

PS

**SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA
ATENCION DE SALUD
(Decreto 2309 de 2002)**

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

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD DE
VILLAVIEJA (H)**



DEPARTAMENTO DEL HUILA

MUNICIPIO DE VILLAVIEJA

ENEYDA ORTIZ RAMÍREZ
GERENTE UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD

JORGE ELIÉCER GORDILLO MESA
AUDITOR DE CALIDAD

VILLAVIEJA
OCTUBRE DE 2004

1. PRESENTACIÓN

La calidad de la asistencia médica es un valor muy apreciado por los pacientes y por los profesionales de la salud. Los pacientes esperan de los servicios asistenciales la curación de su enfermedad o la paliación de los síntomas, pero los problemas de una mala calidad pueden causarle daño e incluso la muerte. Los profesionales desean hacer lo mejor posible por los pacientes, y su ética profesional les obliga a ofrecer una asistencia de calidad. Estos elementos hacen que la calidad de la atención de salud se defina y se reglamente con una metodología de evaluación y mejora continua.

La auditoria en salud, denominada “Auditoria Médica” en la ley 100 de 1993, constituye uno de los componentes fundamentales del sistema obligatorio de garantía de calidad establecido en el decreto 2309 de 2004. Es una herramienta diseñada para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y tal como fue concebida, corresponde a una función organizacional con carácter obligatorio, al igual que la habilitación.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud están obligadas a desarrollar un sistema de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud de acuerdo con las pautas establecidas por el Ministerio de la Protección Social con el objeto de promover una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad. En efecto dentro de este nuevo modelo de garantía de la calidad, la Auditoria tiene el propósito de acercar a los actores del sistema y a mejorar las relaciones entre ellos, ser una **herramienta de evaluación** que contribuya a disminuir la brecha entre calidad esperada y la observada, dentro del marco de los principios que rigen el mejoramiento continuo y el enfoque centrado en el cliente.



CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN
2. MARCO CONCEPTUAL
 - 2.1.MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD
 - 2.2.ETAPAS DE LA AUDITORIA
 - 2.3.ATENCIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE
 - 2.4.INTERACCION DE LA AUDITORIA CON LOS OTROS COMPONENTES DEL SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD
3. DESCRIPCIÓN DEL MODELO
 - 3.1.PRINCIPIOS DE LA AUDITORIA
 - 3.2.PERFIL DEL AUDITOR
 - 3.3.LA AUDITORIA EN EL SOGCS
 - 3.4.NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORIA
 - 3.5.RELACION DE AUDITORIA CON LOS ASEGURADORES
 - 3.6.TIPO DE ACCIONES DE LA AUDITORIA
 - 3.7.PROCESOS DE AUDITORIA EN LA U.A.E.S.V
 - 3.7.1 AUTOEVALUACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD
 - 3.7.2 ATENCION AL USUARIO
4. DESARROLLO DE LA AUDITORIA
 - 4.1.AUTOEVALUACION
 - 4.2.DEFINICIÓN DE PRIORIDADES
 - 4.3.DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA
 - 4.4.MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS
 - 4.5.PLAN DE MEJORAMIENTO
 - 4.6.EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO
 - 4.7.EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO
 - 4.8.APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL
5. COMITES OBLIGATORIOS



2. MARCO CONCEPTUAL

La Auditoria se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), que consiste en la evaluación sistemática de la atención en salud, con el objeto de mejorar la calidad de los servicios; significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud.

Según la O.M.S. la calidad asistencial consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

2.1. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

El mejoramiento continuo de la calidad (MCC), comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la Evaluación de la calidad, o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.

El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, que involucra al cliente y sus necesidades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

El MCC es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso.

2.2. ETAPAS DE LA AUDITORIA

El modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud se fundamenta en el método gerencial básico del ciclo de mejoramiento o PEVA (PHVA).

Planear (P): Esta fase está compuesta por dos etapas. Primero identificación de las metas (que) y segundo la identificación de los medios (cómo), es decir, la manera de alcanzar las metas. Aquí diseñamos el plan de auditoria, determinamos los procesos prioritarios, la calidad deseada (guías, normas, manuales), identificamos las fuentes de información, y quienes harán el trabajo.

Hacer y/o Ejecutar(H): Es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial, a su vez, tiene dos etapas: La primera se orienta a la formación de las personas y la segunda es la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente con la recolección de datos.

Se recoge información de los informes estadísticos, de los usuarios, se levantan indicadores involucrando a todos los responsables de los procesos prioritarios para que hagan parte activa del proceso de AUTOCONTROL y participar activamente en los diferentes **Comités** como medida de detección y seguimiento, verificando su cumplimiento. Posteriormente se consigna los resultados en documentos de fácil acceso con las conclusiones y recomendaciones.

Verificar (V): Es la fase de verificación de los resultados. Sobre la base de los indicadores que se construyan, se valida la ejecución de la etapa anterior con los hechos y datos recogidos.

Actuar (A): En la cuarta fase se actúa en relación con todo el proceso, con dos posibilidades; en el caso de que la meta se haya cumplido, se estandariza la ejecución con el fin de mantener los resultados del proceso. En el caso de no cumplirse con la meta, se hace necesario corregir y ajustar el proceso para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada. En esta etapa se implementan las acciones correctivas y preventivas y se mide el efecto en el mejoramiento continuo de la calidad. **Figura 1 Ciclo PHVA (PEVA).**

2.3 ATENCIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE

Uno de los aspectos necesarios para obtener buenos resultados de la atención y mejorar el bienestar de la población es la integración y la continuidad del servicio asistencial, acompañado de una gestión transparente para el usuario y la familia, incorporando las necesidades de ellos en el diseño, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención. Esto significa que se debe

coordinar todas las actividades desde que el usuario llegue a la institución, hasta que sale. Para cumplir con éste principio la entidad debe:

- Identificar con precisión quienes son sus clientes, sus necesidades y expectativas de cuidado y servicios
- Evaluación orientada hacia los resultados asociados a los procesos
- Evaluación de los procesos con equipos de trabajo que participan en el resultado de los procesos, de manera que se reflejen todos los niveles y áreas de la organización involucradas en cada proceso.
- Respaldo y compromiso gerencial con los directivos de la institución para lograr el éxito de los procesos de mejoramiento de la calidad.

2.4 INTERACCIÓN DE LA AUDITORIA CON LOS OTROS COMPONENTES DEL SISTEMA DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD

La auditoria interactúa con los otros componentes del SOGCS. La **habilitación** da seguridad al usuario que es atendido en la entidad por que cumple con unos estándares mínimos de calidad, iguales para todos y conocidos ampliamente por todos los actores del sistema.

La acreditación, va mas allá de requisitos mínimos, destinada a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de la IPS la cual se puede hacer en forma voluntaria.

3. DESCRIPCIÓN DEL MODELO

El modelo de auditoria implementado por el decreto 2309 de 2002 es el de ser un **instrumento de evaluación y monitorización permanente** para lograr la calidad dentro de los principios del mejoramiento continuo, conociendo los procesos prioritarios definidos por la entidad, donde sus objetivos giren alrededor del usuario comparando la calidad observada con la calidad deseada para que se emitan conclusiones y recomendaciones para que se logre la calidad que lleve a mejorar la salud de los usuarios al menor costo posible.

3.1 PRINCIPIOS DE LA AUDITORIA

Promoción del Autocontrol: Contribuir para que cada funcionario de la entidad adquiera las destrezas y la disciplina necesarias para que los procesos en los cuales participa, se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la institución, y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

Enfoque preventivo: La auditoria busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.

Confianza y respeto: Debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de la entidad, para el desarrollo, implantación de los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los entes aseguradores y compradores y con la autonomía institucional dentro de los términos pactados.

Sencillez: Las acciones y mecanismos utilizados son claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de los procesos.

Fiabilidad: Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoria, son garantía para la obtención de los mismos resultados, independientemente de quién ejecute la medición.

Validez: Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoria reflejan razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

3.2 PERFIL DEL AUDITOR

El perfil del líder del programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en Salud debe ser un Profesional de la salud que conozca la terminología específica del tema salud, con amplios conocimientos Clínico-asistenciales-administrativos, con formación y/o experiencia en Auditoria.

Debe ser un líder con don de convocatoria que genere la cultura del autocontrol en todos los niveles de la institución, ser facilitador con un amplio sentido de cooperación para identificar objetivamente los distintos eventos adversos, que afecten la buena atención en salud y sepa involucrarse en el logro de una solución cuando la Calidad observada no sea la Calidad deseada.

No debe participar como actor de la prestación de los servicios, por ende no es coadministrador, sus conclusiones y recomendaciones deben ser parte mas de los proyectos dentro del mejoramiento continuo de la calidad.

Las recomendaciones están encaminadas a detectar las diferencias entre la calidad deseada y la observada y en el no cumplimiento de estándares.

Debe interactuar con los diferentes responsables de los procesos que se hayan identificado como prioritarios, para el logro de los correctivos y acciones preventivas que solo conduzcan al mejoramiento continuo de la calidad.

Es además responsable por la generación de conceptos, registros y documentos, ético, justo y honesto, analítico y buen observador, para identificar lo que afecte la calidad de la atención en salud.

Debe incentivar la Auditoria por pares, es decir permitir que un profesional de la salud o servicio de salud, sea auditado por un profesional de su misma disciplina o especialización.

El Auditor líder puede conformar un equipo por disposición de la dirección de la Institución, para que apoye el proceso de Auditoria en el seguimiento a los distintos estándares, en la recopilación de datos, seguimiento a las actividades del día a día y en la interrelación de auditoria con las entidades aseguradoras. Este equipo debe estar conformado por personal del área de la salud, profesionales y técnicos con conocimientos de Auditoria o entrenado por la misma institución.

3.3 LA AUDITORIA EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD

La Auditoria es un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad que tienen como objetivo ser un instrumento de evaluación sistemático para contribuir al mejoramiento de la organización, que obedece

a una planeación organizacional con criterios explícitos, con unidad de propósito y cohesión que se lleva a cabo con una periodicidad preestablecida.

El decreto 2309 de 2002 definió la Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares básicos de calidad en el sistema único de Habilitación.

De conformidad con lo anterior la Auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) implica:

1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de los procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual se define previamente mediante las guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de la institución de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos (Plan de mejoramiento).

Por lo anterior, la auditoria es un proceso continuo que compromete a toda la organización en la búsqueda de la calidad de la atención en salud.

3.4 NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORIA

El presente modelo de auditoria operará en tres niveles: El de autocontrol, de Auditoria interna y el de auditoria externa.

Autocontrol: Hace referencia al conjunto de tareas de planeación, ejecución, verificación y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la entidad sobre los procedimientos a su cargo, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización. Este autocontrol es posible siempre y cuando:

1. Se estandaricen los procesos de manera participativa.
2. Se capacite y entrene permanentemente a cada uno de los miembros de la entidad en sus tareas del día a día y en los resultados que de ellos se esperan.

- PM
3. Se apodere a todos los funcionarios para que propongan y realicen los cambios pertinentes con miras a mejorar los procesos en los cuales participan.

Auditoria interna: Es el conjunto de procesos de evaluación sistemática de la calidad de la atención en salud, realizados por la misma institución, desde una instancia externa al proceso que se audita. El propósito de ésta auditoria es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Auditoria externa: Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución, como son las EPS, ARS, SOAT, Dirección local de salud y Secretaria de salud departamental.

3.5 RELACION DE AUDITORIA CON LOS ASEGURADORES

La relación de auditoria con los aseguradores EPS, ARS y Direcciones local y departamental de salud se debe basar en un clima de respeto a la autonomía de la institución, de confianza, de tal manera que se elimine el carácter dominante de los aseguradores.

A los aseguradores con antelación a la firma del contrato de prestación de servicios se les dará a conocer el portafolio de servicios y la complejidad del nivel de atención, así como los indicadores con los que se va a medir la calidad de la atención en salud en la Institución.

Por lo tanto las condiciones de relación de auditoria con los aseguradores deberán quedar de manera contractual, fijando objetivos como:

- Construir confianza mutua
- Implementar la evaluación por pares
- Incentivar la buena imagen recíproca
- Fijar que sistema de monitorización se va seguir
- Establecer los indicadores y eventos trazadores que se evaluarán
- Respetar la adherencia a las guías y protocolos
- Utilizar la información para retroalimentarse
- Fijar tarifas que incentiven a las partes
- No cambiar las condiciones contractuales si ya han sido aceptadas
- No imponer medidas que violen la autonomía de la institución
- No obligar a violar lo contenido en las leyes, decretos o normas

22

La institución, queda en libertad de establecer también seguimiento y evaluación de los estándares de calidad de los aseguradores, operatividad organizacional, cumplimiento de las condiciones contractuales.

La institución deberá facilitar a los aseguradores la verificación de los indicadores clínico-asistenciales, administrativos y financieros a los que se hayan acordado. Deberá facilitar la revisión de la historia clínica, siempre que se haga dentro de la institución con el objeto de verificar pertinencia, oportunidad, continuidad de la atención, quedando en libertad de solicitar la revisión por pares cuando el caso lo amerite. **La revisión del acto médico no podrá ser hecha por profesional distinto a un profesional médico.**

Lo anterior con el objeto de asegurar la mejor atención en salud para superar las expectativas de nuestros usuarios, que quieran seguir perteneciendo al asegurador y deseen los sigan enviando a nuestra institución.

3.6 TIPOS DE ACCIONES DE LA AUDITORIA

Para que el modelo de Auditoria opere en los niveles antes descritos se deben implementar las acciones que permitan a la institución establecer los mecanismos necesarios para fortalecer la cultura del mejoramiento continuo y del autocontrol.

Las acciones de la auditoria son los procedimientos y actividades que se establecen dentro de la organización para el logro de los objetivos de mejoramiento de los procesos establecidos como prioritarios y la búsqueda de la no ocurrencia de fallas en forma posterior a su detección e intervención.

La norma reglamentaria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad establece tres tipos de acciones de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud:

Acciones preventivas : Conjunto de procedimientos, actividades de Auditoria sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma. Tienen como propósito establecer criterios explícitos de calidad, con base en las cuales se llevarán a cabo el autocontrol, la Auditoria interna y la Auditoria externa.

Son ejemplo de acciones preventivas: Ajuste y estandarización de los procesos y procedimientos, la adopción de estándares de calidad por parte de la institución y la concertación precontractual con las EPS y ARS sobre los parámetros que guiarán la ejecución de la Auditoria externa.

Acciones de seguimiento: Se refieren al conjunto de procedimientos y actividades de Auditoria, que deben realizar las personas y la organización durante la prestación del servicio, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad. Se trata básicamente, de aquellas acciones de control realizadas en lo mas cercano al tiempo real a la ejecución de los procesos, con el objetivo de conocer el desempeño de los mismos. Por definición son las acciones del día a día del nivel de Autocontrol.

El papel del nivel de la Auditoria interna en las acciones de seguimiento son de segundo orden, es decir de velar por el control del autocontrol y no debe conducir a la imposición de conductas, ya que el enfoque de Auditoria es el de mejoramiento continuo y no el de inspección de calidad. En el nivel de la Auditoria externa, se refiere al seguimiento de los acuerdos previamente establecidos.

Son ejemplo de acciones de seguimiento: Las evaluaciones que realizan los miembros de la organización sobre los resultados de su propio desempeño, los estudios de adherencia a las normas técnicas y guías de atención, las encuestas de satisfacción realizadas internamente, pertinencia y continuidad de la atención con base en el análisis de la historia clínica, y las evaluaciones realizadas por los comités, entre otras.

Acciones coyunturales: Conjunto de procedimientos y actividades de Auditoria que deben realizar las personas y la organización, retrospectivamente, para detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su ocurrencia.

Son ejemplo de acciones coyunturales aquellas definidas como eventos centinelas, por cuanto se constituyen en alertas que indican la necesidad de tomar decisiones oportunas; un aumento en la demanda de prestación de servicios no esperada o la reducción repentina de la oferta de servicios son resultados no esperados y que requieren la atención e intervención inmediata de la institución.

3.7 PROCESOS DE AUDITORIA EN LA UAESV

El programa de Auditoria Médica orientado al mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud (**PAME**) en la UAESV está integrado por los siguientes procesos: **Auto evaluación del Proceso de atención de salud y Atención al usuario.**

3.7.1 AUTOEVALUACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE SALUD

Comprende la implementación de acciones tendientes a evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios que permita a la UAESV conocer su desempeño y contribuir al mejoramiento de la calidad de aquellos procedimientos definidos como prioritarios y desde el punto de vista del cumplimiento de las características de Calidad a que hace referencia el Artículo 6 del Decreto 2309 de 2002: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y continuidad.

Accesibilidad: Es la posibilidad que tienen el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud.

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

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en 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.

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

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

112

Como resultado de la auto evaluación se identificarán los procesos a mejorar, es decir un listado de los mismos que son factibles de intervenir por parte de la organización y pueden a corto, mediano o largo plazo ser objeto de la auditoria.

Este primer paso es el resultado de la función gerencial con lo cual se busca aplicar una metodología unificada para que no se pasen por alto los procesos de obligatorio monitoreo y seguimiento. **Ver tabla ejercicio 1 SELECCIÓN DE SERVICIOS Y/O PROCESOS PRIORITARIOS.**

4.2. DEFINICIÓN DE PRIORIDADES

La priorización busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes, tenga como consecuencia un mayor beneficio, generando un espacio de conocimiento, discusión y participación.

Para llevar a cabo este proceso de priorización se utilizarán las matrices de la **tabla No. 1 SELECCIÓN DE SERVICIOS Y/O PROCESOS PRIORITARIOS.**

El grupo establecerá en los encabezados de la columna los servicios o procesos prioritarios en la institución y calificará cada uno de ellos de acuerdo con los criterios sugeridos y/o con otros que pueden ser determinados por los integrantes del grupo. Los procesos que pueden ser objeto de mejoramiento, identificados en este primer paso, se consignarán en la primera columna de la matriz. Una vez que se ha seleccionado el servicio o servicio prioritario la matriz debe usarse nuevamente, pero en lugar de los servicios ofrecidos se registrarán los diagnósticos o procedimientos principales que se llevan a cabo en el servicio o servicios seleccionados como prioritarios. **Tabla No. 2 del Ejercicio No. 1.**

En forma individual cada uno de los miembros del equipo califica, de acuerdo a la escala definida (criterios de valoración 1 a 5), el impacto que tiene el que exista o no el proceso a evaluar para el logro del factor crítico analizado. Luego se consolida la información de las calificaciones logradas, estableciendo la moda para la totalidad del grupo participante, luego se multiplican los datos obtenidos y se procederá a ordenar los procesos de mayor a menor calificación. Finalmente, el grupo seleccionará la cantidad de procesos que podrá intervenir a corto a mediano y largo plazo.

3.7.2. ATENCIÓN AL USUARIO

Es la evaluación sistemática de la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos. Este proceso permite identificar y desarrollar mecanismos eficientes y efectivos para conocer la satisfacción del usuario con los servicios recibidos e implementar acciones de tipo coyuntural y de seguimiento para mejorar o mantener los resultados esperados.

De igual forma permite definir y desarrollar mecanismos para conocer las necesidades y expectativas de los usuarios frente a los servicios a recibir en la institución para implementar acciones preventivas para el logro de los resultados esperados.

Los aspectos que pueden ser evaluados son los relacionados con el acceso, oportunidad en la prestación del servicio, trato de los profesionales y de todo el personal, oportunidad y calidad de la información recibida por el equipo de salud responsable de su atención.

4. DESARROLLO DE LA AUDITORIA

El propósito del PAMEC es establecer unas directrices generales que sirvan para orientar a la institución, el como implementar el modelo anteriormente descrito con instrumentos y herramientas propias, para auditar los procesos prioritarios establecidos en colaboración con todos los funcionarios de la Unidad y otros que se detecten posteriormente que afectan el logro de resultados esperados en la atención de salud.

4.1. AUTOEVALUACIÓN

Es el diagnóstico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afecten a la institución. Se entiende por falla de calidad a la diferencia que existe entre el resultado deseado y el obtenido en la realidad.

La identificación de los problemas de calidad se hará a partir de diferentes fuentes como son las directrices del plan de salud institucional, de los informes de gerencia, las encuestas y entrevistas a los trabajadores de la entidad, de los usuarios, de la observación directa o de las evaluaciones de gestión que se realicen dentro de la empresa y otros.

117

La decisión sobre cuales son los procesos prioritarios corresponde al más alto nivel jerárquico de la organización junto con la dependencia responsable de su diseño. Implica el señalamiento oficial de las prioridades a las cuales se aplicarán los recursos disponibles, y refleja el compromiso de toda la organización, desde la más elevada área de responsabilidad, con la calidad de la gestión corporativa.

4.3. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

Para que cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel directivo, el responsable del mismo y quien tiene a cargo la función de auditoria interna definen el nivel de calidad esperado en el proceso.

El nivel de calidad esperado es la forma como se espera que se realicen los procesos prioritarios y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados. En relación con la forma de cómo se espera que se realicen los procesos se encuentran en las normas técnicas y de acuerdo a los estándares establecidos en la institución y el segundo aspecto hace relación entre otros instrumentos a los indicadores utilizados por la organización para evaluar el cumplimiento de la norma o guías utilizados.

Es importante resaltar que los indicadores son básicamente, un instrumento de monitoreo y observación de un sistema, que se construyen a partir de la evaluación y relación de variables y su posterior comparación con los valores de las metas establecidas. Los indicadores son ante todo información, utilizada por los mecanismos de control para monitorear y ajustar las acciones que un determinado sistema o proceso, emprende para alcanzar el cumplimiento de los resultados esperados.

En el caso del sistema obligatorio de Garantía de Calidad la estructura mínima fue propuesta por el ministerio de la protección social. **Ver ficha técnica del indicador.** Igualmente el Sistema estableció una serie de indicadores, que son de obligatorio cumplimiento, con son:

- Mortalidad hospitalaria
- Infecciones intra hospitalarias
- Complicaciones quirúrgicas inmediatas
- Complicaciones anestésicas
- Complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales



Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana.

Los indicadores son de tipo clínico y son de resultado, aspecto a tener en cuenta en las evaluaciones de auditoría externa por parte de las aseguradoras, al igual que aquellos relacionados con la Satisfacción del Cliente.

4.4 MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS

La auditoría para el mejoramiento de la atención en salud es un instrumento de evaluación que pretende detectar si los procesos presentan los resultados en calidad esperados, lo cual es posible de llevarse a cabo si se determina el nivel de calidad actual. Para realizar esta medición se utilizará el instrumento diseñado para establecer la calidad esperada de la siguiente manera:

Con base en los resultados del ejercicio 1, se selecciona un diagnóstico o un procedimiento prioritario sobre el cual se desarrollará una lista de control o chequeo: **Tabla No. 3 Ejercicio 2, DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN**. Al final de la ejecución de éste paso los responsables del proceso y el Auditor interno tendrán un diagnóstico del estado actual de los procesos frente a lo esperado, en otras palabras se contará con la detección de brechas.

Con el documento anterior se emiten conclusiones y recomendaciones sobre las acciones que se deben emprender en el plan de mejoramiento junto con cada uno de los responsables de los procesos implicados.

4.5. PLAN DE MEJORAMIENTO

Con los insumos generados en las etapas anteriores los responsables de los procesos y el Auditor interno contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan eliminar las brechas detectadas.

La formulación del plan de mejoramiento debe responder a la detección de las causas fundamentales que afectan el logro de los resultados esperados para lo cual se deberá aplicar herramientas que permitan neutralizar y bloquear lo que no permite lograr los resultados deseados. Por lo tanto se deberá solucionar en forma definitiva mediante métodos como el análisis y solución de problemas, six sigma ó la causa raíz, entre otros.

17/12

Los aspectos a tener en cuenta para la formulación del plan de mejora son:

- Identificar el problema y definirlo concretamente, teniendo muy claro el grado de importancia global del mismo.
- Observar en detalle las características del problema, tomando en cuenta los puntos de vista de diferentes personas involucradas en el proceso.
- Analizar el problema para descubrir sus causas fundamentales, en éste punto es importante la utilización de herramientas estadísticas básicas.
- Elaborar el plan de acción muy detallado, capaz de bloquear las causas y solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos indicadores para evaluar posteriormente los resultados. **Ver Formato 1 formulación plan de acción.**

Una vez que se ha identificado un problema que necesita mejoramiento, el siguiente paso es determinar cual enfoque de mejoramiento es el más adecuado para abordar el problema. Para determinar el enfoque que se debe usar, se establecen los siguientes criterios: si el problema se presenta en un proceso clave, se depende de otras personas o si es complejo o recurrente.

Enfoques de mejoramiento de la calidad

	Solución Individual (enfoque A)	Solución Rápida en equipo (Enfoque B)	Solución Sistémica (Enfoque C)	Mejoramiento de Procesos (Enfoque D)
Cuando usar el enfoque	Cuando el problema depende de una persona	El equipo necesita resultados rápidos	El problema es complejo y requiere análisis	El proceso requiere mejoramiento continuo
Equipos	No son necesarios	Ad hoc	Ad hoc	Permanente
Datos	Casi ninguno	Puede realizarse Con pocos datos	Necesita datos	Necesita recopilar más datos
Tiempo	Poco	Poco	Limitado al tiempo necesario	Permanente

4.6 EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Una vez elaborado el plan de acción (Formato 1 formulación plan de acción), se inicia la ejecución de las actividades contenidas en él, y es en éste punto donde se requiere el apoyo de los niveles directivos de la organización para que en forma explícita y deliberada se generen espacios para hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción y de los resultados

4/20

obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores definidos (Ficha técnica del indicador).

Pasos en el Plan de mejoramiento

Paso Uno: Identificar

La meta del primer paso, identificar, es determinar que hay que mejorar. Involucra el reconocimiento de una oportunidad para mejorar y luego fijar una meta para centrarse en ella. El mejoramiento de la calidad parte por hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Cómo sabe que ese es el problema?
- ¿Con cuánta frecuencia se produce y/o durante cuanto tiempo se produce?
- ¿Cuáles son los efectos de este problema?
- ¿Cómo se sabrá si está resuelto?

No siempre es necesarios crear un planteamiento del problema, pero ayuda a aclarar y comunicar el área identificada que amerita mejoramiento.

Ejemplo de caso: planteamiento del problema

La Unidad de Salud no cuenta con planta eléctrica automática, para cuando se corte por tiempo prolongado la energía eléctrica y la planta existente está muy vieja y no funciona correctamente. Estos problemas pueden dañar la refrigeración de las vacunas. Mejorar esta situación reduciría la cantidad de interrupciones en la cadena de frío.

Paso dos: Analizar

Una vez identificado un problema u oportunidad donde amerite un mejoramiento, el segundo paso es analizar lo que se debe saber o comprender antes de considerar los posibles cambios

- Clarificar por qué el proceso o sistema produce el efecto que se desea mejorar
- Medir el rendimiento del proceso o sistema que produce el efecto
- Formular preguntas de investigación del tipo:

ppu

- ¿Quién está involucrado o afectado?
- ¿Dónde se produce el problema?
- ¿Cuándo se produce el problema?
- ¿Qué sucede cuando se produce el problema?
- ¿Por qué se produce el problema?

- Aprender acerca de los usuarios internos y externos, por ejemplo su participación en el proceso que se está analizando, y sus necesidades y opiniones al respecto.

Para alcanzar éstos objetivos, en la etapa de análisis se usan los datos disponibles o se recopilan datos nuevos. Estos son importantes en cuanto ayudan a documentar el problema, proporcionan credibilidad e identifican posibles soluciones.

Paso tres: Desarrollar

Los primeros dos pasos nos ayudan a identificar lo que queríamos mejorar y analizar la información necesitamos para entender como realizar el mejoramiento. El tercer paso, Desarrollar, usa la información de los pasos anteriores para preguntarse que pasos cambios servirán para lograr el mejoramiento. La respuesta proporciona una hipótesis acerca de cuáles cambios solucionarían el problema y a la vez mejorarían la calidad de la atención.

Paso cuatro: Probar e implementar

Este paso del mejoramiento de la calidad se basa en los pasos anteriores en que se identifica un área que requería mejoramiento, se analizó y luego se formularon intervenciones o soluciones hipotéticas. Durante este paso final del proceso se prueban las hipótesis para ver si la intervención propuesta resulta en el mejoramiento esperado. Se asigna un tiempo suficiente para que se produzcan los cambios.

Si el cambio propuesto no produce un mejoramiento, se debe iniciar el proceso nuevamente y buscar los defectos en el cambio propuesto. Si el cambio propuesto produce un mejoramiento satisfactorio, comenzar a implementar el cambio o intervención. **Figura 2 Resumen del enfoque de mejoramiento de procesos**

43

4.7 EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

Como elemento del seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos y utilizados, y que se esperan sean los mismos de los planes de mejora.

Para conocer se el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados de acuerdo con el paso cuarto del plan de mejoramiento descrito anteriormente.

4.8 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, elaborar estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.

En este punto el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo. **Figura 3 mejoramiento continuo de la calidad.**

4. COMITES OBLIGATORIOS

Los comités son instrumentos establecidos en las organizaciones con el fin de hacer seguimiento a procesos o temas de importancia, por lo cual, en el marco de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención se consideran un mecanismo valioso que contribuye al seguimiento y retroalimentación de la calidad generando información para la colocación en marcha de acciones correctivas o preventivas.

Los comités son equipos interfuncionales que tienen una responsabilidad directa de contribuir a que las institución preste servicios de calidad y establezca acciones concretas para garantizarla. Su funcionamiento afecta a la institución en general y a los usuarios. Es necesario tener total claridad sobre las responsabilidades de cada comité y sobre sus aportes al funcionamiento, planes, metas y logros de la organización.

YJM

Así mismo, los comités requieren instrumentos y planes de trabajo precisos; métodos para la documentación de reuniones y avances; reglas de interacción entre sus miembros y mecanismos para el abordaje técnico, análisis y solución de problemas, entre otros.

Una de las tareas principales del responsable de la Auditoria interna es trabajar con los comités existentes e iniciar los comités faltantes.

Comités obligatorios en la UAESV

Comité de Ética hospitalaria
Comité de farmacia y terapéutica
Comité de vigilancia epidemiológica COVE
Comité Técnico-científico
Comité de Historias clínicas
Comité de Urgencias

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD
MUNICIPIO DE VILLAVIEJA

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

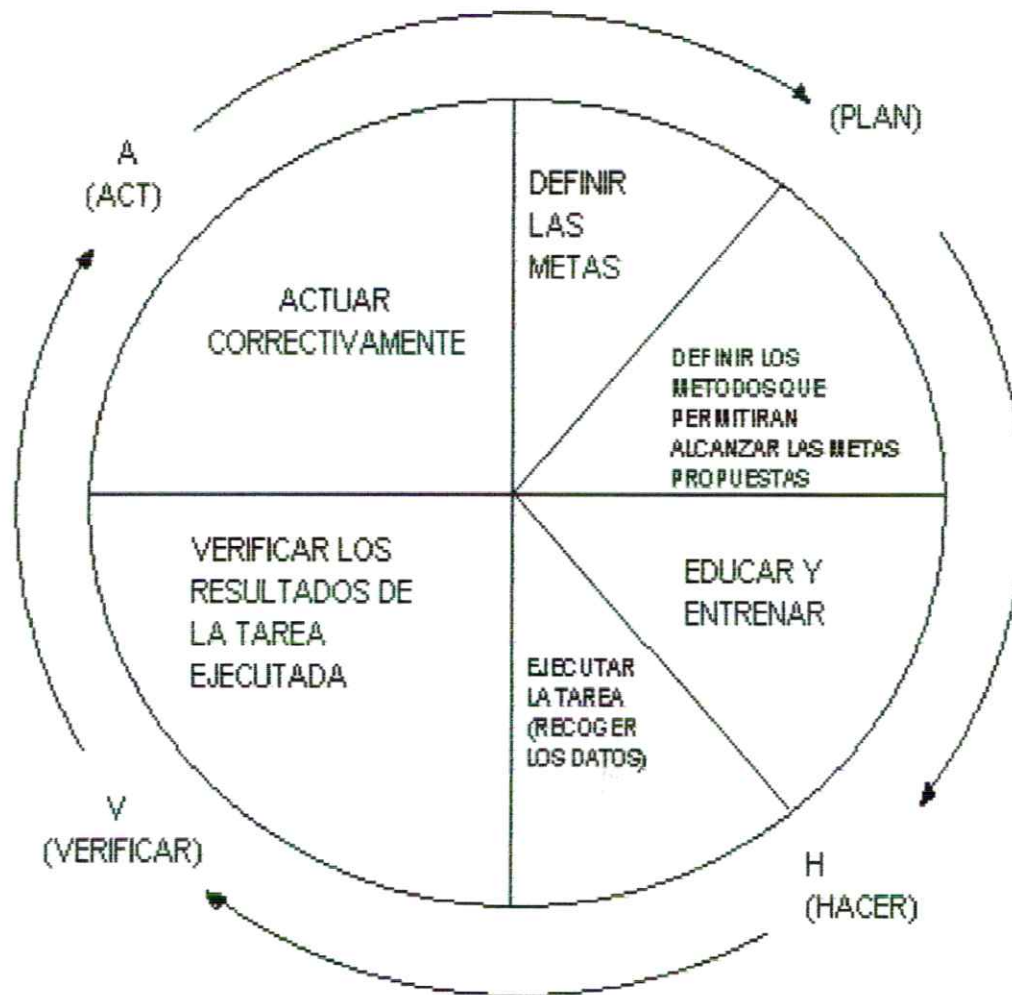


Figura 1. Ciclo PHVA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD
MUNICIPIO DE VILLAVIEJA

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

EJERCICIO 1: SELECCIÓN DE SERVICIOS Y/O PROCESOS PRIORITARIOS

Utilizando la matriz para la Selección de Prioridades, que se presenta , el grupo establecerá en los encabezados de las columnas los servicios y calificará cada uno de ellos de acuerdo con los criterios sugeridos y/o con otros que pueden ser determinados por los integrantes del grupo.

CRITERIOS DE VALORACIÓN (1 a 5)	SERVICIOS OFRECIDOS				
Riesgo para la salud publica					
Riesgo para la institución					
Volumen o frecuencia					
Costos de las Fallas o Errores					
Posibilidades de Mejora					
Otro:					
TOTALES					

Seleccione como prioritario (s) el (los) servicio (s) que haya (n) obtenido el mayor puntaje.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD
MUNICIPIO DE VILLAVIEJA

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

TABLA N° 2. EJERCICIO 1

Una vez que se ha seleccionado el servicio o los servicios prioritarios la matriz debe utilizarse nuevamente, pero en lugar de los servicios ofrecidos se registrarán los diagnósticos o procedimientos principales que se llevan a cabo en el servicio o servicios seleccionados como prioritarios.

CRITERIOS DE VALORACIÓN (1 a 5)	DIAGNÓSTICOS Y/O PROCEDIMIENTOS PRINCIPALES				
Riesgo para la salud pública					
Riesgo para la institución					
Volumen o frecuencia					
Costos de las Fallas o Errores					
Posibilidades de Mejora					
Otro:					
TOTALES					

Seleccione como prioritarios los diagnósticos o los procedimientos que hayan obtenido los mayores puntajes.

Al finalizar el ejercicio 1, el grupo debe haber identificado al menos uno o dos servicios prioritarios y por lo menos dos o tres procesos o diagnósticos prioritarios propios de los servicios identificados.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD
MUNICIPIO DE VILLAVIEJA

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

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

	CÓDIGO DEL INDICADOR
	NOMBRE DEL INDICADOR
	APROBADO POR:
	FECHA:

OBJETIVO DEL INDICADOR	
RESPONSABLE	
ATRIBUTO	
FORMULA DEL INDICADOR	
META DEL INDICADOR	
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR:
	DENOMINADOR:
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	
CATEGORÍAS DE DISCRIMINACIÓN	

427

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD
MUNICIPIO DE VILLAVIEJA

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

TABLA N° 3 EJERCICIO 2: DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN

Con base en los resultados del ejercicio 1, el grupo debe seleccionar un diagnostico o un procedimiento prioritario, sobre el cual desarrollara la presente guía.

Diagnostico o del Procedimiento Prioritario Seleccionado: _____

1. LISTA DE CONTROL:

PREGUNTAS	RESPUESTAS			ACCIONES QUE SE DEBEN EMPRENDER
	SI	NO	N/A	
¿Se cuenta con un procedimiento estandarizado que describa los componentes administrativos del proceso de atención?				
¿El procedimiento administrativo ha sido revisado y actualizado durante los últimos dos años?				
¿El procedimiento garantiza un <u>acceso</u> fácil y una atención <u>oportuna</u> a los usuarios?				
¿ Se cuenta con una guía de atención que describa claramente el manejo asistencial del paciente?				
¿La guía de atención ha sido revisada y actualizada durante los últimos dos años?				
¿Los contenidos de la guía promueven el manejo <u>seguro</u> del paciente?				
¿ Los contenidos de la guía son aplicables en la institución?				
¿ Los contenidos de la guía promueven una atención <u>continua</u> y coordinada entre las áreas e instituciones en beneficio del paciente?				
¿La institución evalúa periódicamente muestras de historia clínicas para determinar si la guía esta siendo aplicada en forma pertinente?				

128

29

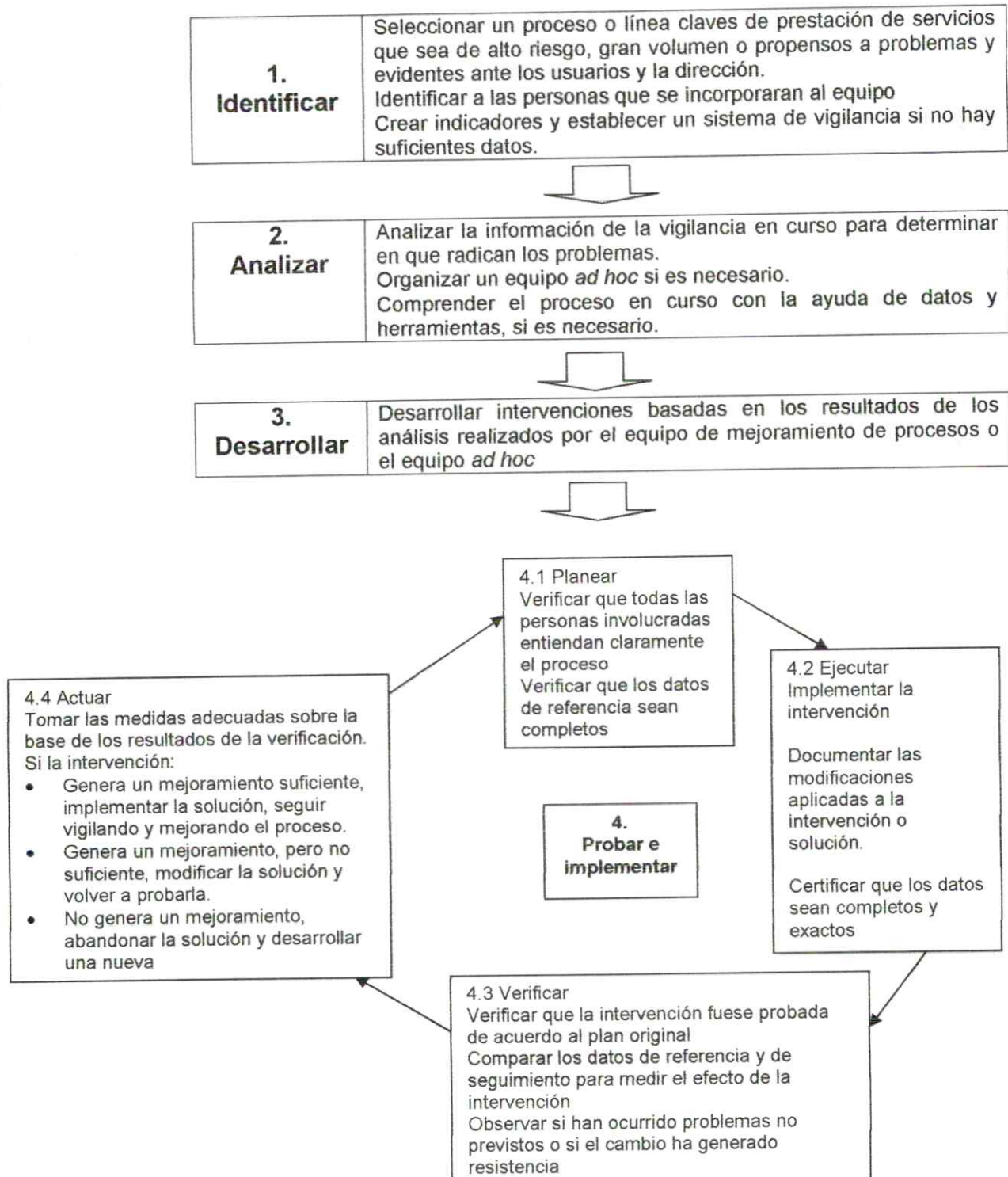
29

29

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD
MUNICIPIO DE VILLAVIEJA

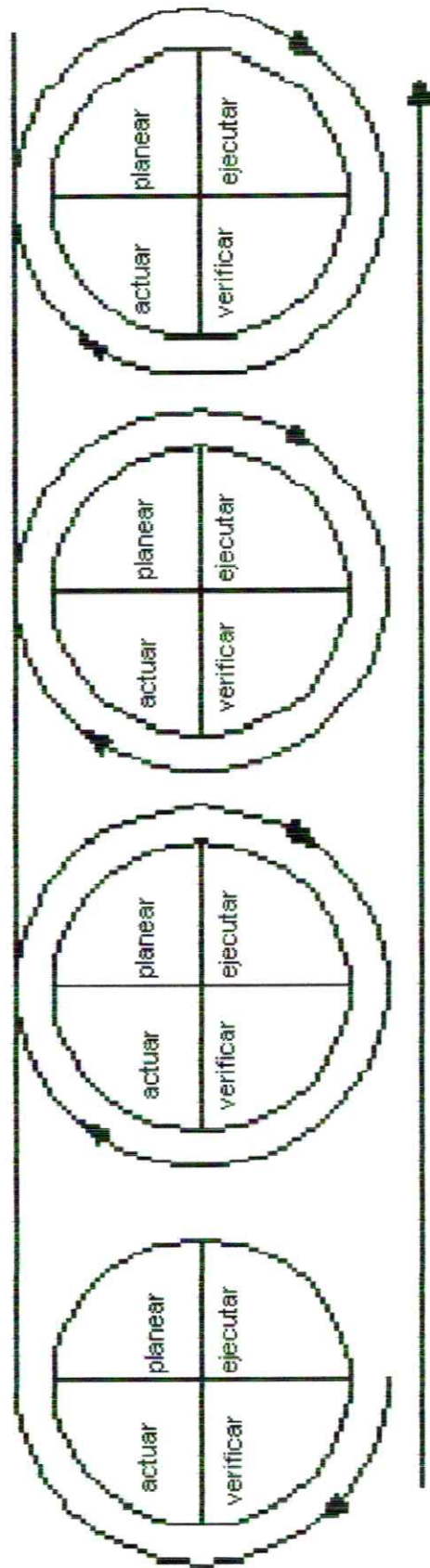
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN SALUD

FIGURA 2. RESUMEN DEL ENFOQUE DE MEJORAMIENTO DE PROCESOS



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

FIGURA 3. MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SALUD
MUNICIPIO DE VILLAVIEJA

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

FORMATO 2.

NOMBRE DEL PROCESO			
META A LOGRAR			
INDICADOR DE SEGUIMIENTO			
ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERIODO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LAS METAS

Anexe una grafica de seguimiento para cada uno de los indicadores definidos para cada objeto

132

453

CIUDAD

No.	INDICADOR	VALOR OBSERVADO	VALOR ESPERADO	ACCIONES DE MEJORA
I.	a. Guías de atención			
	b. Casos centinela			
	c. Reacción medicament.			
	d. Actas de comités			
	e. Porcentaje referencia			
	f. Historias clínicas			
	g. mortalidad			
	h. Complicaciones falla de atención resol. 412			
II	a. nivel de satisfacción			
	b. Quejas y reclamos			
	c. Información al usuario.			
	d. Oportunidad			
	e. Incidentes			

CINCO PRIMERAS CAUSAS POR SERVICIO

[illegible]

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

	CÓDIGO DEL INDICADOR
	NOMBRE DEL INDICADOR: Mortalidad hospitalaria
	APROBADO POR: Gerencia
	FECHA: Octubre 22 de 2003

OBJETIVO DEL INDICADOR	Determinar el índice de mortalidad hospitalaria después de 24 horas de Internación
RESPONSABLE	Médico coordinador
ATRIBUTO	Mortalidad hospitalaria después de 24 Horas
FORMULA DEL INDICADOR	Número de defunciones con más de 24 horas de atención hospitalaria en el mes sobre el total ingresos en el mes. Los datos se expresan en porcentajes
META DEL INDICADOR	El mejor resultado será el más cercano a 0%
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Registros hospitalarios, certificados de defunción
	DENOMINADOR: Registro de ingresos hospitalarios
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual. Para efectos de presentación y divulgación se manejará a través de consolidados trimestrales
CATEGORÍAS DE DISCRIMINACIÓN	Nivel de complejidad, medicina general,

1532

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

	CÓDIGO DEL INDICADOR
	NOMBRE DEL INDICADOR MORTALIDAD PERINATAL
	APROBADO POR: GERENCIA
	FECHA: OCTUBRE 22 DE 2003

OBJETIVO DEL INDICADOR	Determinar el índice de mortalidad perinatal y compararlo con el esperado
RESPONSABLE	Médico coordinador
ATRIBUTO	Mortalidad de recién nacidos dentro de las 48 horas siguientes al nacimiento
FORMULA DEL INDICADOR	Número de defunciones de recién nacidos vivos que murieron dentro de la institución en las 48 horas siguientes al parto, sobre el total de recién nacidos vivos en la institución. El valor se debe expresar en porcentajes
META DEL INDICADOR	El mejor resultado será el más cercano a 0%
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Registros hospitalarios, certificados de defunción
	DENOMINADOR: Registro de ingresos hospitalarios
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Debe ser producido mensualmente- Para efectos de divulgación y presentación se consolidará trimestralmente.
CATEGORÍAS DE DISCRIMINACIÓN	Para el primer nivel de atención, atendido por médico general, control prenatal, patología concomitante con el embarazo, edad gestacional del recién nacido, peso al nacer, patología congénita.

M35

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

	CÓDIGO DEL INDICADOR
	NOMBRE DEL INDICADOR MORTALIDAD MATERNA
	APROBADO POR: GERENCIA
	FECHA: OCTUBRE 22 DE 2003

OBJETIVO DEL INDICADOR	Determinar el índice de mortalidad materna y compararlo con el esperado.
RESPONSABLE	Coordinador médico
ATRIBUTO	Mortalidad materna dentro de las 48 horas siguientes a su ingreso, de mujeres que como consecuencia de su embarazo y durante su estancia, realizaron proceso de parto en forma espontánea o inducidas. Incluye los abortos espontáneos o inducidos y a aquellas mujeres embarazadas admitidas para atención de patologías concomitantes o complicaciones, que dentro del proceso no cursa el parto.
FORMULA DEL INDICADOR	Número de defunciones maternas en las 48 horas siguientes al ingreso a la institución, en el mes sobre el total de maternas atendidas en la institución. Se expresa en porcentajes
META DEL INDICADOR	El mejor resultado será el más cercano al 0%
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR: Registros hospitalarios, certificados de defunción
	DENOMINADOR: Registro de ingresos hospitalarios
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual, pero para efectos de presentación y divulgación se consolidará trimestralmente.
CATEGORÍAS DE DISCRIMINACIÓN	Nivel de complejidad, medico general, control prenatal, patología concomitante o complicación del embarazo, patologías no relacionadas con el embarazo.

1136

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

	CÓDIGO DEL INDICADOR
	NOMBRE DEL INDICADOR
	APROBADO POR:
	FECHA:

OBJETIVO DEL INDICADOR	
RESPONSABLE	
ATRIBUTO	
FORMULA DEL INDICADOR	
META DEL INDICADOR	
FUENTE DE LOS DATOS	NUMERADOR:
	DENOMINADOR:
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	
CATEGORÍAS DE DISCRIMINACIÓN	

1537