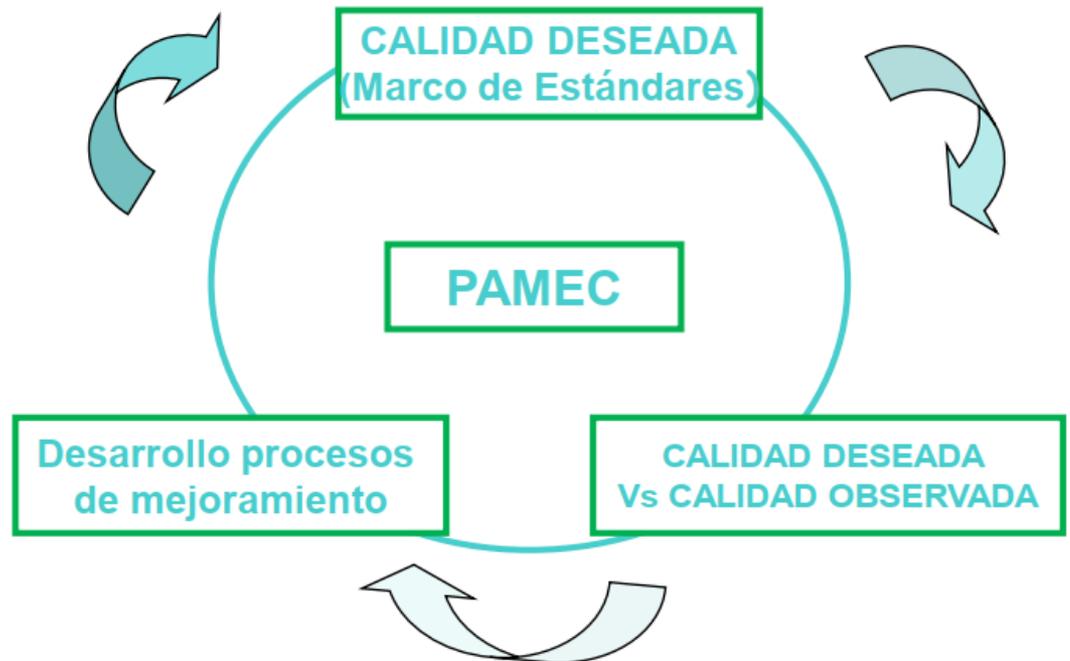


# PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC –

**Direcciones Locales de Salud  
Municipios descentralizados certificados**

# ¿QUÉ ES EL PAMEC?



Decreto 780 del 2016  
Artículo 2.5.1.1 Definiciones

# EL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD IMPLICA:

1

Realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios

2

La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, definida previamente mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas

3

Adopción de las medidas tendientes a disminuir las fallas identificadas

# CARACTERÍSTICAS QUE DEBE MONITOREAR EL PAMEC:



CONTINUIDAD



OPORTUNIDAD



PERTINENCIA



ACCESIBILIDAD



SEGURIDAD

# NORMATIVIDAD PAMEC DLS

**Ley 715 de 2001,**  
**Artículo 44.** *Competencias de los municipios.* Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción.

**Decreto 780 de 2016 Artículo 2.5.1.4.4,** (Artículo 35 Decreto 1011 de 2006). *Énfasis de la auditoría según tipos de entidad. Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.* Parágrafo.

# CIRCULAR 012 DE 2016

## SNS

### 2.5. Modifíquese el numeral 8.1.1.2.2 del título V. El nuevo texto es el siguiente:

#### **“8.1.1.2.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.**

*Las Entidades Territoriales de Salud del Orden Departamental, Distrital y Municipal, en el contexto de la normativa vigente, son responsables de realizar las siguientes actividades y gestiones:*

- a. *Elaboración, implementación y evaluación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) en su condición de compradores de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA).*

*Las Entidades Territoriales de Salud en su condición de compradores de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA) en lo no cubierto con subsidios a la demanda, deberán implementar, incorporar y desarrollar estrategias o acciones a través del PAMEC, con miras a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud de la Población Pobre No Asegurada (PPNA) a través de su red de prestadores, para lo cual deberán elaborar su documento PAMEC siguiendo las pautas y guías para elaboración establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.*

*Los Municipios certificados una vez elaborado su documento PAMEC como comprador de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA), deberán remitirlo a la Dirección Territorial de Salud del Orden departamental de su jurisdicción para que esta realice el respectivo seguimiento.*

- c. *Realizar inspección y vigilancia a la formulación y cumplimiento de los contenidos del PAMEC de los Municipios certificados de su jurisdicción, en su condición de compradores de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA).*

*Las Entidades Territoriales del Orden Departamental y Distrital, en el ejercicio de sus competencias, deberán realizar inspección y vigilancia a la formulación y cumplimiento de los contenidos del PAMEC de los Municipios certificados de su jurisdicción, en su condición de compradores de servicios de salud para la Población Pobre No Asegurada (PPNA), según las pautas de la normativa vigente.*

*Las Entidades Territoriales de Salud del Orden Departamental y Distrital, deberán enviar anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud, un informe con los resultados de seguimiento a la formulación y resultados de ejecución de los PAMEC de los municipios certificados de su jurisdicción según lo dispuesto en el Anexo Técnico – Archivo Tipo No. ST003.”*



# PROCESOS A TENER EN CUENTA



# EL PAMEC DEBE:

**Aplicarse como herramienta fundamental de mejoramiento.**

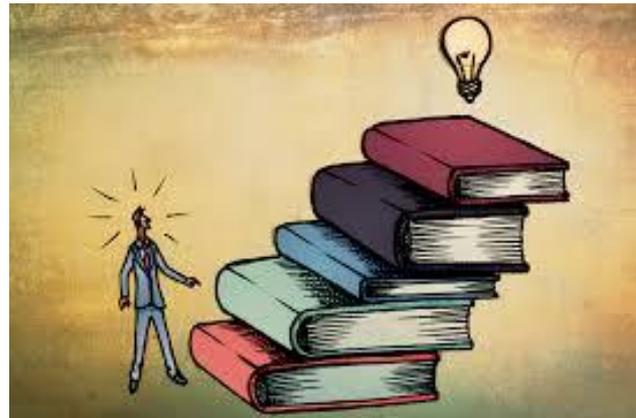
**Tener acciones concordantes con los procesos a mejorar por ser compradores de servicios de salud**

**Proporcionar información para comparar, analizar los resultados y tomar decisiones.**

**Estar alineado con la filosofía de atención centrada en el usuario y Humanización de los servicios de salud**

# Actividades previas...

- Documentar la metodología para la realización de la ruta crítica (Documento PAMEC).



# 7 Pasos Claves para el Desarrollo del PAMEC



# ¿QUE DEBE CONTENER EL DOCUMENTO PAMEC?

INTRODUCCION

MARCO NORMATIVO

METODOLOGÍA

ANEXOS

# Ruta Crítica para la implementación del PAMEC con enfoque en Seguridad del Paciente



# RUTA CRÍTICA DEL PAMEC





# AUTOEVALUACIÓN

1. Consiste en establecer un diagnóstico para identificar lo que se puede mejorar, identificando los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización.
2. Se realiza frente a los procesos definidos por la norma vigente (Red prestación de Servicios – Atención al Usuario), evaluándolos desde las dimensiones del enfoque, implementación y resultado.
3. La evaluación se sugiere realizarla de forma Cualitativa, se revisan los procesos, identificando las acciones que tienen definidas, se evalúa la planeación, el despliegue la medición y la mejora.
4. Realizar revisión de la redacción de las fortalezas y las oportunidades de Mejora, sin olvidar las fallas de Calidad y los problemas en el proceso de atención.

# PROCESOS A AUTOEVALUAR

## RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:

❑ **Suficiencia de la red:** Demora en ubicación de pacientes en los servicios, entrega de medicamentos, logro de una cita para apoyo diagnóstico. Mecanismos de seguimiento para analizar los cambios de la demanda.

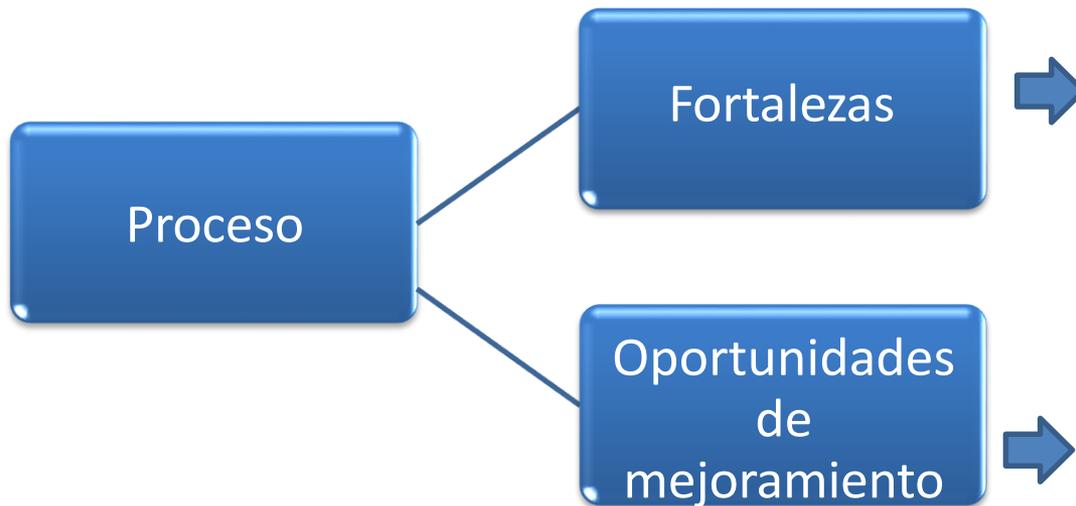
❑ **Sistema de referencia y contrarreferencia:** Cantidad de usuarios y oportunidad de ubicación en urgencias y consulta externa a niveles superiores de complejidad, efectividad de las contrarreferencias en el departamento. Hay que cuestionar, en que está fallando posiblemente el primer nivel y si se están implementando oportunamente los programas de prevención y promoción.

## ATENCIÓN AL USUARIO:

❑ **Proceso de atención al usuario: satisfacción, quejas y reclamos.** Diseñar una herramienta que ayude a identificar, fuentes de riesgo para la población más vulnerable; se puede medir, por ejemplo, enfermedad individual o por epidemia, grupos etáreos (vejez, prematuridad, nacimientos múltiples), para ver sus efectos en el sistema. Una vez se tengan identificados los factores de riesgo para la población, evaluar la gravedad, generando indicadores que sirvan para medir la frecuencia en el contexto municipal y con estos resultados, el secretario priorice las intervenciones a mejorar que lleven a disminuir los eventos que están afectando la calidad de vida de la población vinculada, con un impacto final que tienda a mejorar el nivel de vida de toda la población vulnerable.



# Autoevaluación Cualitativa



Son los mecanismos, políticas, procedimientos, procesos, implementados por la organización donde **ha conseguido resultados** y que se **constituyen en factores potenciales de éxito** ante el entorno.

Deberán ser implementados para **bloquear los vacíos encontrados** relacionados con el **enfoque, la implementación o los resultados** esperados del proceso.

# ¿Cuáles son las características que deben tener las fortalezas?

**Para que una organización cuente con una fortaleza implica:**

**Tener un enfoque, una implementación y unos resultados**

**Ser un factor consolidado en la organización**

**Tener desarrollado mejoras ante los resultados obtenidos. Cierres periódicos y sistemáticos de evaluación y mejoramiento**

# ¿Cómo redactar una fortaleza?

## La redacción debe ser:

Clara

Concisa

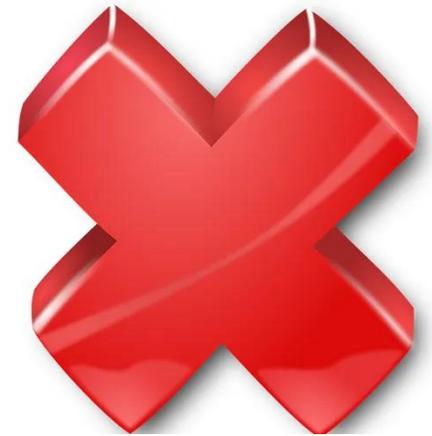
No se deben emplear calificativos como bueno, malo, insuficiente

No utilizar siglas o abreviaturas

Debe describir las razones por lo que se considera una fortaleza desde el punto de vista del ENFOQUE, IMPLEMENTACIÓN y RESULTADOS

# Descripción incorrecta de una fortaleza:

- ✓ Se cuenta con un proceso de inducción.
- ✓ Se tiene definida la planta de cargos.
- ✓ Se cuenta con un formato de consentimiento informado.



# Descripción correcta de una fortaleza:

Se cuenta con una política de seguridad del paciente la cual ha sido emanada por la gerencia y validada por el equipo asistencial, se ha implementado de manera sistemática en todas las áreas con logros importantes, muestra de ello es la reducción de las infecciones asociadas al cuidado en los últimos 6 meses.



# ¿Cómo identificar que existe una oportunidad de mejora?

## Existen oportunidades de mejora cuando:

**Se evidencia una debilidad en las directrices o procesos de la organización**

**No se ha desplegado e implementado el enfoque a sus clientes tanto internos como externos**

**No se evidencia seguimiento o monitoreo del enfoque y de implementación**

# ¿Cómo redactar las oportunidades de mejora?

Inician con verbo en **infinitivo**.

Se redactan con un **lenguaje propositivo**, por lo tanto hay que definir las en positivo.

Deben describir las **estrategias que debe implementar** la institución para cerrar las brechas frente al enfoque, la implementación y/o los resultados.

No deben emplearse expresiones que representen carencias (falta, no existen, no cuenta con, etc.).

# Descripción incorrecta de una oportunidad de mejoramiento:

- ✓ No tienen indicadores ni tendencias.
- ✓ No existen procesos relacionados con el punto a tratar.
- ✓ No cuentan con lineamientos definidos para la elaboración del consentimiento informado

*Emplean expresiones de  
carencia.  
Vagas.  
No definen las estrategias que  
deberá implementar para el  
cierre de la brechas.*



# Analicemos la siguiente oportunidad de mejoramiento:

Demostrar la voluntad para ejecutar las recomendaciones para la prevención y control de las infecciones, incluidas las medidas de precaución por transmisión en salas de espera, en la sede ambulatoria.



No quedan claras las estrategias que deberá implementar para el cierre de la brechas.

# Analicemos la siguiente oportunidad de mejoramiento:

Actualizar el manual del usuario para el paciente hospitalizado que incluya la información sobre horarios y restricciones de visitas, ubicación en la habitación y en el entorno, así como los lineamientos para la seguridad de sus pertenencias.



**Clara, concisa.**

Inician con **verbo en infinitivo**.

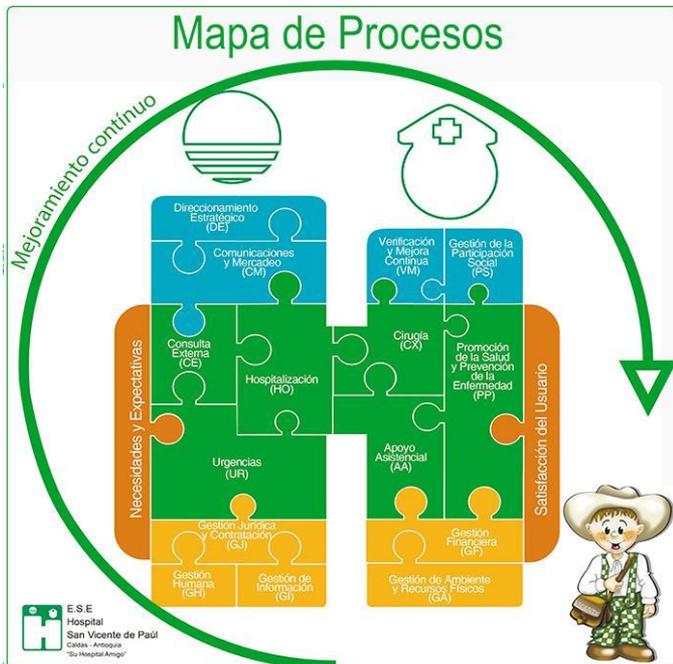
Se redactan con un **lenguaje propositivo**, no emplea expresiones de carencia.

**Describe la estrategia** que debe **implementar** para cerrar las brechas frente al enfoque.



# SELECCIÓN DE PROCESOS

Listado de los procesos con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del PAMEC. En esta etapa se realiza la correlación de los procesos seleccionados con el mapa de procesos.



PROCEDIMIENTOS	P-PLANEACION	I-GESTIÓN FINANCIERA	I-SERVICIO A LA CIUDADANA	I-RECURSOS HUMANOS Y AMBIENTE FÍSICO	P-PROMOCIÓN DE LA AFILIACIÓN	P-GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	P-ASESORIA, ASISTENCIA TÉCNICA Y CAPACITACIÓN	P-VERIFICACIÓN DEL PAMEC EN LAS IPS
<b>FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA</b>								
27. La institución cuenta con un proceso de evaluación del desempeño de prestadores de servicios de salud y en el caso de los departamentos, de los municipios de su jurisdicción y otras instituciones que aporten en la responsabilidad de la atención en salud de la población de su jurisdicción.								X
28. La institución cuenta con un proceso de asistencia técnica y procesos que faciliten el mejoramiento de EPS, prestadores y en el caso de los departamentos a los municipios de su jurisdicción y otras instituciones que aporten en la responsabilidad de la atención en salud de la población de su jurisdicción.							X	
29. La institución cuenta con un proceso para planear, organizar, desarrollar y evaluar la oferta de instituciones públicas de prestación de servicios de salud en su jurisdicción. Este proceso incluye entre otros: • La organización de los hospitales públicos en una red de servicios coordinada y complementaria • Las acciones para brindar asistencia técnica y desarrollar mecanismos para el mejoramiento de las instituciones • Las acciones para vigilar y controlar el funcionamiento de las instituciones públicas en su jurisdicción • La evaluación individual y como red de las instituciones						X		
<b>RENDICIÓN DE CUENTAS</b>								
La entidad tiene definidos procesos para dar a conocer a la sociedad los resultados de la gestión del sistema de salud, especialmente en lo relacionado con cumplimiento de metas, ejecución de planes estratégicos y operativos, estados financieros y ejecución presupuestal, proyectos de inversión, desarrollo de planes, programas y proyectos y contratación. • Cuenta con actividades para sensibilizar a los funcionarios frente a la rendición de cuentas • Cuenta con actividades para favorecer el acceso a la información por parte de la población. • Cuenta con actividades para propiciar espacios de interacción entre la institución y la comunidad.	X							



## PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

Consiste en **identificar los puntos críticos a intervenir**, en los cuales la organización va **concentrar sus esfuerzos para el mejoramiento**.

Para realizar la priorización existen diferentes metodologías sin embargo la más aceptada es la **matriz de priorización** (Riesgo – Costo – Volumen).



# Matríz riesgo, costo, volumen

**RIESGO:** riesgo que tienen el usuario y la institución cuando falla el estándar.

**COSTO:** valor que la organización debe pagar por situaciones como demandas, costos de no calidad, imagen, por fallas en la ejecución del estándar

**VOLÚMEN:** número de veces que se ejecuta el procedimiento descrito en el estándar.

RIESGO	CRITERIO	VOLUMEN	CRITERIO	COSTO	CRITERIO
Si falla la aplicación del estándar no representa ningún riesgo para los usuarios, trabajadores o la institución.	1	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan sólo algunas veces al año.	1	Si falla el procedimiento es poco costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	1
Si falla la aplicación del estándar representa un riesgo mínimo para los usuarios, trabajadores o la institución.	3	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan varias veces al mes.	3	Si falla el procedimiento trae costos importantes para la institución (imagen, no calidad, demandas).	3
Si falla la aplicación del estándar representa un alto para los usuarios, trabajadores o la institución.	5	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan muchas veces al día.	5	Si falla el procedimiento es muy costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	5

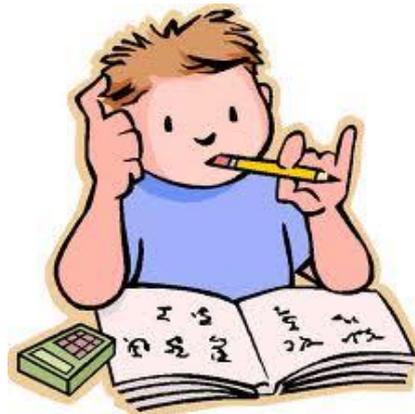
# ACTIVIDAD DIDÁCTICA

## 1. PAUSAS ACTIVAS:

<https://www.youtube.com/watch?v=f6-9l3VYzRw>

## 2. EJERCICIO IMPLEMENTACIÓN

[Autoevaluación – Selección de Procesos – Priorización](#)





## DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

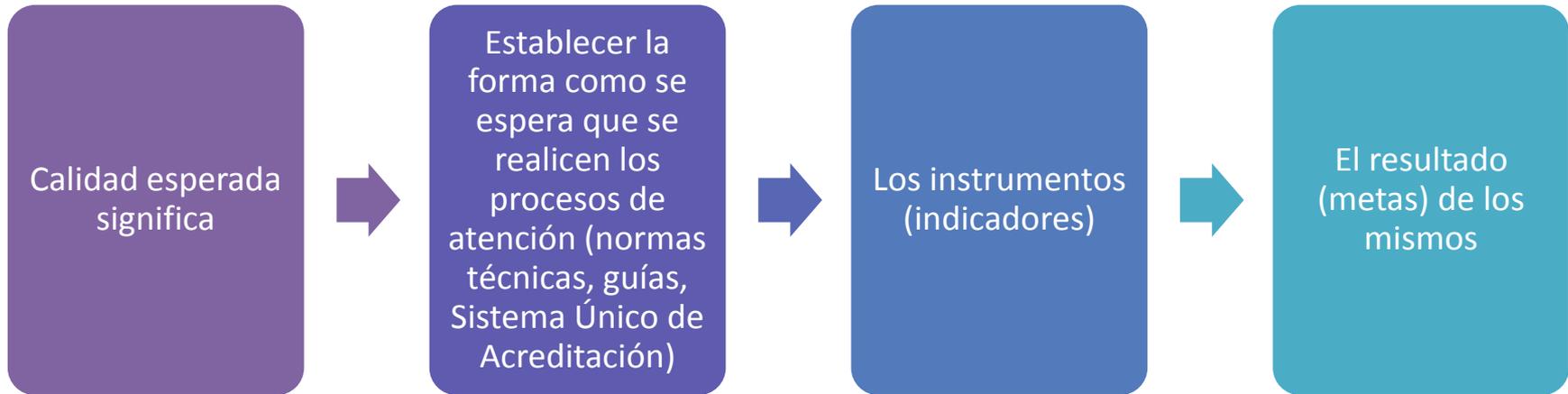
Corresponde a los criterios y estándares de **calidad** a través de los cuales se medirá el desempeño de los procesos prioritarios o críticos.

Para cada uno de los procesos priorizados, se determina la meta a alcanzar. Se puede tomar de referentes reconocidos o de estándares propios.



# 1. PLANEAR EL NIVEL DE CALIDAD ESPERADA

- Planificar la calidad esperada significa el establecimiento de los estándares a través de los cuales se definirá el desempeño de los procesos críticos organizacionales prioritarios para garantizar al usuario la prestación de los servicios con las condiciones óptimas de calidad.
- Para ello es necesario establecer las **metas de los procesos seleccionados** sobre la base de las **necesidades** de los pacientes **identificadas** en cada una de las dimensiones de la calidad. Es preciso definir la salida del proceso, identificar el cliente del proceso, sus necesidades frente a las salidas o productos que recibe y a partir de ahí establecer los niveles de calidad que deben cumplir los procesos para lograr los resultados esperados.



Se tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados

# Sugerencias que facilitarán la planeación de la calidad esperada

Defina en forma explícita y clara el producto (salida) que resulta del proceso por analizar.

Identifique los clientes externos e internos que se benefician del producto definido.

Identifique las necesidades y expectativas de los clientes frente al resultado o producto.

Defina los indicadores que permitirán evaluar los procesos y las metas esperadas de los mismos.

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

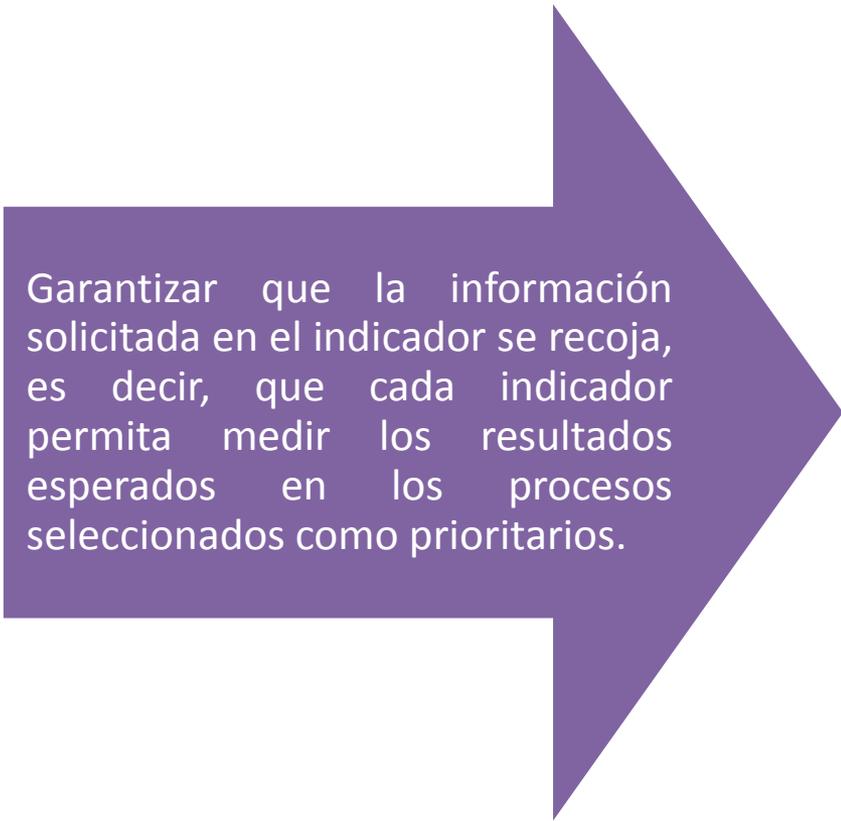


## 2. DEFINIR LOS INDICADORES DE LOS PROCESOS OBJETO DE MEJORA

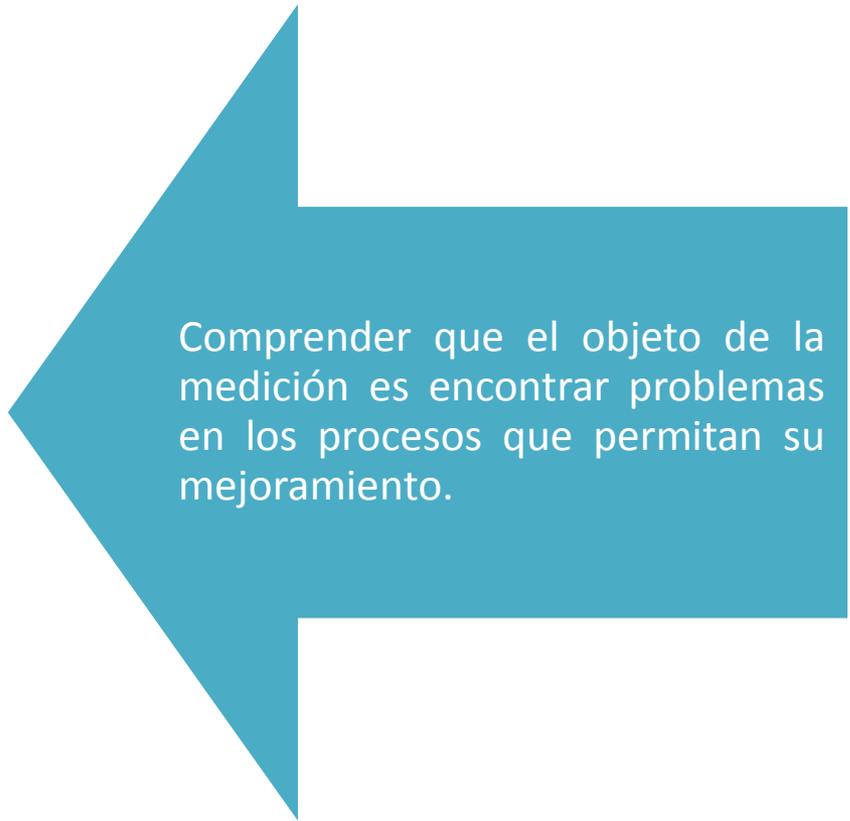
- Definir los indicadores de los procesos significa planear la calidad en forma cuantitativa. Los indicadores se convierten en una herramienta esencial para la ejecución de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, para poder monitorear y hacer seguimiento a los resultados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



# Importancia de la construcción de los indicadores



Garantizar que la información solicitada en el indicador se recoja, es decir, que cada indicador permita medir los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios.



Comprender que el objeto de la medición es encontrar problemas en los procesos que permitan su mejoramiento.

# INDICADORES= Calidad Esperada

- La construcción de los indicadores sirve para evaluar el cumplimiento de los resultados esperados por los usuarios, los esperados en la atención en salud, el seguimiento a eventos adversos, a efectos no esperados, el logro de las características de calidad en la atención en salud como oportunidad, seguridad, pertinencia, accesibilidad, entre otros.



# Sugerencias para la buena construcción e identificación de los indicadores:

1

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

2

Defina qué característica del proceso se desea medir, por ejemplo, la oportunidad, el acceso, la seguridad, la calidad técnico-científica, el costo.

3

Estandarizar la forma de construirlo y analizarlo, es decir, defina la ficha técnica.

4

Defina en forma explícita un plan para hacer el seguimiento y monitoreo de los indicadores.



# MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE PROCESOS

Consiste en **establecer la línea de base** del desempeño institucional, que **permitirá medir el impacto** de las acciones de mejoramiento.

Para realizar la medición se deberán **construir los instrumentos** de medición que permitan generar los indicadores establecidos.

Realizar la validación de los instrumentos y ajuste de ser necesario, previo a la aplicación.

Se recomienda también en esta fase construir el cronograma de medición de los indicadores seleccionados.



# Etapas para la ejecución del procedimiento de auditoría

## Planear el procedimiento de Auditoría

- La planeación es el eje principal del trabajo de auditoría sobre los procesos prioritarios, ya que de su adecuada formulación dependerá el logro de los resultados que satisfagan los objetivos propuestos

## Ejecutar el procedimiento de auditoría

- La realización del procedimiento de auditoria significa definir en forma clara el proceso, el problema por investigar (resultado no logrado), analizar las posibles causas de su presentación y así poder formular planes de mejoramiento.

## Seguimiento y evaluación de la ejecución del plan de auditoría

- Frente al cumplimiento de los objetivos de los procedimientos que conforman el programa de auditoría sobre los procesos prioritarios, de los resultados esperados en la implementación del programa y del mejoramiento de los resultados de los procesos objeto de mejoramiento debe proponerse un mecanismo para hacer el seguimiento al programa,

# Resultado...

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



# ACTIVIDAD DIDÁCTICA

## 1. VIDEO:

<https://www.youtube.com/watch?v=t5uLyvHlad0>

## 2. ACTIVIDAD INDICADORES





# FORMULACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO

Herramienta gerencial que consolida las acciones de **mejoramiento** necesarias para corregir las desviaciones encontradas, siendo un conjunto de procedimientos, acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática.

La calidad del plan de mejoramiento depende de qué tan claras y bien definidas se encuentren las oportunidades de mejora generadas en el PASO  
**1. Autoevaluación.**





# IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO

- El plan de mejoramiento permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas identificados.
- En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.





# EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

Seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento que fueron formuladas, dejando evidencia documental. Incluye el seguimiento desde el autocontrol y de auditoría interna y la semaforización del cumplimiento de los planes de mejoramiento.





# APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Generar aprendizaje organizacional significa **entrenar y capacitar** las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realice **seguimiento permanente** para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada. Lo que se pretende, entonces, es mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo.



# APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Una vez las oportunidades de mejoramiento han sido solucionadas se realiza:

## **Un resumen del mejoramiento**

logrado para evidenciar cuál era el problema, cómo se analizó, cuáles eran las causas del problema, cómo se trató y cuáles fueron los resultados.

**Comunicación de los resultados** a todos los clientes internos involucrados en el proceso.

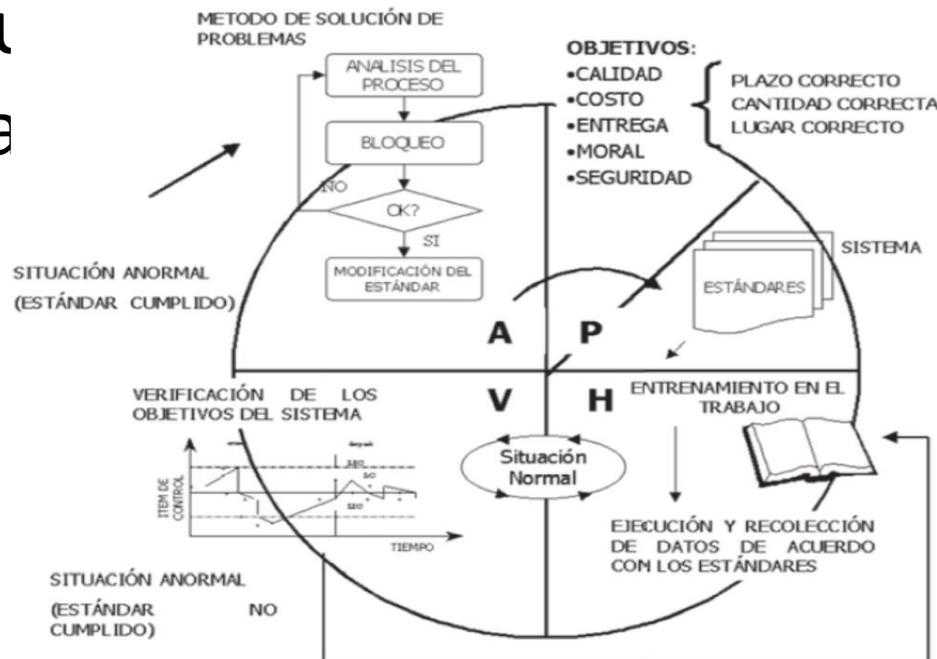
**Ajuste de los procesos mejorados** con las actividades que demostraron cambio con el fin de estandarizarlos.

**Capacitación y reentrenamiento** al personal responsable del proceso mejorado para que se continúe la implementación del proceso con los cambios que ya se probaron.

**Medición continua de los indicadores** del proceso mejorado, con el fin de evaluar si la calidad alcanzada se mantiene o aún sigue mejorando.

# ¿QUÉ SIGNIFICA LA ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS?

- Constituye un mecanismo de formalización y documentación de los procesos que han sido mejorados, es decir, de aquellos que constituyen las organizaciones y sus actividades administrativas.



# OBJETIVOS DE LA ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS

## Mantener la calidad y mejorarla

- Establecer procedimientos estándar de operación.
- Eliminar las dificultades o problemas durante el proceso.
- Prevenir problemas recurrentes.

## Mantener la productividad y mejorarla

- Mejorar el proceso.
- Mejorar la operación automatizada.

## Tener información/divulgar

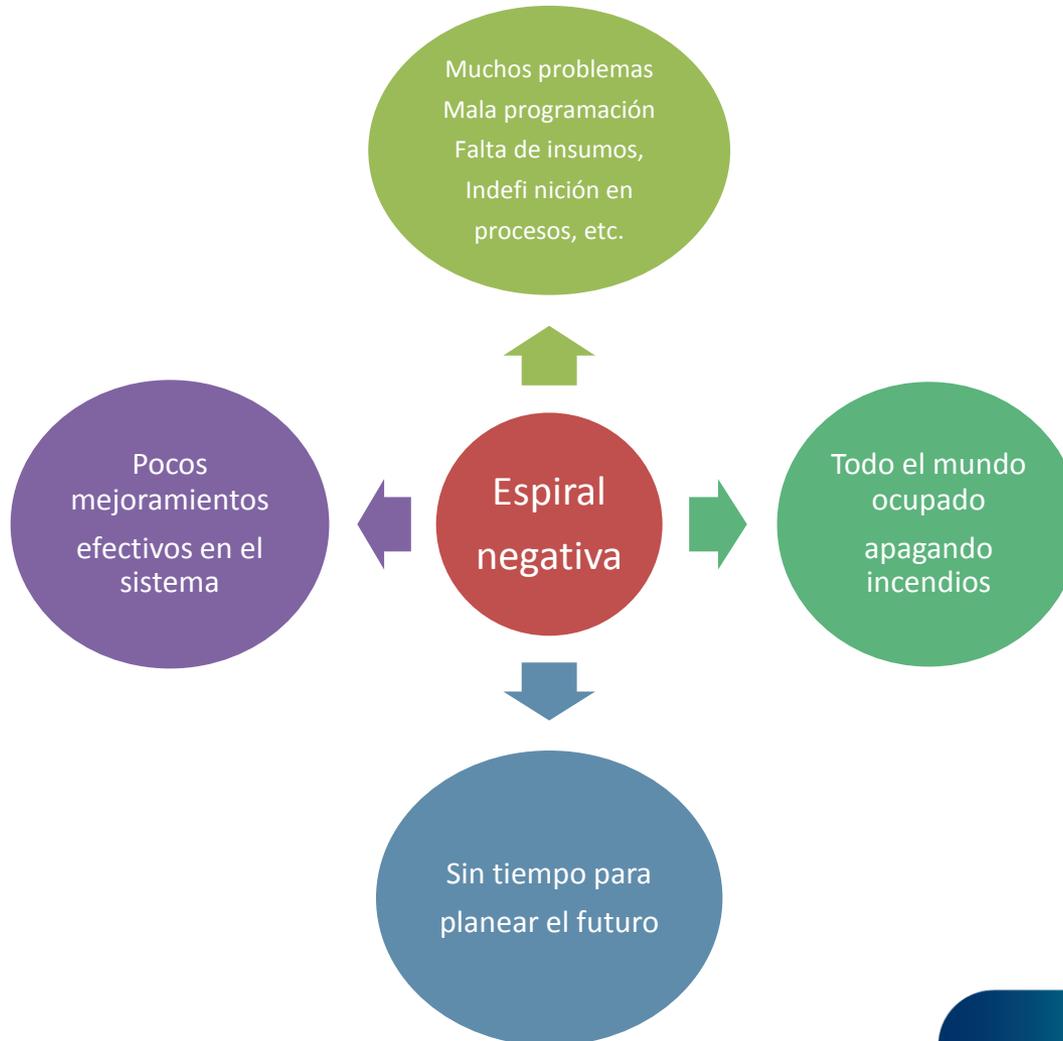
- Educar y entrenar.
- Notificar internamente.

# BENEFICIOS DE LA ESTANDARIZACIÓN



La estandarización, busca las mejores formas de conseguir los resultados. En la medida que se ejecuta un proceso de una misma manera y se hace consciente, se puede mejorar más fácilmente.

# EFFECTOS DE NO ESTANDARIZAR



# PASOS PARA LA ESTANDARIZACIÓN

Debe ser claro el propósito de la estandarización, debe orientarse su implementación hacia la identificación de oportunidades de mejoramiento en los procesos y no a la búsqueda de culpables.

Identificar los procesos prioritarios por estandarizar, aquellos que reflejan resultados de alta variabilidad, o aquellos que tengan un impacto económico mayor para la organización o aquellos en los cuales los clientes se declaren más insatisfechos.

Entrenar a las personas en los métodos y formatos estándares, esto es lo único que garantiza su verdadera aplicación.

Trabajar de acuerdo con los estándares, para lo cual son útiles las verificaciones realizadas por parte de las áreas de auditoría.

# ELABORACIÓN DE PROCESOS ESTANDARIZADOS

Describir paso a paso el proceso, escriba uno a uno los pasos del proceso, liste las tareas que realiza.

Identificar las tareas que agregan valor y las que no.  
(Una tarea agrega valor cuando es indispensable para el cliente).

Diagramar el proceso mediante la utilización de formas convencionales y universales de graficación. Si ya ha definido para su institución algunos símbolos, utilícelos, asegúrese de que todos entiendan su significado.

Formalizar mecanismos para la documentación y para el almacenamiento de los estándares, una mala planeación puede traer como consecuencia la pérdida de confianza en el proceso.

# TRABAJO EN EQUIPO

[https://www.youtube.com/watch?v=pidhWGD-m\\_A](https://www.youtube.com/watch?v=pidhWGD-m_A)



# ACTIVIDAD DIDÁCTICA

1. *ACTIVIDAD APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL*
2. *RESOLUCIÓN DE DUDAS*



# GRACIAS

*“LA CALIDAD CUESTA PERO CUESTA MAS NO TENERLA”*

DEMING

