Colombia sobre los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del paciente, para el análisis de los eventos adversos presentados en las Instituciones de Salud presentan la metodología propuesta en el Protocolo de Londres, en donde se analizan los 7 factores contributivos a través del Diagrama de Ishikawa.
- Artículo: Seguridad del Paciente: Conceptos y Análisis de Eventos Adversos, Revista Vía**SALUD**- Centro de Gestión Hospitalaria. En éste artículo el autor expone el Protocolo de Londres como método para identificar la causa de los eventos adversos.

Éstos artículos evidencian una aplicación exitosa del modelo propuesto por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization y en el Protocolo de Londres, donde se muestran el uso diagrama de Ishikawa para el análisis causal.

Para el desarrollo de éste proyecto se seleccionan 6 factores (de los propuestos por la JCAHO) y se adaptan con la naturaleza de los indicadores medidos en la FOSCAL; éstas serán las categorías a analizar en el diagrama de Ishikawa y son definidos de la siguiente manera:

Tabla 6. Definición Factores de Análisis

FACTOR	DEFINICIÓN
HUMANO	Hace referencia a los aspectos de los profesionales del área asistencial y/o administrativa que influyen directa o indirectamente en la prestación del servicio. Ej.: Formación, Disponibilidad de personal.
AMBIENTE FÍSICO	Son aquellas condiciones físicas (Infraestructura) y el estado de los materiales (equipos) con los que cuenta la institución para la ejecución del trabajo diario.
INSUMOS	Hace referencia a medicamentos, dispositivos y de más elementos necesarios para la prestación del servicio.
PACIENTE / FAMILIA	Situaciones presentadas por el paciente/familia que intervienen o influyen en la prestación del servicio.
FACTORES EXTERNOS AL SERVICIO	Son todos aquellos factores (EPS, otros servicios de la Institución, normas legales vigentes) ajenos al área que están involucrados con el proceso.
INSTITUCIÓN	Se refiere a las políticas y procedimientos establecidos por la institución para el desarrollo de las actividades.

Fuente: Elaboración propia

8.3.2 DEFINICIÓN DE LA HERRAMIENTA PARA EL ANÁLISIS CAUSAL:

Dado lo anterior, se toma la decisión de seguir implementando el diagrama causa-efecto de Ishikawa para el análisis del incumplimiento de la meta de los indicadores, realizando modificaciones al método propuesto por la JCAHO. También en el método propuesto se implementaran el Check List y el Diagrama de Pareto, el primero con el fin de orientar a los encargados de realizar el análisis a identificar las posibles causas que están generando el problema y el segundo es utilizado para identificar la causa-raíz que representa un mayor impacto en el problema.

Método Análisis causal

1. Identificar el indicador con incumplimiento de la meta: a través de las mediciones de los indicadores obtenidas en el software visión empresarial y teniendo en cuenta los criterios establecidos en la ficha técnica del indicador.

2. Conformar el equipo de trabajo para realizar análisis: Las personas encargadas del análisis de las causas son los miembros del proceso (Jefe del proceso y coordinadores); con asesoría del facilitador de calidad encargado de hacer acompañamiento al área.
3. Recopilar información: Se recoge y selecciona la información relevante para el análisis del incumplimiento de la meta.
4. Análisis causal: Con la información recolectada, los resultados históricos de las mediciones de los indicadores y con base en los factores seleccionados se realiza el análisis de las causas utilizando las herramientas: Check list, 3 Porqués, Diagrama de Ishikawa y el Diagrama de Pareto(Ver Anexo7); a través la plantilla de Excel.
5. Evaluación de la causa real o potencia: El equipo de trabajo evalúa la raíz identificada para determinar si requiere elaborar un plan de acción que elimine o corrija la causa real o potencial.

SI ¿La Causa detectada amerita levantar Plan de Acción?,

- Realizar plan de acción
- Diligenciar el formato de Plan de Acción

6. Diligenciamiento del Formato Solicitud de Acción:
 1. “Registrar en el formato Solicitud de Acciones los ítems que deben ser diligenciados por el jefe del área. ANEXO 3
 2. Registrar en el ítem “Causa que genera la no conformidad real o no conformidad potencial”, la causa que fue identificada como la raíz del incumplimiento del indicador.
 3. Si la causa detectada amerita levantar plan de acción:
 “**SI** ¿La Causa detectada amerita levantar Plan de Acción?,

· Diligenciar el ítem Evaluación de la Necesidad de Adoptar Acciones Correctivas ó Preventivas del formato de

Solicitud de Acciones.

· Si se ha realizado una corrección también se debe describir en el Formato Solicitud de Acciones.

NO ¿La Causa detectada amerita levantar Plan de Acción?,

- Registrar en el ítem evaluación de la necesidad de adoptar acciones correctivas ó Preventivas las razones por las cuales no se amerita realizar un plan de acción (justificación).

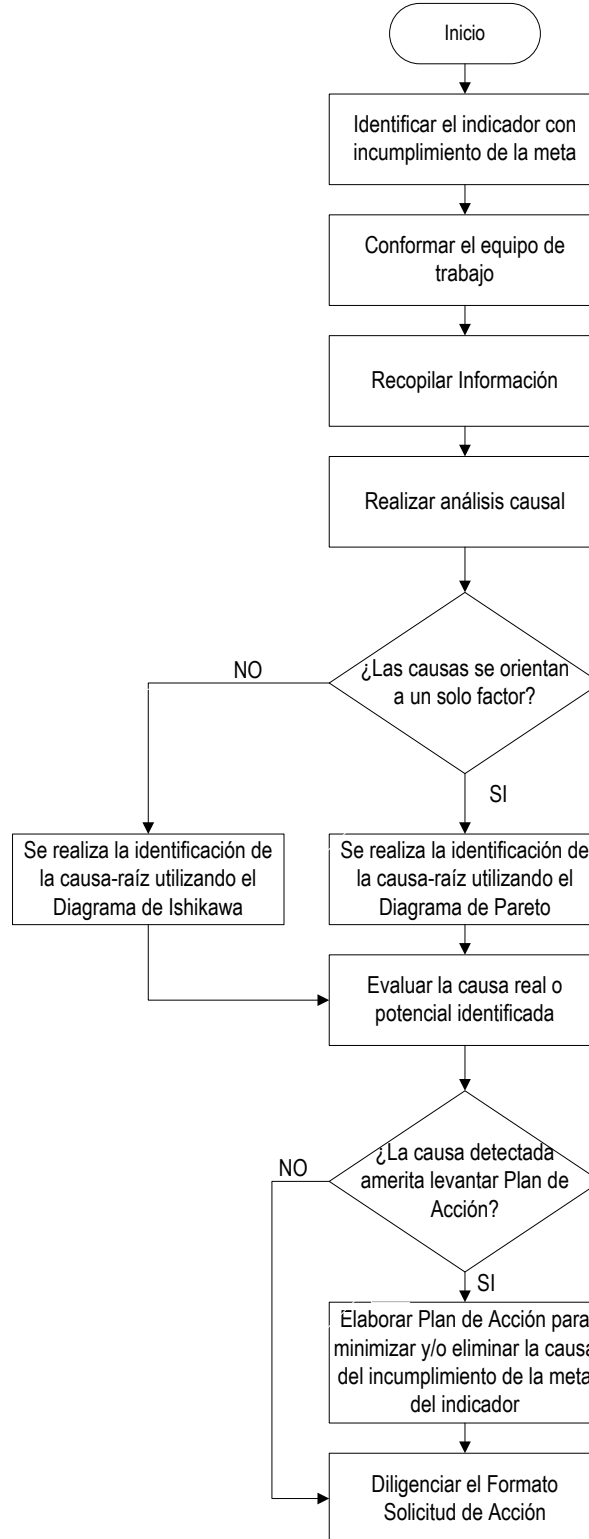
- Si la decisión es realizar una corrección, debe especificarse en esta casilla en qué consiste dicha corrección.”28

7. Enviar Solicitud de acción a Coordinadora de Auditorias de la Unidad de Gestión de Calidad.

Los pasos anteriores se presentan de manera gráfica en la figura 22.

28En línea. Intranet Mundo Fiscal. Procedimiento UGC-005-MP “Realizar Acción Correctiva Preventiva. Recuperado Mayo 12 de 2011.

Figura 22. Diagrama de Flujo Método para el análisis Causal



Fuente: Elaboración Propia

El método definido anteriormente es presentado a la Jefe de la Práctica y a la Coordinadora de medición quienes dan la aprobación del mismo, a su vez se realiza una prueba piloto con el análisis de uno de los indicadores de la Unidad de Calidad donde se observa claramente la aplicabilidad y funcionamiento de la herramienta.

8.4 FASE VERIFICAR

8.4.1 APLICACIÓN EN SERVICIOS CAPITADOS (CONSULTA EXTERNA) Y EN EL ÁREA DE URGENCIAS

En reunión con los miembros de la Unidad de Gestión de Calidad, deciden que el método y herramienta para el análisis causal, será implementado inicialmente en la división de Servicios Capitados (Consulta externa) y en el área de Urgencias, para el análisis del incumplimiento de la meta de los indicadores y para analizar las Solicitudes de acción por OMES (Oportunidades de Mejora del Servicios) enviada por la oficina de Atención al Usuario; por ser éstos servicios los que involucra mayor número de usuarios en la institución y por generar frecuentemente las mismas OMES sin realizar un debido análisis que le permita dar solución al problema.

Por éste motivo la UGC y la Oficina de Atención al usuario ven indispensable implementar el método y herramienta para el análisis causal para realiza un análisis profundo de la situación basándose en datos e información histórica para encontrar la raíz del problema y así dar una solución que lo elimine de raíz.

Se inicia con una capacitación a la Jefe de la división de Servicios Capitados Dra. Clara Inés Prada y la Coordinadora del área Enf. Claudia Caicedo.

Capacitación división de Servicios Capitados: el día 30 de Junio de 2011 en el horario de 2:00 p.m. – 4:00 p.m., en reunión del Estándar de Sedes Ambulatorias Integradas en Redes, se realiza capacitación a los Jefes y Coordinadores de las áreas que componen la división de Servicios Capitados, en donde se expone el método y herramienta a utilizar para realizar un análisis causal. Luego de la capacitación, se deja como tarea recolectar los datos e información pertinente para realizar el análisis causal del incumplimiento de los indicadores del área de Consulta Externa y de las Solicitudes de Acción por OMES. Se realizaron reuniones donde se analizaron las causas de cada uno de los motivos descritos en la Solicitud de Acción por OMES, lo permitió ser más objetivos y se encontrar causas que antes no se habían tenido en cuenta.

Por confiabilidad de la información no se adjunta las plantillas de Excel con los datos reales.

Resultados de la aplicación del Método para la identificación de Causas en la división de Servicios Capitados:

En el área de Servicios Capitados se hizo el análisis causal de los motivos de OMES (Ver Tabla 3) por medio de la aplicación del método propuesto en el presente proyecto. Las causas identificadas para cada motivo son:

- Demora para Acceder al Servicio: Alto Volumen de Usuarios, Inasistencia de los usuarios a citas programadas y la Morbilidad asociada a la edad.
- Información Insuficiente: Alto volumen de Usuarios, Información errada suministrada por otros servicios de la institución y Falta de acompañamiento a los usuarios adultos mayores.
- Mala Atención por Actitud: Poca adherencia al procedimiento de manejo del buen trato y Tono de la voz inadecuado por parte del personal
- Demora en la Atención de los Servicios Asistenciales: Volumen de Usuarios, Inasistencia de los usuarios a citas programadas y la Morbilidad asociada a la edad.

Con las causas obtenidas la Jefe y las coordinadoras del área, elaboran un plan de Acción para dar solución a estas no conformidades y minimizar el problema que se presenta. Estos planes de acción tienen acceso restringido por lo tanto no se adjuntan a este trabajo.

En el área de urgencias se acuerdan durante varias oportunidades reunión con el Dr. Hervin Prada, pero no fue posible implementar el método en ésta área por falta de disponibilidad para recibir dicha capacitación.

8.4.2 APLICACIÓN EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN.

Para dar cumplimiento al requerimiento de la Unidad de Esterilización, se realiza un estudio del “hacer” de la Instrumentadora quirúrgica en la Unidad de Esterilización durante tres semanas realizando las siguientes actividades ejecutadas durante el horario de trabajo de la Instrumentadora quirúrgica 7:00 a.m. – 4:30 p.m. y observando durante un día la labor realizada por la instrumentadora quirúrgica del área de cirugía en el horario de 5:00 p.m. – 7:00 p.m.

Para la identificación de las causas que generan falencias en el Manejo del Instrumental quirúrgico: Represamiento de instrumental sucio, no continuidad del Proceso por descentralización de las actividades, daños en el instrumental, se analizan las fortalezas y debilidades (Ver tabla 5) obtenidas durante el diagnóstico realizado en la Unidad de

Esterilización a través del método para el análisis causal propuesto en la práctica empresarial.

RESULTADOS DEL ESTUDIO REALIZADO EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN

8.3.3.1 Principales causas identificadas:

- AUSENCIA DE INSTRUMENTADORA PERMANENTE EN LA UNIDAD DE ESTERILIZACIÓN EN EL HORARIO DE 4:00 P.M 9:00 P.M.

En la actualidad la Unidad de Esterilización cuenta con el apoyo de dos instrumentadoras quirúrgicas en el horario 7:00 a.m. – 4:30 p.m. de lunes a viernes. Al finalizar el turno está dispuesto que una de las instrumentadoras del área de cirugía reciba el turno en la Unidad de Esterilización, el cual el 68% del tiempo este horario es incumplido ya que no hay disponibilidad de instrumentadora que reciba el turno. Lo que genera represamiento de material por arreglar que está en proceso de lavado y del material que baja en la última carga a las 5:00 p.m., instrumental que requiere estar limpio pues presenta una alta rotación; a su vez se interrumpe el acompañamiento y orientación a los auxiliares del área estéril en la organización de kits de cirugía, y orientación al personal sobre el método de esterilización a usar. En ocasiones cuando se debe recibir material de Osteosíntesis para cirugías de las noche que llegan después de las 4:30 p.m., es necesario que se encuentre una Instrumentadora Quirúrgica en la U.E, para que reciba dicho material.

Después de las 5:00 p.m. el instrumental es lavado y arreglado en el área de cirugía, donde se observa que el área tiene deficiencia de espacio, no cuenta con apoyos tecnológicos y el lavado se realiza 100% manual. La Instrumentadora Quirúrgica del área de cirugía que queda fuera de las salas finaliza turno a las 7:30 p.m. y se encarga de verificar el proceso de limpieza del instrumental que sale de lavado, arreglar los contenedores, revisar el programa de cirugía para asesorar y verificar que la auxiliar del área estéril de cirugía organice los paquetes, kits de cirugía, insumos y de más material requeridos para cada procedimiento, debe soportar las salas de cirugía que quedan montadas, estar en comunicación con el jefe para saber cuántas salas de cirugía quedan montadas y determinar si se requiere llamar a las instrumentadoras de disponibilidad y solucionar los pendientes que quedan de las salas de cirugía. Si finalizado el turno sigue quedando instrumental por arreglar y pendientes por solucionar, la instrumentadora del área de cirugía del turno de la noche (7:30 p.m. – 7:30 a.m.) al finalizar sus labores debe realizar dichas actividades.

Todo lo anterior genera no continuidad del proceso realizado por las instrumentadoras en la Unidad.

- **PERDIDA TRAZABILIDAD**

En el horario del turno de las Instrumentadoras quirúrgicas en la Unidad de Esterilización se realizan el control en la recepción del material y verificación de las condiciones en las que ingresan los Dispositivos Médicos especiales y delicados enviados del área de cirugía. En la Ausencia de Instrumentadoras en la U.E. no hay continuidad del seguimiento y trazabilidad de instrumental y D.M. Como es el caso lentes, pinza de laparoscopia, pinzas de urología, instrumental de microcirugía e instrumental propiedad de médicos; lo que repercute en el momento de presentar alguna anomalía en dicho instrumental se encuentre el responsable.

Los resultados del estudio anterior, son la base de la jefe de la Unidad de Esterilización y la Supervisora instrumental a la solicitud de incorporar una Instrumentadora quirúrgica para que reciba el turno a las 4:00 p.m. en la Unidad de esterilización y realice las funciones correspondientes.

8.5 FASE ACTUAR

La metodología propuesta durante la práctica fue implementada en su totalidad en los procesos acordados excepto en el área de Urgencias por motivos ya expuestos en la fase anterior.

Durante la aplicación del método fue necesario incluir en el Check List algunos Ítems que los jefes creyeron pertinentes.

Una vez aprobada la metodología se procede a elaborar el procedimiento documentado. (Ver Anexo 6) Adicionalmente se considera necesario documentar el instructivo para el diligenciamiento de las herramientas de análisis: Check List, Diagrama de Ishikawa y Diagrama de Pareto que se encuentran en la plantilla de Microsoft Excel. (Ver Anexo 7). Estos documentos se elaboraron cumpliendo los requerimientos estipulados en el Procedimiento Control de Documentos.

El método de análisis causal permitió encontrar la causa raíz de cada uno de los problemas presentados en la Unidad de Servicios Capitados y en la Unidad de Esterilización. En ambos procesos fue necesario elaborar planes de acción que permitan corregir y eliminar de raíz las causas, dichos planes fueron elaborados por las jefes y coordinadoras de los procesos; las actividades propuestas en la Unidad de Servicios Capitados tienen fecha de cierre en el mes de diciembre y con seguimiento mensual por

parte de la Unidad de Gestión de Calidad. El plan propuesto por la Unidad de Esterilización será presentado a los directivos y al departamento de Gestión Humana quienes son los encargados de realizar el estudio y factibilidad de la propuesta.

Seguimiento al Cronograma de Actividades

Al finalizar el proyecto se realiza el seguimiento de las actividades programadas al inicio de la práctica con el fin de conocer el cumplimiento de las mismas. Ver tabla 7.

Las actividades de las fases verificar y el actuar tiene un cumplimiento del 90% y 95% respectivamente, debido a que por motivos de disponibilidad e interés del Jefe y Coordinadora del Servicio de Urgencias no fue posible aplicar el método propuesto durante la práctica empresarial.

Tabla 7. Seguimiento al Cronograma de Actividades

OBJETIVO	FASE	ACTIVIDAD	RECURSOS	RESULTADO OBTENIDO	CUMPLIMIENTO
Identificar los indicadores que actualmente no han alcanzado la meta establecida por las fichas técnicas correspondientes.	P	Estudio del Manual de Calidad.	Manual de Calidad Fundación Oftalmológica-FOSCAL	Conocimiento del proceso de medición y seguimiento del desempeño de los procesos en la institución. Así como del procedimiento "Diseñar y Gestionar Indicadores" (UGC-008-MP) de la FOSCAL.	100%
		Conocimiento de la estructura del al Sistema Único de Acreditación en salud por medio de la Guía básica para la acreditación en salud.	Libro: Guía básica para la Acreditación en salud -ICONTEC y Cartilla de Acreditación de la FOSCAL	Conocimiento de la estructura, el enfoque de la acreditación en salud y los estándares evaluados dentro de la misma.	100%
		Exploración del Software visión empresarial, módulo de indicadores	Software Visión Empresarial	Destreza en el manejo del Software Visión Empresarial	100%
		Diagnóstico de los indicadores de gestión a través del Software visión empresarial	Software Visión Empresarial. Ficha técnica de los indicadores.	Diagnóstico del estado de los indicadores e informe sobre los indicadores que no se han generados a la Coordinadora de Medición. Definición de procesos de realización críticos de la FOSCAL en los se va a centrar el proyecto.	100%

P	Seguimiento al cumplimiento de las metas de los indicadores de cada proceso	Software Visión Empresarial. Ficha técnica de los indicadores. Excel	Diligenciamiento del archivo en Excel para identificación de los indicadores que incumplen con la meta establecida en la ficha técnica del indicador.	100%
	Cuantificar los indicadores de cada procesos que incumplen la meta propuesta e identificación de las acciones a tomar (Correctiva o preventiva)	Software Visión Empresarial. Ficha técnica de los indicadores. Excel	Número de indicadores por proceso que se encuentran fuera del rango de cumplimiento de la meta y totalización de las acciones a tomar (Correctiva o preventiva) teniendo encuentra lo especificado en la ficha técnica del indicador.	100%
	Configurar la seguridad de acceso de cada uno de las variables (manuales y calculadas) de los indicadores.	Software Visión Empresarial.	Acceso del todo el personal de la institución al Software visión empresarial.	100%
	Revisión de Solicitudes de Acción y Planes de acción recibidos	Solicitudes de acción diligenciadas	Determinación los procesos que enviaron las solicitudes de acción dando respuesta a las no conformidades de los indicadores y revisión de la herramienta empleada para el análisis de causas.	100%

	P	Informe de Solicitudes de Acción Correctiva y Preventiva a levantar por proceso	Archivo de Excel con el seguimiento	Documento con la relación de los indicadores que incumplieron las metas (especificando periodo, y si se levantó solicitud de acción)	100%
Proponer y definir una herramienta que permita a los responsables de los procesos, encontrar la causa-raíz del incumplimiento de la meta y tomar las acciones correctivas para eliminar la causa raíz de la no conformidad.	H	Exploración de la herramienta para identificación de la causa-raíz del incumplimiento de la meta (no conformidad)	Artículos y estudios en internet de herramientas para el análisis de eventos ocurridos en Instituciones del sector salud	Fundamentos teóricos de los métodos y herramientas utilizados en instituciones de salud para en el análisis de causas de los eventos.	100%
		Definición de la herramienta que se ajuste mejor a los indicadores implementados por la institución	Métodos y herramientas seleccionadas de la investigación	Método y herramienta para el análisis de causas que están generando incumplimiento de indicadores en la FOSCAL.	100%
		Socialización de dicha herramienta ante la Jefe de la Práctica	Presentación en Power Point y Excel	Aprobación del método y herramienta para análisis causal.	100%
		Realizar prueba piloto	Formato en Excel con la herramienta	Funcionamiento de las herramientas para el análisis causal en la plantilla de Microsoft Excel	100%

<p>Capacitar a los responsables de los procesos de realización acerca de la utilización de la herramienta, con el fin de identificar la causa raíz de las no conformidades y dar solución al incumplimiento de la meta de los indicadores.</p>	<p>V</p>	<p>Capacitar a los jefes de los procesos y a su grupo de trabajo acerca del método y herramienta para el análisis causal</p>	<p>Formato en Excel con la herramienta</p>	<p>Conocimiento y apropiación de la herramienta por parte de la Jefe y Coordinadora de Servicio Capitas y Unidad de Esterilización</p>	<p>90%</p>
		<p>Realizar acompañamiento a los procesos (Definidos como prioritarios) en el análisis causal de ésta no conformidad</p>	<p>Formato en Excel con la herramienta</p>	<p>Aplicación del Método propuesto para el análisis de causas en Servicios Capitados y Unidad de Esterilización. Identificación de Causas que generan no conformidad.</p>	<p>90%</p>
<p>Apoyar la documentación de solicitudes de acciones correctivas para los indicadores que incumplen la meta establecida por la ficha técnica correspondiente, realizando el análisis causal.</p>	<p>A</p>	<p>El jefe y/o Coordinador del área diligencia el formato de Solicitud de Acción y en caso de ser necesario elabora un plan de Acción</p>	<p>Herramienta para análisis causal Formato de Solicitud de Acción Formato Plan de Acción</p>	<p>Procedimientodocumentado del Método para la identificación de las causas que generan no conformidades en los Indicadores. Instructivo Documentado para el diligenciamiento de las herramientas de análisis causal Solicitud de Acción diligenciado Plan de Acción Seguimiento al cronograma de actividades</p>	<p>95%</p>

CONCLUSIONES

- Con base a los requerimientos de la FOSCAL y del resultado del diagnóstico de la institución con este proyecto se busca generar y aportar un método que permita asegurar la identificación de las causas que generan las no conformidades.
- Durante el seguimiento a los indicadores de gestión se logró la identificación de los indicadores con mayor incumplimiento de metas y así priorizar las áreas que requerían mayor apoyo.
- Se logra elaborar un método para el análisis causal que de manera secuencial permite hacer un análisis profundo y minucioso de las no conformidades basado en herramientas estadísticas.
- El proyecto ofrece un método de análisis de causas que permite la identificación de las posibles causas, a través de herramientas estadísticas para el análisis causal enfocadas al estudio de los principales factores que intervienen en la prestación de los servicios de salud y que repercuten en la calidad del mismo.
- A través del análisis causal realizado en la Unidad de Esterilización, se evidencia que el método y herramienta sugerida durante el desarrollo de ésta práctica puede ser usado para analizar las causas de las diversas situaciones presentadas en las diferentes áreas.
- El método propuesto a través de la práctica empresarial puede ser implementado en cualquier Institución de Salud.
- Se evidencia que una estrategia clave para que los responsables de los procesos realicen el análisis causal de las situaciones que se presentan y afectan al proceso, es el acompañamiento y asesoría de un facilitador de calidad.

RECOMENDACIONES

- Implementar en todas las áreas de la Institución el método para el análisis de causas propuesto en este proyecto.
- Capacitar a los Jefes y/o Coordinadores de todos los procesos de la Institución en el uso del método para asegurar la identificación de las causas propuesto durante la práctica empresarial.
- Realizar acompañamiento a los jefes y/o coordinares de los procesos para realizar el análisis causal de las no conformidades a través del método propuesto.
- Es necesario capacitar nuevamente a los funcionarios de la Institución en el manejo del software Visión Empresarial.
- Se requiere trabajar en la sensibilización y adopción de la cultura de análisis de los incumplimientos en la meta de los indicadores de manera que los funcionarios de la FOSCAL identifiquen los beneficios y de esta forma contribuyan de manera proactiva en el buen desempeño de los procesos.
- Enviar un reporte mensual por áreas con aquellos indicadores de gestión que incumplieron las metas propuestas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acreditación en salud. [En línea]. Disponible en: www.acreditacionensalud.org.co. [Recuperado: Febrero de 2011].
2. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC. Guía Básica para la Acreditación en Salud. Año 2005.
3. Instituto Oftalmológico de Santander- FOSCAL. [En línea]. Disponible en: <http://mundofoscal/index.php>, [Recuperado: 15 de febrero de 2011]
4. Ministerio de la protección social. [En línea]. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co. [Recuperado: Febrero 18 de 2011].
5. Observatorio de la calidad en los servicios de salud. [En línea]. Disponible en: <http://201.234.78.38/ocs/Default.aspx>. [Recuperado: Febrero 22 de 2011].
6. Joint Commission international. [En línea]. Disponible en: www.jointcommissioninternational.org. [Recuperado: Febrero 28 de 2011].
7. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. [En línea]. Disponible en: www.seguridadelpaciente.es/contenidos/docs/interes/4/4a.pdf. [Recuperado: 21 de Febrero de 2011].
8. López; Pedro Luis, González, Carmen y Alcalde-Escribano Juan. Artículo: Análisis de causas, una herramienta útil para prevenir errores. Unida de de Calidad, Hospital 12 de Octubre. Madrid- España.
9. Ministerio de Protección Social:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20PREPARACION%20PARA%20LA%20ACREDITACION.pdf>
10. Análisis de causas –efecto. [En línea]. Disponible en: http://www.capac.org/web/Portals/0/biblioteca_virtual/doc004/CAPITULO%205.pdf. [Recuperado 21 Abril de 2011]
11. Análisis Causa-Efecto Eficaz. [En línea]. Disponible en: http://geotechdecision.com/download/analisis_causa_efecto.pdf. [Recuperado 21 Abril de 2011]

12. Modelo de confiabilidad basados en el análisis de falla. [En línea]. Disponible en: <http://www.rcmingeneria.com/documentos/4.9%20RCA%20modelo%20de%20confiabilidad%20simse.pdf>. [Recuperado 21 Abril de 2011]
13. Ministerio de salud de la nación de Argentina. El Análisis Causa-Raíz como oportunidad de mejora de la seguridad en la atención perinatal: análisis de un brote de infección intra-hospitalaria.
14. Intranet Mundo Foscal. Procedimiento UGC-005-MP “Realizar Acción Correctiva Preventiva. [Recuperado Mayo 12 de 2011].
15. Evaluación y mejora de la calidad: sistemas de monitorización. [En línea]. Disponible en: http://www.gesma.org/archivos/Gestio-Excelencia/tesina_Roman_Guasp.pdf
16. Primer Informe Nacional de Calidad en la Atención en Salud. [En línea]. Disponible en: <http://es.calameo.com/read/000148248fe19cff33091>.
17. Kume Hitoshi. Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. Editorial Norma. Bogotá, 2002.
18. Software Visión Empresarial
19. Protocolo de Londres. [En línea]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/defensoria/guia_protocolo_Laboratorio/protocolo_Londres.pdf [Recuperado Agosto 26 de 2011].
20. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. [En línea]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/LINEAMIENTOS%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE.pdf>. [Recuperado Agosto 26 de 2011].
21. Diagrama de Pareto. [En línea]. Disponible en: http://www.infomipyme.com/Docs/GENERAL/Offline/GDE_08.htm. [Recuperado Febrero 22 de 2011].

ANEXO 1. Totalización y Desagregación de Indicadores por Procesos

No.	NOMBRE PROCESO	NOMBRE DEL INDICADOR	CÓDIGO	DESAGREGACIÓN				
				Servicios	Bolarquí	Cr. 36	Cr. 33	Consultorios
PROCESO DE DIRECCIÓN								
1	Planeación Institucional	Proporción de Planes Operativos Definidos	DG-010-IND-V2	0	1	1	1	0
2		Proporción de Planes Operativos Revisados	DG-011-IND-V2	0	1	1	1	0
3		Proporción de Revisiones Realizadas al Direccionamiento Estratégico	DG-012-IND-V2	0	0	0	0	0
4		Proporción de Revisiones Realizadas al Código de Buen Gobierno Corporativo	DG-013-IND-V2	0	0	0	0	0
5	Control de Gestión	Proporción de Procesos Auditados	DG-015-IND-V2	0	1	1	1	0
6		Proporción de Revisados por la Dirección Realizadas	DG-016-IND-V2	0	0	0	0	0
7	Contratación y Mercadeo	Proporción Cumplimiento Presupuesto de Ingresos	DG-014-IND-V2	0	0	0	0	0
8	Sistema de Gestión de Calidad	Proporción de Cumplimiento Objetivos de Calidad	DG-005-IND-V2	0	1	1	1	0
9		Proporción Solicitudes de Acción Cerradas	DG - 008 - IND - V1	0	0	0	0	0
10		Proporción Cumplimiento Plan de Acción de Mejora "Estándares de Acreditación"	DG - 009 - IND - V1	0	0	0	0	0
11		Proporción de OMES Tramitados Oportunamente	DA - 001 - IND - V3	0	1	1	1	0
12		Proporción de OMES Tramitados	DA - 051 - IND - V1	0	1	1	1	0
13		Índice Combinado de Satisfacción	DA - 061 - IND - V1	0	0	0	0	0
14		Proporción Usuarios Contactados que NO Solicitaron Aclaración a Respuesta de la Reclamación	DA - 063 - IND - V1	0	0	0	0	0
15		Proporción Usuarios Satisfechos con la Respuesta a la Reclamación	DA - 062 - IND - V1	0	0	0	0	0
16		Proporción de Cumplimiento del Cronograma de Medición de Percepción	DA - 002 - IND - V3	0	0	0	0	0

17		Proporción de Usuarios Visitados en la Ronda Hospitalaria	DA - 003 - IND - V3	0	0	0	0	0
18		Índice Generación de Residuos Reciclables	DA-035-IND	0	0	0	0	0
19		Índice de Consumo de Energía	DA-036-IND	0	0	0	0	0
20		Índice de Consumo de Agua	DA-037-IND	0	0	0	0	0
21		Índice de Generación de Residuos Peligrosos	DA-038-IND	0	0	0	0	0
22		Índice de Generación de Residuos Ordinarios	DA-039-IND	0	0	0	0	0
23		Razón Consumo de Agua (Por cama)	DA - 040 - IND	0	1	1	1	0
24		Razón Consumo de Energía (Por cama)	DA - 041 - IND	0	1	1	1	0
25		Razón producción de Residuos Reciclables	DA - 044 - IND	0	1	1	1	0
26		Razón producción de Residuos Peligrosos	DA - 043 - IND	0	1	1	1	0
27		Razón generación de Residuos Ordinarios	DA - 042 - IND	0	0	0	0	0
PROCESOS DE APOYO								
28	Gestión de Compras de Servicios Médicos	Proporción de Prestadores que Cumple con Requisitos de Ingreso Exigidos	DM-015-IND-V3	0	0	0	0	0
29	Gestión de Compras de Insumos	Proporción de Proveedores que Cumplen Requisitos de Selección	DG - 005 - IND - V3	0	0	0	0	0
30		Proporción de Compras no planificadas	DG - 006 - IND - V3	0	0	0	0	0
31		Índice Fallas Presentadas en la Recepción Técnico Administrativa	DG - 007 - IND - V3	0	0	0	0	0
32	Gestión de Compras de Servicios de Apoyo	Proporción de Recorridos de Entrega de Ropa por parte del Proveedor Oportunos	DA - 005 - IND - V4	0	0	0	0	0
33		Proporción de Prendas Devueltas	DA - 006 - IND - V4	0	0	0	0	0
34		Proporción de Áreas que Cumplieron con los Criterios de calidad de Aseo	DA - 009 - IND - V4	0	0	0	0	0
35	Gestión de Mantenimiento de Hardware y Software	Proporción de Horas Diarias de Funcionamiento del Sistema	DG-001-IND-V2	3	1	1	1	0
36		Proporción de Cumplimiento del Mantenimiento Preventivo	DG-003-IND-V3	0	0	0	0	0

37	Gestión de Mantenimiento de Planta Física	Proporción de Diagnósticos de Mantenimiento de Planta Física Oportunos	DA-016-IND-V3	0	1	1	1	0
38		Proporción de Solicitudes de Mantenimiento de Planta Física realizadas	DA-017-IND-V3	0	1	1	1	0
39		Proporción Cumplimiento Cronograma de Actividades de Planta Física y Mantenimiento	DA - 047 - IND - V2	0	0	0	0	0
40		Proporción de cumplimiento de las rondas de inspección	DA-046-IND-V2	0	0	0	0	0
41		Proporción de Eventos Relacionados con el Ambiente Físico Gestionados	DA - 048 - IND - V2	0	0	0	0	0
42		Proporción Adherencia Instructivo Inspección de Equipos de Planta Física	DA - 045 - IND - V2	8	0	0	0	0
43		Gestión de Mantenimientos de Equipos Biomédicos	Proporción de Equipos Verificados.(Anual)	DA-012-IND-V4	0	1	1	1
44	Proporción de Equipos con Mantenimiento Preventivo Realizado.		DA-013-IND-V3	0	1	1	1	0
45	Proporción de Diagnósticos de Mantenimiento de Equipos Biomédicos Oportunos.		DA-014-IND-V3	0	1	1	1	0
46	Proporción de Calibraciones Programadas y Realizadas de Equipos Biomédicos		DA-056-IND-V1	0	0	0	0	0
47	Proporción de Horas de Paro de Equipos Biomédicos		DA-057-IND -V1	0	0	0	0	0
48	Proporción de Horas de Interrupción de Servicios Asistenciales por Fallas en los Equipos Biomédicos		DA-058-IND-V1	0	0	0	0	0
49	Proporción de Mantenimiento Realizados para Corregir Daños por Mal Uso de los Equipos		DA - 060 - IND - V1	0	0	0	0	0
50	Razón de Proactividad del Mantenimiento		DA - 059 - IND - V1	0	0	0	0	0
51	Gestión del Talento Humano	Proporción de Personas Seleccionadas Oportunamente(oportunidad en la selección)	DA-019 -IND-V3	0	1	1	1	0
52		Proporción de Personas Seleccionadas que Superan 8 meses de Permanencia en la Institución (Mensual)	DA-020-IND-V3	0	0	0	0	0
53		Proporción de Trabajadores que Asistieron a la Capacitación	DA-021-IND-V3	0	1	1	1	0
54		Proporción de Capacitaciones programadas Realizadas (cumplimiento PEC)	DA-022-IND-V3	0	1	1	1	0

55		Proporción capacitaciones cumplimiento con la meta de eficacia	DA-023-IND-V3	0	1	1	1	0
56		Proporción de Actividades programadas de Bienestar	DA-033-IND-V3	0	0	0	0	0
57		Índice de Frecuencia de Accidentalidad (trimestral)	DA-026- IND-V3	0	1	1	1	0
58		Índice de Severidad de Accidentalidad (Trimestral)	DA-027-IND-V3	0	1	1	1	0
59		Proporción de Trabajadores que Presentaron Eventos Adversos en el Trabajo (Trimestral)	DA-028-IND-V3	0	1	1	1	0
60		índice de Lesiones Incapacitantes (ILI)	DA-029-IND-V3	0	0	0	0	0
61		Índice de Frecuencia de Ausentismo (Trimestral)	DA-030-IND-V3	0	1	1	1	0
62		Índice de Severidad de Ausentismo (Trimestral)	DA-031-IND-V3	0	1	1	1	0
63		Proporción de Trabajadores Ausentes (Trimestral)	DA-032-IND-V3	0	1	1	1	0
64		Proporción de Trabajadores que Asistieron a Programa de Inducción	DA - 052 - IND - V1	0	0	0	0	0
65		Proporción de Trabajadores que Asistieron a Programa de Re inducción	DA - 054 - IND - V1	0	0	0	0	0
66		Proporción Cumplimiento de Eficacia Programa Inducción	DA - 053 - IND - V1	0	0	0	0	0
67		Proporción Cumplimiento de Eficacia Programa de Re inducción	DA - 055 - IND - V1	0	0	0	0	0
68		Índice de Percepción de los Usuarios de la Calidez en la Prestación del Servicio	DA-050-IND - V1	0	0	0	0	0
69		Índice de Percepción del Cliente Interno de la Calidez de los Servicios de los Proveedores Internos	DA-049-IND - V1	0	0	0	0	0
70	Gestión de Recursos Financieros	Proporción de Cumplimientos de Pagos	DF-001-IND-V3	0	0	0	0	0
71		Proporción de Ejecución de Presupuestos de Gastos	DF-002-IND-V2	0	0	0	0	0
72		Proporción de Ejecución de Presupuestos de Inversión	DF-003-IND-V2	0	0	0	0	0
73	Perspectiva Financiera	Rentabilidad	DF - 006 - IND - V2	0	0	0	0	0
74		Ingreso por Cooperación INGRESOS POR COOPERACION	DF - 007 - IND - V2	0	0	0	0	0
75		Rentabilidad Creciente	DF - 008 - IND - V2	0	0	0	0	0

76		Relación Patrimonio -Deuda	DF - 009 - IND - V2	0	0	0	0	0
77		Nivel de Inversiones	DF - 010 - IND - V2	0	0	0	0	0
78		Flujo de Caja	DF - 011 - IND - V2	0	0	0	0	0
79	Gestión de la Información	Proporción de HC entregadas Oportunamente	DA-024-IND-V2	0	0	0	0	0
80		Proporción de Devolución de HC Prestadas	DA-025-IND-V2	0	0	0	0	0
81		Proporción de Cumplimiento Plan de Acción de mejora "Estándares Gerenciales de la Información"	DA-026-IND-V3	0	0	0	0	0
82		Proporción Cumplimiento de Cierre Contable	DF-004-IND-V3	0	0	0	0	0
83		Proporción de Cumplimiento de Cronograma Cierre Contable	DF-005-IND-V3	0	0	0	0	0
PROCESOS DE REALIZACIÓN								
84	Servicio esterilización	Proporción Entrega del Servicio de Esterilización Oportuno	DM - 007 - IND - V3	0	0	0	0	0
85		Proporción de Controles de Calidad Correctos - Esterilización.	DM - 008 - IND - V3	0	0	0	0	0
86	Servicio Farmacéutico	Proporción de Entrega Oportuna de Medicamentos y Dispositivos Médico.	DG - 008 - IND - V1	0	0	0	0	0
87		Proporción Cumplimiento de Condiciones de Conservación.	DG - 051 - IND - V2	0	0	0	0	0
88		Proporción de Evento e Incidentes Adversos a Dispositivos Medios y Resultados Negativos a la Medicación.	DG-054-IND-V2	0	0	0	0	0
89		Proporción de Intervenciones Farmacéuticas Aceptadas.	DG-055-IND-V2	0	0	0	0	0
90		Proporción entrega inoportunos de medicamentos y Dispositivos vitales	DM-050-IND-V2	4	0	0	0	0
91	Servicio de Óptica	Proporción Dispositivos Médicos para la Salud Visual que Cumplieron con Especificaciones	DG-019-IND-V2	0	1	0	0	0
92		Proporción de Entrega de Servicios de Óptica Oportunos	DG-020-IND-V2	0	1	0	0	0
93		Proporción de Rentabilidad Servicio de Óptica	DG-021-IND-V2	0	1	0	0	0
94		Proporción de Usuario que Compraron Previa Cotización	DG-022-IND-V2	0	1	0	0	0

95	Ingreso del Usuario al servicio de Resonancia Magnética Nuclear	Proporción de Cancelación de Exámenes de Resonancia Magnética	DM-230 - IND	0	0	0	0	0
96		Tiempo Promedio en la Asignación de Citas de Resonancia de Magnética	DM-229 - IND	0	0	0	0	0
97	Egreso del Usuario del Servicio de Resonancia Magnética Nuclear	Tiempo Promedio en la Entrega de Resultados de Resonancia Magnética	DM-233 - IND	0	0	0	0	0
98	Manejo de Tejidos Corneales	Tiempo Promedio de la Muerte del Donante y la Extracción Corneal	DM-045-IND-V3	0	0	0	0	0
99		Proporción Eventos Adversos Prestados en el Banco de Ojos	DM-046-IND-V3	0	0	0	0	0
100	Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial en el CCEH - VGR	Tiempo Promedio de Asignación de Citas de Primera Vez en CCEH	DM-001-IND-V3	0	0	0	0	0
101		Proporción de Usuarios que No Asistieron a Cita Programada CCEH	DM - 238 - IND - V2	0	0	0	0	0
102	Prestación Servicio Asistenciales en el CCEH - VGR	Proporción de Cumplimiento de Criterios de Calidad - UQA	DM-010-IND-V3	0	0	0	0	0
103		Proporción de Tratamientos Aplicados Acorde a los Lineamientos Médicos	DM-011-IND-V3	0	0	0	0	0
104		Proporción de Cumplimiento de Pruebas de Control de Calidad - Radioterapia	DM-012-IND-V3	0	0	0	0	0
105		Proporción de Producto NO Conforme- CCEH	DM-013-IDN-V3	0	0	0	0	0
106		Proporción de Tratamientos de Radioterapia Completos	DM-016-IND-V3	0	0	0	0	0
107		Índice de Eventos Adversos en Usuarios con Tratamiento de Radioterapia	DM-017-IND-V3	0	0	0	0	0
108		Proporción Interrupciones Imprevistas durante el Tratamiento de Radioterapia	DM-018-IND-V3	0	0	0	0	0
109		Proporción de Muertes Inesperadas en Radioterapia	DM-019-IND-V3	0	0	0	0	0
110		Proporción de Recaídas Locales durante el Tratamiento de Radioterapia	DM-020-IND-V3	0	0	0	0	0
111		Proporción de Complicaciones al Tratamiento de Radioterapia	DM-021-IND-V3	0	0	0	0	0
112		Proporción de Abandono de Tratamiento y Perdida del Seguimiento	DM-022-IND-V3	0	0	0	0	0

113		Proporción de Usuarios que Incumplen con el Tratamiento de Quimioterapia o Hematología	DM-023-IND-V3	0	0	0	0	0
114		Proporción Extravasaciones Presentadas en Administración de Medicamentos	DM-024-IND-V3	0	0	0	0	0
115		Proporción Flebitis Presentadas en Administración de Medicamentos	DM-025-IND-V3	0	0	0	0	0
116		Proporción de Infecciones Asociadas a Catéter Central - Quimioterapia	DM-026-IND-V3	0	0	0	0	0
117		Proporción Muertes Súbitas de Usuarios en Tratamiento de Quimioterapia o Hematología	DM-027-IND-V3	0	0	0	0	0
118		Proporción de Reacciones Anafilácticas Presentadas - Quimioterapia ó Hematología	DM-028-IND-V3	0	0	0	0	0
119		Proporción de criterios de adherencia de guías clínicas	DM 251 - IND	0	0	0	0	0
120		Proporción de Usuarios Atendidos Oportunamente en Consulta		0	0	0	0	0
121	Egreso del Usuario del Servicio Asistencial del CCEH - VGR	Proporción de Usuarios con Consulta Control Post-Tratamiento	DM-009-IND-V3	0	0	0	0	0
122	Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial de UCI - P	Proporción Usuarios Acceden a la UCI - P	DM-125-IND-V2	0	0	0	0	0
123	Prestación Servicio Asistenciales de UCI - P	Índice de Infección Presentada Durante la Atención a Salud Asociada a Dispositivos Médicos en el Servicio de UCI - P	DM-130-IND-V3	0	0	0	0	0
124		Índice de Infección Presentada después de 48 horas en el Servicio de UCI - P	DM-131-IND-V3	2	0	0	0	0
125		Índice de Complicaciones Asociadas a Procedimientos Médicos UCI - P	DM-132-IND-V3	0	0	0	0	0
126		Proporción de Usuarios Fallecidos Después de 48 Horas al Ingreso a UCI - P	DM-133-IND-V3	2	0	0	0	0
127		Proporción de Criterios de Adherencia a la Guía Clínica Evaluados Positivamente en UCI -P	DM-134-IND-V2	0	0	0	0	0
128		Proporción Días Cama Ocupadas en el Servicio de UCI - P	DM-138-IND-V3	0	0	0	0	0

129	Egreso del Usuario del Servicio Asistencial de UCI - P	Proporción del Usuario que Cumple el Plan de Egreso en UCI - P	DM-139-IND-V2	0	0	0	0	0
130	Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial de UCI - A	Proporción Usuarios Acceden a la UCI - A	DM-153-IND-V2	0	0	0	0	0
131	Prestación Servicios Asistenciales de UCI - A	Proporción de Defunciones en el Servicio de UCI - A Menores a 48 Horas	DM-158-IND-V3	2	0	0	0	0
132		Proporción de Defunciones en el Servicio de UCI - A Mayores a 48 Horas	DM-159-IND-V3	2	0	0	0	0
133		Proporción de Extubación Fallida en el Servicios de UCI - A	DM-160-IND-V3	2	0	0	0	0
134		Proporción de Usuarios de UCI - A con Profilaxis para la Enfermedad Trombo-embolica	DM-161-IND-V2	3	0	0	0	0
135		Índice de Mortalidad en el Servicio de UCI - A Relacionada con APACHE II	DM-162-IND-V2	2	0	0	0	0
136		Índice de Infecciones Asociadas a Dispositivos Médicos en UCI – A	DM-163-IND-V3	12	0	0	0	0
137		Índice de Infecciones Presentadas en el Servicio en UCI – A.	DM-164-IND-V3	3	0	0	0	0
138		Proporción de Retiro No Programado de Dispositivos Médicos en la UCI – A	DM - 165 - IND - V3	4	0	0	0	0
139		Índice de Ulceras por Presión durante la Hospitalización en la UCI – A.	DM-166-IND-V3	3	0	0	0	0
140		Proporción de Criterios de Adherencia al “Procedimiento Cuidados del Usuario Con Ventilación Mecánica” Evaluados Positivamente en el Servicio de UCI - A.	DM-167-IND-V2	3	0	0	0	0
141		Índice de Usuarios que Rotaron por Cama del Servicio de UCI -A -	DM-168-IND-V3	3	0	0	0	0
142		Promedio de Estancia Medica por Usuario en el Servicio de UCI – A.	DM-169-IND-V3	3	0	0	0	0
143		Proporción Defunciones en el Servicio de UCI – A.	DM-170-IND-V3	3	0	0	0	0
144		Proporción Días Cama Ocupadas en el Servicio de UCI – A	DM-171-IND-V3	3	0	0	0	0

145	Egreso del Usuario del Servicio Asistencial de UCI - A	Proporción de Usuario que Reingresaron a UCI - A en las Primeras 48 Horas Siguiendo al Egreso de UCI - A	DM-172-IND-V2	0	0	0	0	0
146	Ingresar al Usuario al Servicio Asistencial en Urgencias	Tiempo Promedio en la atención en la Consulta de Urgencias	DM-182-IND-V3	3	0	0	0	0
147	Prestación Servicios Asistenciales en Urgencias	Tiempo promedio en Observación	DM-187-IND-V2	0	0	0	0	0
148		Proporción de Reingreso a Urgencias antes de 72 horas	DM-183-IND-V2	0	0	0	0	0
149		Proporción de Mortalidad en Servicio de Urgencias	DM-184-IND-V2	0	0	0	0	0
150		Tiempo Promedio en la Entrega de Resultados de Laboratorio	DM-188-IND-V2	0	0	0	0	0
151	Egresar del Usuario del Servicio Asistencial en Urgencias	Tiempo Promedio Traslado de Usuarios de Urgencias a Otros Servicios	DM-189-IND-V2	0	0	0	0	0
152		Razón ingresos operacionales-costos operacionales	DM - 281 - IND - V1	0	0	0	0	0
153	Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial de Hospitalización	Tiempo promedio Utilizado para la Asignación de Camas en Hospitalización	DM-114-IND-V3	2	0	0	0	0
154	Prestación del Usuario en el Servicio Asistencial de Hospitalización	Índice de Infección Asociada al Cuidado de la Salud en Hospitalización	DM-118-IND-V3	0	0	0	0	0
155		Proporción de Usuario Fallecidos en el Servicio en Hospitalización mayor a 48 Horas al Ingreso	DM-121-IND-V2	0	0	0	0	0
156		Proporción de Criterios de Adherencia a los Procedimientos de Enfermería Evaluados Positivamente en Hospitalización		0	0	0	0	0
157		Proporción de Usuarios con Intervenciones Psicológicas		1	0	0	0	0
158	Egreso del Usuario del Servicio Asistencial de Hospitalización	Proporción de Usuarios que Reingresan al Servicio de Hospitalización	DM-122-IND-V2	0	0	0	0	0
159		Proporción de Usuario que Cumplieron el plan de egreso definido por el servicio de hospitalización	DM-123-IND-V2	0	0	0	0	0
160		Proporción de Usuarios Egresados de Hospitalización con Servicios Facturados	DM-124-IND-V2	0	0	0	0	0

161		Proporción Usuarios Atención en el Hogar que Reingresan al Servicio de Hospitalización	DM-235-IND-V2	0	0	0	0	0
162		Proporción Usuarios a quienes se les Realiza Seguimiento por el Programa de Atención en el Hogar	DM-234-IND-V2	0	0	0	0	0
163	Ingreso de la Usuaría al Servicio Asistencial en Sala de Partos	Tiempo Promedio para Acceder a la Atención en Sala de Partos	DM-205-IND-V3	0	0	0	0	0
164	Prestación de Servicio Asistencial en Sala de Partos	Proporción de Defunciones Maternas Prevenibles	DM-212-IND-V3	0	0	0	0	0
165		Proporción de Muertes Perinatales Prevenibles.	DM-210-IND-V3	0	0	0	0	0
166		Proporción de Partos Atendidos por Cesáreas de Urgencias	DM-211-IND-V3	0	0	0	0	0
167	Ingreso al Servicio Asistencial de Consulta Externa - Capitación	Tiempo promedio en la asignación de citas en la consulta de medicina Gral.	DM 100-IND-V2	2	0	1	0	0
168		Tiempo promedio en la asignación de citas en la consulta especializada de pediátrica	DM 101-IND-V2	2	2	0	0	0
169		Tiempo promedio en la asignación de citas en la consulta especializada de medicina interna	DM 102 - IND - V2	2	2	0	0	0
170		Tiempo promedio en la asignación de citas en la consulta especializada de Ginecobstetricia	DM 103 - IND - V2	2	0	0	0	0
171		Tiempo promedio en la asignación de citas en la consulta especializada de obstetricia	DM 239 - IND - V1	2	0	0	0	0
172		Tiempo promedio en la asignación de citas de cirugía Gral.	DM 104 - IND - V2	2	0	0	0	0
173		Tiempo promedio en la asignación de citas en la consulta de odontología Gral.	DM 105 - IND - V4	2	0	1	1	2
174		Tiempo promedio en la asignación de citas en la consulta de odontología especializada	DM 148 - IND - V4	2	0	0	0	0
175		Tiempo Promedio en la Asignación de Citas en la Consulta de Fisiatría	DM 262 - IND - V2	0	1	0	0	0
176		Tiempo Promedio en la Asignación de Citas en la Consulta de Gastroenterología	DM 260 - IND - V2	0	1	0	0	0
177		Tiempo Promedio en la Asignación de Citas en la Consulta de Ortopedia	DM 259 - IND - V2	0	1	0	0	0

178		Tiempo Promedio en la Asignación de Citas en la Consulta Vascular	DM 261 - IND - V2	0	1	0	0	0
179		Tiempo Promedio en la Asignación de Citas en Laboratorio Clínico Asignadas - Sede Ppal.	DM 242 - IND - V1	0	0	0	0	0
180		Tiempo Promedio en la Asignación de Citas en Resonancia - Sede Ppal.	DM 241 - IND - V1	0	0	0	0	0
181		Tiempo Promedio en la Toma de Imagenología TAC - Sede Ppal.	DM 243 - IND - V1	0	0	0	0	0
182		Tiempo Promedio en la Asignación de Citas en Rx Simple Asignada - Sede Ppal.		0	0	0	0	0
183	Prestación Servicio Asistencial de Consulta Externa - Capitación	Proporción de usuarios controlados con hipertensión arterial	DM-109-IND-V2	2	0	0	2	0
184		Proporción de usuarios que ingresan a UCI por Dx Hipertensión Arterial	DM-110-IND-V2	2	0	0	2	0
185		Proporción de usuarios con Diagnóstico de HTA que presentan complicaciones	DM - 111 - IND - V2	2	0	0	2	0
186		Mortalidad específica por Hipertensión arterial Usuario	DM - 112 - IND - V2	2	0	0	2	0
187		Proporción de usuarios con diagnóstico HTA que presentan daño renal	DM - 180 - IND - V2	2	0	0	2	0
188		Proporción de usuarios con enfermedad renal que ingresan a Diálisis	DM - 181 - IND - V2	2	0	0	2	0
189		Impacto de la demanda inducida Nueva Eps Sede Ppal.	DM - 113 - IND - V2	2			2	
190		Proporción del Cumplimiento de las Normas de Bioseguridad odontología.	DM - 149 - IND - V3	1	0	1	1	2
191		Proporción de Cumplimiento de Criterios HC Odontología evaluados Positivamente	DM-150-IMD-V4	2	0	1	1	2
192		Proporción Criterios Adherencia GPC Evaluados positivamente	DM - 252 - IND - V2	4	0	2	2	4
193		Índice Eventos Adversos en Odontología	DM - 258 - IND - V2	0	0	0	0	0
194		Tiempo Promedio de Espera para la Atención Odontológica	DM 256 - IND - V2	2	0	1	1	2
195		Proporción Criterios Adherencia GPC Evaluados positivamente General	DM - 285 - IND - V1	5	0	0	0	0
196		Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial de	Proporción de Usuarios que No Asistieron a Citas Programadas FOS	DM - 217 - IND - V3	0	0	0	0

197	Oftalmología	Proporción de Usuarios que No Asistieron a Citas Programadas UMO	DM - 221 - IND - V2	0	0	0	0	0
198		Tiempo Promedio en la Asignación de Citas en la Consulta de Oftalmología	DM-218-IND-V3	0	0	0	0	0
199		Proporción de Cancelación de Citas en Consulta Externa de Oftalmología	DM-219-IND-V3	0	0	0	0	0
200		Tiempo Promedio en la Asignación de Citas de Exámenes de Apoyo Diagnóstico FOS	DM-220-IND-V3	0	0	0	0	0
201		Oportunidad en la Realización de Cirugía Programada FOS	DM-245-IND-V1	0	0	0	0	0
202		Proporción de Cancelación de Cirugía Programada FOS	DM-216-IND-V2	0	0	0	0	0
203		Proporción de Cancelación de Cirugía Programada UMO	DM - 222 - IND - V2	0	0	0	0	0
204		Proporción de Usuarios que No Asistieron a Citas Optometría Programada - FOS		0	0	0	0	0
205	Prestación de Servicio Asistencial de Oftalmología	Proporción de Utilización de la Consulta Integral de Oftalmología en la UMO	DM-225-IND-V2	0	0	0	0	0
206		Proporción de Usuarios con agudeza Visual 20/20 - 20/60 en la Refracción Final en la UMO	DM-228-IND-V2	0	0	0	0	0
207		Proporción Criterios Adherencia Guías Clínicas Evaluadas Positivamente -FOS	DM - 236 - IND - V1	0	0	0	0	0
208		Proporción de Utilización Quirófanos Cirugía FOS	DM - 226 - IND - V2	0	0	0	0	0
209	Egreso del Usuario del Servicio Asistencial de Oftalmología	Proporción de Usuarios con 4 controles postquirúrgicos en UMO-oftalmología	DM-225-IND-V2	0	0	0	0	0
210		Proporción de Usuarios de Cirugía FOS que se Adhieren al Plan de Egreso	DM-244-IND -V1	0	0	0	0	0
211		Tiempo Promedio en la Entrega de Resultados de Exámenes Apoyo Dx - FOS	DM - 247 - IND - V1	3	0	0	0	0
212	Ingreso del Usuario al servicio Asistencial de Cirugía CAL AMBULATORIA	Tiempo promedio para admitir usuario para cirugía AMB CAL	DM 142 - IND - V2	0	0	0	0	0
213		Proporción de cancelación de procedimientos programados en cirugía AMBULATORIA-CAL	DM-145-IND-V4	2	0	0	0	0
214		Proporción de cancelación de procedimientos programados en cirugía CAL	DM 193 - IND - V3	0	0	0	0	0

215		Tiempo Promedio para la Asignación de Citas para Procedimientos Amb CAL	DM 146 - IND - V3	2	0	0	0	0
216		Proporción de Cancelación de Cirugías Programadas - Sede Bolarqui	DM 271 - IND - V2	0	3	0	0	0
217	Prestación Servicio Asistencial de Cirugía - CAL	Proporción de Utilización de Salas de Quirúrgicas	DM-199-IND-V3	0	1	0	0	0
218		Proporción de mortalidad quirúrgica		0	0	0	0	0
219		Proporción de usuarios que presentaron complicaciones derivadas de la anestesia		0	1	0	0	0
220		Proporción de Cirugías Programadas Iniciadas Oportunamente CIRUGIA CAL	DM-196-IND-V2	0	0	0	0	0
221		Proporción de Usuarios cirugía CAL que Presentaron Complicaciones Moderadas y Severas Derivadas de la Anestesia.	DM-197-IND-V3	0	0	0	0	0
222		Proporción de Usuarios que Presentaron Complicaciones Derivadas de Procedimientos Quirúrgicos.	DM-198-IND-V1	0	0	0	0	0
223		Índice de Infección de Herida Quirúrgica.	DM-202-IND-V3	0	0	0	0	0
224	Prestación Servicio Asistencial de Cirugía - CAL AMBULATORIA	Proporción de Usuarios que Presentaron Complicaciones Derivadas de Procedimiento Quirúrgico en Cirugía Ambulatoria	DM-143-IND-V4	3	1	0	0	0
225		Proporción de Reingresos de Usuarios Atendidos en Cirugía Ambulatoria	DM-144-IND-V2	0	0	0	0	0
226		Tiempo Promedio de Atención Cirugía Ambulatoria General	DM-248-IND-V2	0	0	0	0	0
227	Prestación Servicio Asistencial de Cirugía - CAL AMBULATORIA- BOLARQUI	Proporción de usuarios que presentaron complicaciones derivadas de la anestesia	DM 278 - IND - V2	0	0	0	0	0
228		Proporción de Usuarios que Presentaron Complicaciones Derivadas de Procedimientos Quirúrgicos.	DM 279 - IND V2	0	0	0	0	0
229		Índice de Infección de Herida Quirúrgica.	DM 280 - IND V2	0	0	0	0	0
230	Egreso del usuario del servicio asistencial de cirugía CAL AMBULATORIA	Proporción de egreso oportuno de usuario de cirugía CAL	DM-204-IDN-V3	0	0	0	0	0
231		Proporción de usuarios con seguimiento al plan de egreso de cirugía AMBULATORIA CAL	DM 249 - IND V2	2	0	0	0	0
232		Proporción adherencia plan egreso de cirugía AMBULATORIA CAL con seguimiento	DM 250 - IND V2	2	0	0	0	0

233		Proporción de Usuarios de Cirugía Ambulatoria que se Adhieren al Plan de Egreso - Bolarqui		0	0	0	0	0	
234		Proporción de Usuarios de Cirugía Ambulatoria con Seguimiento Telefónico - Bolarqui		0	0	0	0	0	
235	Ingreso del Usuario al Servicio Asistencial	Proporción de Usuarios que Recordaron haber Recibido Información Sobre información de la Política de Deberes y Derechos.	DA-004-IND-V3	<u>12</u>	1	1	1	0	
236		Proporción de Recordación de los Usuarios Frente a la Divulgación de "Derechos y Deberes del Usuario" en Sala de Espera.	DA-034-IND-V3	0	1	1	1	0	
237		Proporción de trabajadores a los que capacito en la política de Deberes y Derechos del Usuario	DM-108-IND-V4	0	0	0	0	0	
238		Proporción de trabajadores a los que capacito en la política de Deberes y Derechos del Usuario que Aprobaron la Evaluación de Conocimiento	DM 254 - IND - V2	0	0	0	0	0	
239		Proporción de visita para divulgación de Derechos y Deberes del usuario en sala de espera	DM-107-IND-V2	0	1	1	1	0	
240		Proporción Usuarios que Recordaron Recibir En. Preparación para Emergencias		0	1	1	1	0	
241		Proporción Usuarios que Recordaron Recibir En. Sobre el Manejo de Residuos		0	1	1	1	0	
242		Proporción de Cumplimiento de Criterios de la Lista de Observación Conductual Aplicada a Funcionarios	DM 255 - IND - V2	1	0	0	0	0	
243		Tiempo en la Asignación de Citas para la Atención en Servicio de Imagenología FOSCAL		1	0	0	0	0	
244		Oportunidad Global en la Realización de Cirugía Programada		0	0	0	0	0	
245		Oportunidad Global en la Atención en Consulta de Urgencias		2	0	0	0	0	
246		Prestación Servicio Asistencial	Índice de Infección Nosocomial o intrahospitalaria	DM-041-IND-V3	0	0	0	0	0
247			Proporción usuarios satisfechos con los servicios FOSCAL o Tasa de satisfacción global	DM-043-IND-V3	0	0	0	0	0
248	Proporción de hospitalizados fallecidos después de 48 horas o Tasa Global de Mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas		DM-038-IND-V3	0	0	0	0	0	

249		Proporción de eventos adversos gestionados o Tasa Global de Vigilancia de Eventos Adversos	DM-042-IND-V3	0	0	0	0	0
250		Índice Global Infección Asociada al Cuidado de la Salud por Día Cama	I - 046 - V2	0	0	0	0	0
251		Índice Global Infecciones del Sitio Operatoria	I - 047 - V2	0	0	0	0	0
252		Índice Global Bacteremias Asociadas a Catéter Central Venoso	I - 048 - V1	0	0	0	0	0
253		Índice Global Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter Vesical	I - 049 - V2	0	0	0	0	0
254	Egreso del Usuario del servicio Asistencial	Proporción Global de Usuario Reingresados a Hospitalización	DM-037-IND-V3	0	0	0	0	0
255		Índice de Percepción Satisfacción		<u>51</u>	7	6	6	0
256		Índice de Percepción de la "Bien informado"		<u>34</u>	3	2	2	
257		Oportunidad Global en la Asignación de Citas		<u>5</u>	0	0	0	0
Subtotal Indicadores Desagregados				237	59	46	59	12
Total Indicadores Desagregados				413				

ANEXO 2. Tabla Seguimiento Indicadores

NOMBRE DEL PROCESO	NOMBRE DEL INDICADOR	CODIGO	ENERO	T	SAL	RPA	FEBRERO	T	SAL	RPA	MARZO	T	SAL	RPA	ABRIL	T	SAL	RPA
			***				***				***				***			
			***				***				***				***			
			***				***				***							
			***				***				***				***			
TOTALES			0		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0
			***				***								***			
			***				***				***				***			
TOTALES			0		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0
TOTALES			0		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0
TOTALES			0		0	0	0		0	0	0		0	0	0		0	0

ANEXO 3. Solicitud de Acciones



FUNDACIÓN OPTALÓGICA CLÍNICA DE SANTANDER
Clínica Carlos Ariza Lillo
FOSCAL



SOLICITUD DE ACCIONES

Para ser diligenciado por quienes detectan la no conformidad o no conformidad potencial	SOLICITUD N°: _____ TIPO DE ACCIÓN: A.C. <input checked="" type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/>	DIRIGIDO A: _____	FECHA: _____
	FUENTE: Reclamos y/o Sugerencias <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Revisión de Procesos <input type="checkbox"/> Análisis de Indicadores <input type="checkbox"/> Evento Adverso en el trabajador <input type="checkbox"/> Otras: _____		
	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD O NO CONFORMIDAD POTENCIAL		
Solicitado por: _____		Recibido por: _____	
Para ser diligenciado por el responsable de responder a la no conformidad o no conformidad potencial detectada	CAUSAS QUE GENERAN LA NO CONFORMIDAD O NO CONFORMIDAD POTENCIAL		
	Tipo de Herramienta utilizada para el análisis: _____		
	EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE ADOPTAR ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS		
¿La causa detectada amerita levantar Plan de Acción? Si <input type="checkbox"/> (Adjuntar el Plan de Acción Correctivo o Preventivo) No <input type="checkbox"/> (Justificar a continuación la decisión y describir si se tomó alguna corrección)			
Para ser diligenciado por el personal de Gestión Seguros y la Inspección de Coordinación de Salud Ocupacional (o Coordinación de Auditorías Internas)	REVISIÓN DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS O PREVENTIVAS		
	Seguimiento: _____	Nombre del Responsable: _____	Fecha: (día / mes / año) _____
	CIERRE DE LA SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA O PREVENTIVA		
	Observación: _____	Nombre del Responsable: _____	Fecha: (día / mes / año) _____
	¿Las acciones fueron eficaces? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Fuente: Formato FOSCALIDAD 009 - MF – V6 “Solicitud de Acción” FOSCAL

ANEXO 4 Archivo adjunto con las herramienta análisis Causal en plantilla en Microsoft Excel.

ANEXO 5. Presentación de Power Point utilizada para la capacitación.





FACTOR	DEFINICIÓN
HUMANO	Hace referencia a los aspectos de los profesionales del área asistencial y/o administrativo que influyen directa o indirectamente en la prestación del servicio. Ej: Formación, Disponibilidad de personal.
AMBIENTE FÍSICO	Son aquellas condiciones físicas (Infraestructura) y el estado de los materiales (equipos e instrumentos) con los que cuenta la institución para la ejecución del trabajo diario.
INSUMOS	Hace referencia a medicamentos, dispositivos y de mas elementos necesarios para la prestación del servicio.
PACIENTE / FAMILIA	Situaciones presentadas por el paciente y/o familia.
FACTORES EXTERNOS AL SERVICIO	Son todos aquellos factores ajenos al área, que están involucrados con el proceso. Ej: EPS, otros servicios de la Institución, normas legales vigentes, empresas outsourcing.
INSTITUCIÓN	Se refiere a las políticas y procedimientos establecidos por la institución para el desarrollo de las actividades.



Check List: Cuenta con una serie de preguntas claves para cada factor, con el fin de orientar al equipo de trabajo en la identificación de las posibles causas que conllevan al incumplimiento de la meta del indicador.



Listado de causas: Se enlistan las causas primarias para cada factor obtenidas del Check list y la lluvia de ideas o consenso del grupo.



Diagrama de Ishikawa o Cauda-Efecto: Se ilustran las diferentes causas que afectan al proceso y que conllevan al incumplimiento de la meta del indicador.

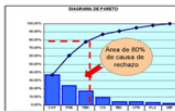
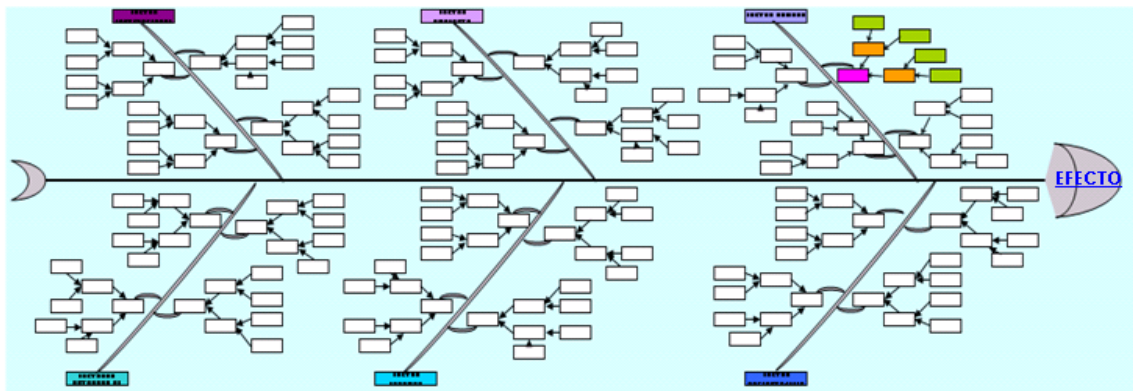
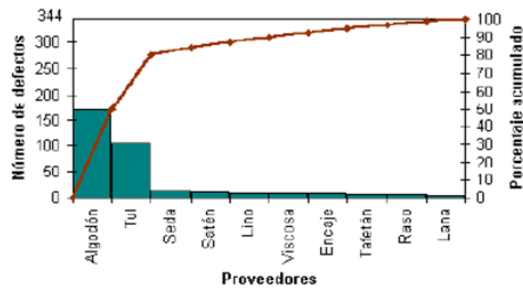




Diagrama de Pareto: Es la representación gráfica de las causas que ocasionan los problemas por orden de importancia e impacto que representa. Se fundamenta en que el 20% de las causas ocasiona el 80% del problema.






- En el eje vertical izquierdo se sitúa la magnitud del impacto que genera cada causa
- En el eje vertical derecho se sitúa el porcentaje acumulado (la escala va de 0 -100%)
- En el eje horizontal se sitúan las causas a evaluar
- Se traza una línea de tendencia desde el punto (0,0)

ANEXO 6. Procedimiento Método Análisis Causal Documentado

	MÉTODO PARA EL ANÁLISIS CAUSAL	Código:												
		Versión: 01												
		Página: 1 de 4												
		Fecha : 26 - 08 - 11												
	MÉTODO PARA EL ANÁLISIS CAUSAL	Código:												
<p>1. OBJETIVO</p> <p>Proporcionar las herramientas que permitan realizar un análisis secuencial de las causas que están generando las no conformidades de los indicadores del Sistema Único de Acreditación.</p> <p>2. ALCANCE</p> <p>Aplica todos los Indicadores del Sistema Único de Acreditación</p> <p>3. DEFINICIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis Causal: Técnica estructurada que se encarga de identificar la causa que está generando la no conformidad o problema • Acción correctiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada. • Acción preventiva: Conjunto de acciones tomadas para eliminar la causa • Causa-Raíz: Es la fuente origen de un problema. • No conformidad: Incumplimiento de un requisito. <p>4. DESARROLLO O CONTENIDO DEL PROCEDIMIENTO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO.</th> <th>ACTIVIDAD</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>RESPONSABLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Identificar el indicador con incumplimiento de la meta</td> <td>Determinar el indicador con incumplimiento de la meta a través de las mediciones de los indicadores obtenidas en el software visión empresarial y teniendo en cuenta los criterios establecidos en la ficha técnica del indicador.</td> <td>Jefe y/o Coordinador de área implicada</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Conformar el equipo de trabajo para realizar análisis</td> <td>Reunión del Jefe y/o Coordinador del área implicada; con apoyo del facilitador de calidad encargado del acompañamiento al área</td> <td>Jefe y/o Coordinador de área implicada Facilitador de Calidad</td> </tr> </tbody> </table>			NO.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	1	Identificar el indicador con incumplimiento de la meta	Determinar el indicador con incumplimiento de la meta a través de las mediciones de los indicadores obtenidas en el software visión empresarial y teniendo en cuenta los criterios establecidos en la ficha técnica del indicador.	Jefe y/o Coordinador de área implicada	2	Conformar el equipo de trabajo para realizar análisis	Reunión del Jefe y/o Coordinador del área implicada; con apoyo del facilitador de calidad encargado del acompañamiento al área	Jefe y/o Coordinador de área implicada Facilitador de Calidad
NO.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE											
1	Identificar el indicador con incumplimiento de la meta	Determinar el indicador con incumplimiento de la meta a través de las mediciones de los indicadores obtenidas en el software visión empresarial y teniendo en cuenta los criterios establecidos en la ficha técnica del indicador.	Jefe y/o Coordinador de área implicada											
2	Conformar el equipo de trabajo para realizar análisis	Reunión del Jefe y/o Coordinador del área implicada; con apoyo del facilitador de calidad encargado del acompañamiento al área	Jefe y/o Coordinador de área implicada Facilitador de Calidad											

		Versión: 01	
		Página: 2 de 4	
		Fecha : 26 - 08 - 11	
		MÉTODO PARA EL ANÁLISIS CAUSAL	
		Código:	
			
		DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
3	Recopilar información	Recoger y seleccionar la información relevante para el análisis del incumplimiento de la meta	Jefe y/o Coordinador de área implicada
4	Análisis Causal	Con la información recolectada, los resultados históricos de las mediciones de los indicadores y con base en los factores seleccionados se realiza el análisis de las causas utilizando las herramientas: Check list, 3 Porqués, Diagrama de Ishikawa y el Diagrama de Pareto a través la plantilla de Excel (Ver Instructivo.)	Jefe y/o Coordinador de área implicada Facilitador de Calidad
5	Evaluación de la causa real o potencia	El equipo de trabajo evalúa la raíz identificada para determinar si requiere elaborar un plan de acción que elimine o corrija la causa real o potencial. SI ¿La Causa detectada amerita levantar Plan de Acción?, <ul style="list-style-type: none"> • Realizar plan de acción • Diligenciar el formato de Plan de Acción 	Jefe y/o Coordinador de área implicada



NO.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
6	Diligenciamiento del Formato Solicitud de Acción	<p>1. Registrar en el formato Solicitud de Acciones los ítems que deben ser diligenciados por el jefe del área.</p> <p>2. Registrar en el ítem "Causa que genera la no conformidad real o no conformidad potencial", la causa que fue identificada como la raíz del incumplimiento del indicador</p> <p>3. Si la causa detectada amerita levantar plan de acción: SI, ¿La Causa detectada amerita levantar Plan de Acción?, · Diligenciar el ítem Evaluación de la Necesidad de Adoptar Acciones Correctivas ó Preventivas del formato de Solicitud de Acciones. · Si se ha realizado una corrección también se debe describir en el Formato Solicitud de Acciones. NO ¿La Causa detectada amerita levantar Plan de Acción?, · Registrar en el ítem evaluación de la necesidad de adoptar acciones correctivas o Preventivas las razones por las cuales no se amerita realizar un plan de acción (justificación). · Si la decisión es realizar una corrección, debe especificarse en esta casilla en qué consiste dicha corrección.</p>	Jefe y/o Coordinador de área implicada


NO.	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
7	Enviar Solicitud de Acción	Remitir la Solicitud de Acción Diligenciada a la Coordinadora de Auditorías Internas de la Unidad de Gestión de Calidad.	Jefe y/o Coordinador de área implicada

5. ANEXOS

Instructivo para el diligenciamiento de las herramientas de análisis causal: Check list, Diagrama de Ishikawa y Diagrama de Pareto en la plantilla de Excel.

ANEXO 7. Instructivo Diligenciamiento Herramientas En Microsoft Excel.

	INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS EN MICROSOFT EXCEL	Código:						
		Versión: 01						
		Página: 1 de 5						
		Fecha : 26 - 08 - 11						
	INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO	Código:						
6. OBJETIVO								
<p>Establecer las directrices para diligenciamiento de las herramientas de análisis causal: Check List, Diagrama de Pareto y Diagrama de Ishikawa; a través de la plantilla en Microsoft Excel.</p>								
7. ALCANCE								
<p>Aplica para el análisis causal de las no conformidades de los indicadores del Sistema Único de Acreditación y/o proceso de la Institución.</p>								
8. DEFINICIONES								
<ul style="list-style-type: none"> • Check List: Hace referencia a una serie de preguntas claves para cada factor, que orientan al equipo de trabajo a identificar las posibles causas que están generando la no conformidad. • Cinco Porqués: Es una técnica sistemática de preguntas utilizada durante la fase de análisis de problemas para buscar posibles causas principales de un problema. • Diagrama de Ishikawa: instrumento eficaz que ilustra de forma lógica las diferentes causas potenciales que ocasionan un problema. • Diagrama de Pareto: es una forma especial de gráfico de barras verticales que separa los problemas muy importantes de los menos importantes, estableciendo un orden de prioridades. 								
9. INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS EN MICROSOFT EXCEL								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>HOJA EN EXCEL</th> <th>HERRAMIENTA</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Método</td> <td>Descripción del método para el análisis de las causas del incumplimiento de la meta de los indicadores, y definición de los factores a analizar.</td> </tr> </tbody> </table>	HOJA EN EXCEL	HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN	1	Método	Descripción del método para el análisis de las causas del incumplimiento de la meta de los indicadores, y definición de los factores a analizar.		
HOJA EN EXCEL	HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN						
1	Método	Descripción del método para el análisis de las causas del incumplimiento de la meta de los indicadores, y definición de los factores a analizar.						

		Versión: 01 Página: 2 de 5 Fecha : 26 - 08 - 11
		Código:
		INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO
HOJA EN EXCEL	HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN
2	Check List	<p>Listado de preguntas claves para cada factor, con el fin de orientar al equipo de trabajo en la identificación de las posibles causas que conllevan al incumplimiento del indicador o no conformidad.</p> <p><i>Marque SI:</i> Cuando se esté cumpliendo la condición o aspecto mencionado en la pregunta,</p> <p><i>Marque NO:</i> Cuando se esté incumpliendo la condición o aspecto mencionado en la pregunta,</p> <p><i>Marque AV:</i> Cuando la condición o aspecto mencionado se cumple algunas veces,</p> <p><i>Marque NA:</i> Cuando la pregunta realizada no aplica para el problema que se está analizando.</p> <p><i>Interpretación:</i> Las preguntas con respuesta negativa (NO) son las posibles causas del problema estudiado.</p>
3	Listado de Causas	<p>Las causas obtenidas del Check List y la lluvia de ideas, son las causas primarias que se deben enlistar de acuerdo a cada factor.</p> <p><i>Para obtener las causas de segundo nivel,</i> preguntarse ¿Por qué está sucediendo la causa primaria?</p> <p><i>Para obtener las causas de tercer nivel,</i> preguntarse ¿Por qué está sucediendo la causa secundaria.</p>

HOJA EN EXCEL	HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN
4	Diagrama Ishikawa	<p>Este diagrama queda diligenciado automáticamente a medida que se van enlistando las causas en la hoja 3. En este diagrama se ilustran las diferentes causas que afectan al proceso y que con llevan al incumplimiento de la meta del indicador o no conformidad. En el primer nivel del diagrama se ubican los factores (humano, ambiente físico, insumos, paciente/familia, factores externos al área y factores institucionales), a cada uno de los factores se asocian a las causas enlistadas en la hoja 3.</p> <p><i>Interpretación:</i></p> <p>Observe el diagrama e identifique las causas que aparecen repetidamente y sombree con un color.</p> <p>Llegue al consenso con el grupo para determinar si ésta causa es la que tiene un mayor impacto sobre el incumplimiento del indicador (o problema).</p> <p>Reúna información para determinar las frecuencias relativas de las diferentes causas.</p>

HOJA EN EXCEL	HERRAMIENTA	DESCRIPCIÓN
5	Diagrama de Pareto	Se diligencia la matriz (Ver Anexo 1) con las causas más frecuentes (identificadas en el diagrama de Ishikawa) y se califican de acuerdo al impacto que tiene para la institución (Ver Anexo2). Al digitar el valor del impacto la matriz hace los cálculos de los demás valores y se obtiene como resultado la gráfica en donde se puede observar que el 20% de las causas representan aproximadamente el 80% de los problemas.

10. ANEXOS

Anexo 1:

Tabla 1. Hoja de Cálculo Diagrama Pareto.

	IMPACTO QUE PRESENTA	TOTAL ACUMULADO	COMPOSICIÓN PORCENTUAL	PORCENTAJE ACUMULADO
		0		
		0		
		0		
		0		
TOTAL	0			

Fuente: Elaboración Propia

Anexo 2:

Tabla 2. Clasificación y Valoración de Impactos para Diagrama de Pareto

IMPACTO	No representa ningún impacto para los usuarios, familiares, trabajadores y/o entorno.	1
	Representa un impacto o riesgo mínimo para los usuarios, familiares, trabajadores y/o entorno.	2
	Representa un impacto o riesgo mínimo para los trabajadores.	3
	Representa un impacto o riesgo para los usuarios, familiares, trabajadores y/o entorno.	4
	Representa un alto impacto o riesgo para los usuarios, familiares, trabajadores y/o entorno.	5

Fuente: Elaboración Propia