

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - PAMEC

Línea Gratuita Nacional
018000111446

Vigilado Supersalud



TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. OBJETIVOS	2
2.1. OBJETIVO GENERAL	2
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
3. ALCANCE.....	3
4. GLOSARIO.....	3
5. RESPONSABILIDADES	4
6. DESARROLLO	4
6.1. CONDICIONES GENERALES.....	4
6.2. ÁREAS INVOLUCRADAS	5
6.3. DOCUMENTACIÓN.....	5
6.4. ENFOQUE INSTITUCIONAL DEL PAMEC DE PROTEGER EPS.....	5
6.5. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PAMEC: RUTA CRÍTICA.....	7
6.6. MEDICIÓN PERIÓDICA DE LA CALIDAD OBSERVADA VS LA CALIDAD ESPERADA Y ANÁLISIS DE LAS BRECHAS DE LA CALIDAD.	12
6.7. EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS.....	12
6.8. PLANES DE MEJORAMIENTO.....	13
6.9. AUDITORÍAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	13
7. REFERENCIAS	13

1. INTRODUCCIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece como una exigencia para el funcionamiento de las aseguradoras (Administradoras de Planes de Beneficios), un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud **PAMEC**, que cumpla con los criterios definidos en la normatividad sobre los procesos de Atención a los Usuarios, en especial en lo concerniente a las siguientes características: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad. Por esta razón, hemos diseñado el presente documento que satisface los requisitos de nuestro cliente, el Estado colombiano.

PROTEGER EPS, entidad domiciliada en Barranquilla Distrito Industrial y Portuario, identificada con NIT: 901.543.211-6.

Se encuentra ubicada en la Calle 44 No. 46-16 de Barranquilla, Colombia y está habilitada para operar en los Departamentos de: Atlántico, Bolívar, Boyacá, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena, Meta y Sucre.

Política de calidad: Somos una entidad comprometida con la calidad y el mejoramiento continuo de los procesos, asegurando la continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad de los servicios de salud ofertados, para satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros afiliados y usuarios, prevenir riesgos y controlar el cumplimiento de los requisitos legales y contractuales.

Objetivos de calidad:

1. Satisfacer las necesidades de nuestros afiliados mediante la prestación de servicios accesibles, oportunos, seguros, pertinentes y continuos de la mejor calidad.
2. Atender oportunamente las sugerencias, peticiones, quejas y reclamos de nuestros afiliados, con el fin de que sientan que son escuchados de manera proactiva.
3. Seleccionar la Red de Prestadores de Servicios de Salud para nuestros afiliados, evaluando su idoneidad, capacidad y desempeño de manera coherente y confiable.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, PAMEC de PROTEGER EPS, de acuerdo con los

parámetros y directrices establecidos por el ministerio de salud y protección social.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos de Atención en Salud definidos como prioritarios, para alcanzar y mantener los estándares de calidad establecidos para la prestación de los servicios.
- Definir un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios.
- Evaluar el impacto de las medidas adoptadas dentro del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, como generador de información confiable para la toma de decisiones gerenciales.

3. ALCANCE

Desde: la autoevaluación de los procesos de atención en salud.

Hasta: el cierre del plan de mejoramiento generado para eliminar las brechas de calidad.

4. GLOSARIO

- **Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud:** es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- **Autoevaluación:** es el procedimiento mediante el cual los responsables de los procesos revisan el cumplimiento de los requisitos del cliente dentro de sus procesos, comparando la calidad esperada versus la calidad observada para determinar las brechas de calidad frente al estado ideal del proceso.
- **Brecha de Calidad:** diferencia entre calidad observada y calidad esperada. Siempre sugieren actividades de mejoramiento.
- **Calidad Esperada:** método, norma, procedimiento y estándares de indicadores que definen lo esperado en términos de Calidad. En PROTEGER EPS, la calidad esperada se determina con el estándar requerido para cumplir

con los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Para la comparación entre calidad observada versus calidad esperada, se revisan los resultados de la evaluación contra el estándar requerido por cada proceso.

- **Calidad Observada:** resultado de la medición de los procesos y/o procedimientos generales y prioritarios. Esta medición se realiza a través de Auditorías de Primera Parte.

5. RESPONSABILIDADES

La Oficina de Auditoría Interna y Calidad en conjunto con el equipo de Auditoría de Calidad en Salud Regional es responsable de vigilar la ejecución y seguimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC.

6. DESARROLLO

6.1. CONDICIONES GENERALES

El Ministerio de Salud y Protección Social a través del Documento Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, el Decreto 780 de 2016 determina los criterios del segundo componente del SOGCS, en atención de los artículos 2.5.1.4.4 y 2.5.1.4.5. Los cuales son tenidos en cuenta en la organización para la construcción del PAMEC.

A continuación, se hace referencia de los artículos mencionados:

- **ARTÍCULO 2.5.1.4.4 ÉNFASIS DE LA AUDITORÍA SEGÚN TIPOS DE ENTIDAD** “el Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:
 - **EAPB.** Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.”
- **ARTÍCULO 2.5.1.4.5 PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS EAPB.** “Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la

Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

- **Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud.** La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red; el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia; garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 2.5.1.2.1.
- **Atención al Usuario.** La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

6.2. ÁREAS INVOLUCRADAS

Todas las áreas que tienen que ver directamente con los procesos misionales y que afecten las características de calidad en salud: (accesibilidad, seguridad, oportunidad, continuidad y pertinencia).

6.3. DOCUMENTACIÓN

Los documentos relacionados para realizar la priorización de procesos son los siguientes:

- Organigrama.
- Plataforma Estratégica.
- Mapa de Procesos.
- Manual de descripción de cargos.
- Planes de mejoramiento del proceso.
- Informes de seguimiento de auditoría de calidad en salud regional.
- Cronograma de socialización de procesos priorizados PAMEC.
- GC-FR-05 Formato Ruta Crítica del PAMEC
- Mapa de riesgos EPS.
- Informe de indicadores de calidad.

6.4. ENFOQUE INSTITUCIONAL DEL PAMEC DE PROTEGER EPS

El enfoque Institucional del PAMEC de PROTEGER EPS, determinado por la Alta Dirección es la “**GESTIÓN DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS** y la inclusión de la **PRESTACIÓN EFECTIVA DE SERVICIOS**”.

La Auditoría deberá propender por la prevención y corrección oportuna de posibles deficiencias estructurales y de proceso de la empresa, buscando el

seguimiento y mejoramiento continuo de los procesos definidos como prioritarios.

Para PROTEGER EPS es de importancia la aplicabilidad del enfoque del PAMEC en los procesos misionales y aquellas áreas relacionadas como entrada o salida en la ejecución de los diferentes procedimientos.

6.4.1. NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA

- **Autocontrol**

En este nivel hace referencia al conjunto de tareas de planeación, ejecución, verificación y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la empresa sobre los procedimientos a su cargo.

PROTEGER EPS cuenta con un sistema de Autocontrol dentro del proceso de seguimiento, control y evaluación de la gestión en el que se describen los lineamientos generales.

- **Auditoría Interna**

Es el conjunto de procesos de evaluación sistemática de la calidad de la atención en salud, realizados por la misma empresa, desde un área externa al proceso que se audita. El propósito de la Auditoría Interna es contribuir a que la empresa adquiera la cultura del autocontrol.

PROTEGER EPS ha iniciado el desarrollo del Plan Anual de Auditorías Internas. Para ello capacita al equipo de auditores internos de calidad, quien, de acuerdo con el procedimiento de auditoría interna, desarrollan este nivel de operación, cuyo objetivo es medir la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en las diferentes áreas y construir planes de mejora.

El área responsable es la Oficina de Auditoría Interna y Calidad.

- **Auditoría Externa**

Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la empresa. Para los efectos de este plan será realizada por la Superintendencia Nacional de Salud o por las Secretarías delegadas en cada Ente Territorial o por los operadores logísticos contratados por los Entes de Control.

6.4.2. ACCIONES

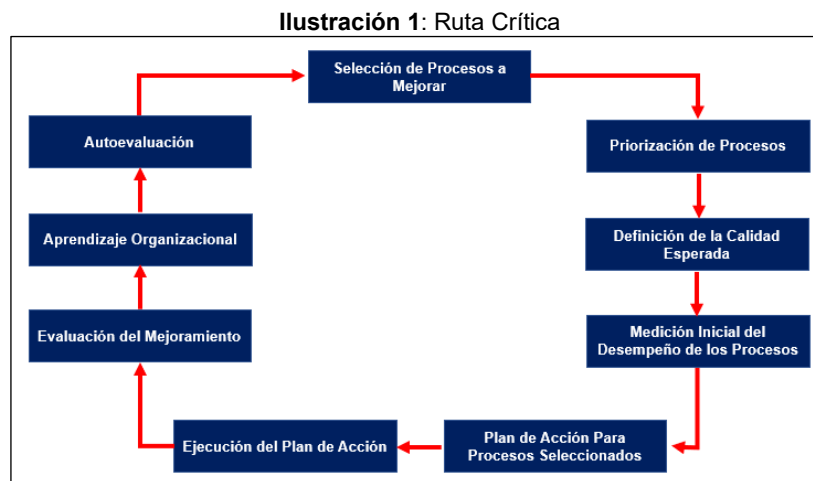
Por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, se han definido tres tipos de acciones:

- Acciones Preventivas
- Acciones de Seguimiento
- Acciones Coyunturales

PROTEGER EPS las ha adoptado en su Sistema de Gestión de Calidad a través de las acciones correctivas y/o de mejora.

6.5. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PAMEC: RUTA CRÍTICA

Para el Diseño del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de PROTEGER EPS seguirá el esquema de Ruta Crítica recomendada por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del Documento Pautas de Auditoría, dejando registro en el **GC-FR-05 Formato Ruta Crítica del PAMEC**.



Fuente 1: Ministerio de Salud y Protección Social

La ruta crítica es un Ciclo de Calidad que cumple las mismas acciones con un buen grado de especificidad.

Ilustración 2: Ciclo PHVA


El equipo que se encarga del diseño, implementación y seguimiento del PAMEC de la compañía es el Jefe de Oficina de Auditoría Interna y Calidad, Especialista Nacional de Auditoría Interna y Auditor Regional de Calidad en Salud.

6.5.1. DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA

• Autoevaluación

Para la realización de la Autoevaluación se evalúan aspectos relacionados con la calidad de la atención, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Habilitación, Procesos y actividades críticas, entre otros aspectos relacionados con SOGC e inmersos en el mapa de riesgo. Se intercambian opiniones y experiencias, así mismo se aclaran algunas dudas con respecto al tema y se llevan propuestas definitivas a la Alta Dirección para que se tomen las decisiones de Mejora.

- Se listaron los procesos con Riesgos Identificados en el mapa de riesgos de los procesos misionales.
- Se revisó, de acuerdo con el enfoque institucional del PAMEC, la Gestión de Riesgos Identificados y el resultado alcanzado.
- Se realizaron Auditorías Internas y se revisó su resultado.
- Se revisaron los resultados de los indicadores esperados por proceso y los Normativos relacionados.
- Se revisaron los resultados de la escucha de la Voz del cliente.
- Se revisaron el análisis de la red de prestadores en salud, informes de autorizaciones, hospitalización (censo hospitalario), entrega de medicamentos e indicadores de oportunidad en citas de consulta externa.

• Selección de los Procesos para Mejorar

La priorización de procesos permite a PROTEGER EPS focalizarse en los procesos críticos para lograr las mejoras más inmediatas, priorizados así:

- Cuáles son los riesgos identificados en su Matriz de Riesgos, registro que se exporta del Módulo Mapa de Riesgos en el Portal Génesis.
- Qué factores identificó en las correcciones inmediatas.

RESULTADOS

Para revisión y seguimiento, en la vía de la mejora continua:

Se toman de los riesgos de los procesos de cara al cliente que durante la autoevaluación presentaron brechas y se registra en la hoja de Autoevaluación del **GC-FR-05 Formato Ruta Crítica del PAMEC**.

Identificación					Objetivo Estratégico relacionado	Controles	Indicador	Unidad de medición	Calidad esperada	Calidad observada	BRECHA
No	Proceso donde se puede materializar el Riesgo	Causas	RIESGO	Tipo de Riesgo	Consecuencias						

Tabla 1: autoevaluación.

• Priorización de procesos

Una vez identificados los problemas o procesos por mejorar según los resultados de autoevaluación se realiza calificación de impacto de cada uno; cada miembro del equipo realiza la calificación individualmente, luego se multiplican los valores en forma horizontal y se calculan los promedios. Finalmente se ordenan de mayor a menor.

Además, se revisaron los documentos de la Plataforma Estratégica, mapa de procesos, Estándares descritos en el SOGC, indicadores de la Resolución 497 de 2021 y sus modificaciones, actualizaciones y adendas.

Una vez definido este tema cada miembro del equipo realizó una lluvia de ideas para detectar problemas de calidad, luego se realizó consolidado para revisarlo y definir prioridades.

Para el efecto hemos utilizado la **GC-FR-05 Formato Ruta Crítica del PAMEC** en la hoja de Matriz de Priorización de Procesos; en esta matriz desarrollada a lo largo de la tarea de la construcción del PAMEC, se visibilizaron los valores con los que la empresa

determinó el nivel de importancia frente a los riesgos y se incluyó el análisis de los informes presentados de prestación efectiva.

De acuerdo con el puntaje obtenido se define una semaforización con el porcentaje total de la matriz de priorización, con el fin de obtener una herramienta pedagógica para resaltar el orden de las prioridades.

- **Rojo:** requiere intervención a corto plazo (Constituye el 80% de la calificación).
- **Amarillo:** a mediano plazo. (Constituye el 13% de la calificación).
- **Verde:** largo plazo. (Constituye el 7% de la calificación).

PROCESO	ASPECTO A MEJORAR	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA (COSTO DE LA NO CALIDAD)	RENTABILIDAD SOCIAL	SATISFACCIÓN USUARIO	SATISFACCIÓN CLIENTE INTERNO	CALIDAD EN LA ATENCIÓN	TOTAL
---------	-------------------	--	---------------------	----------------------	------------------------------	------------------------	-------

Tabla 2: matriz de priorización de procesos.

Hoja de Pareto

PROCESO	ASPECTO POR MEJORAR	PUNTAJE	PARETO
---------	---------------------	---------	--------

Tabla 3: hoja de Pareto.

6.5.2. Riesgos Priorizados por Procesos

PROCESO DONDE SE PUEDE MATERIALIZAR EL RIESGO	RIESGO
Gestión de Riesgo en Salud	Posibilidad de pérdida económica y detrimento en salud de los afiliados por pagos injustificados a los prestadores con contratos de promoción y mantenimiento, y ausencia en la prestación de servicios de salud relacionados con la prevención, mantenimiento, detección temprana y protección específica, debido al incumplimiento de metas contractuales por parte del prestador.
Gestión de Riesgo en Salud	Posibilidad de detrimento en la salud de los afiliados de la población con patología de alto costo por complicaciones de su estado de salud debido a la identificación tardía de los posibles pacientes con diagnóstico de casos de alto costo (Cáncer de mama).
Gestión de Salud	Generación de incidentes de desacato, sanciones y multas ante la inoportunidad de respuesta y trámites que subsanen estos requerimientos.
Gestión de Salud	Generación de PQRS, tutelas, desacatos e inconformidad en los pacientes con la prestación de los servicios.
Representación del Usuario	Posibilidad de afectación reputacional por la no atención efectiva del call center debido a demora en la atención de la llamada, así como la finalización de una llamada sin buen término.
Representación del Usuario	Posibilidad de afectación económica y reputacional por aumento de PQRS presentada por cualquier medio o canal y la inoportunidad en la respuesta debido a la no articulación de los procesos.

Representación del Usuario	Posibilidad de afectación económica y reputacional por aumento de PQRS presentada por cualquier medio o canal, la reapertura de PQR y la no garantía de la prestación de los servicios debido a la no articulación de los procesos.
Autorizaciones	Posibilidad de pérdidas económicas y afectación reputacional por generar autorizaciones inoportunas a los usuarios debido a falta de liquidez inminente e identificación de autorizaciones pendientes de entregar.

• Definición de la Calidad Esperada

Se realizó la medición de los procesos para definir la calidad esperada teniendo en cuenta:

- El cumplimiento de metas por indicadores de la normatividad vigente y de los procedimientos institucionales.
- La voz del cliente (Lluvia de ideas).
- El cumplimiento de la identificación de los riesgos.

• Medición Inicial del Desempeño de los Procesos.

La medición inicial se realiza a través de las Auditorías y se registra en la hoja de medición del desempeño.

REGIONAL:			PERIODO:		RESPONSABLE							
PROCEDIMIENTOS CRITICOS	CARACTERISTICA DE CALIDAD AFECTADA	CALIDAD OBSERVADA	CALIDAD ESPERADA	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	BRECHA	ACCIÓN DE MEJORA	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	INDICADOR DE LA ACCIÓN DE MEJORA	META	FECHA DE INICIO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	EVALUACIÓN FINAL

Tabla 4: medición del desempeño.

• Plan de mejoramiento para los Procesos Seleccionados, Ejecución, Evaluación y Aprendizaje Organizacional.

En el **GC-FR-05 Formato Ruta Crítica del PAMEC** se encuentra la hoja de Plan de Mejoramiento que utilizaremos donde se determina qué debe hacerse en cada proceso y su seguimiento trimestral.

Semestralmente se verificará a los procesos Críticos si se encuentran dentro de lo esperado o por lo menos si hay mejora sustancial de resultados.

1. OBJETIVO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO									
2. DILIGENCIAMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO									
N°	HALLAZGO	QUÉ	CÓMO	QUIÉN	CUÁNDO		FUJACIÓN DE LA META Corto: 1 a 30 días Mediano: 1-60 días Largo: 1 a 180 días		
					FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN			
3. FECHA DE SEGUIMIENTO:			4. SEGUIMIENTO A PLAN DE MEJORAMIENTO						
N°	ACTIVIDAD PLANTEADA (CÓMO)	LAS ACTIVIDADES RESPONDEN DE FONDO A LOS HALLAZGOS	LOS SOPORTES EVIDENCIAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE MEJORA	LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS PERMITIERON ESTABLECER CONTROLES Y ESTOS HAN SIDO EFECTIVOS	ESTADO DE LA ACTIVIDAD	OBSERVACIONES	% DE CUMPLIMIENTO		
						PROMEDIO			
5. CONCLUSIONES				6. CIERRE					
7. FIRMA DE LOS PARTICIPANTES									
NOMBRE		CARGO	FIRMA						

Tabla 5: plan de mejoramiento.

Se utilizarán las fichas técnicas de los indicadores que miden los procesos priorizados.

6.6. MEDICIÓN PERIÓDICA DE LA CALIDAD OBSERVADA VS LA CALIDAD ESPERADA Y ANÁLISIS DE LAS BRECHAS DE LA CALIDAD.

PROTEGER EPS realiza medición de los indicadores de calidad, en ella se describe la metodología, periodicidad y estándares de los indicadores de calidad, evaluación de la calidad observada vs la calidad esperada (estándares) y acciones a tomar en caso de brechas de calidad.

A nivel regional, el Gerente será el responsable de garantizar la Medición y Análisis de los Indicadores Institucionales junto a su Auditor de Calidad, mientras que en el Nivel Nacional los responsables son el Jefe de Oficina de Auditoría Interna y Calidad, Especialista Nacional de Auditoría Interna y los dueños de los procesos priorizados.

6.7. EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS

“Podemos hablar de la gestión de riesgos como la oportunidad de disminuir pérdidas” (Juan Carlos Cruz Tapia).

La gestión del riesgo identificado en salud crea y protege el valor de la salud y contribuye al logro demostrable de los objetivos y a la mejora del desempeño; es una parte integral de todos los procesos de la organización y de la toma de decisiones.

	FORMATO RUTA CRÍTICA DEL PAMEC				
	MATRIZ DE SEGUIMIENTO				
REGIONAL					
DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	PRIMER SEGUIMIENTO		SEGUNDO SEGUIMIENTO	TERCER SEGUIMIENTO	CIERRE

Tabla 6: matriz de seguimiento.

6.8. PLANES DE MEJORAMIENTO

PROTEGER EPS, dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad desarrolla análisis de los indicadores de calidad de la red y los indicadores de gestión y procesos, de acuerdo con lo descrito en el documento Indicadores de Red y Medición y Análisis de Indicadores.

Esto se realiza con el fin de tomar acciones de mejora efectivas, de acuerdo con el análisis sistemático y periódico de datos generados en la medición de la calidad observada vs. la calidad esperada.

Los Planes de Mejoramiento también pueden generarse como resultado de Auditorías Internas de Calidad, de Auditorías Médicas y/o como resultado del desarrollo propio de los procesos bajo el concepto del Control de Producto No Conforme, Análisis de Procesos y Propuestas de Mejora, que debe realizar cada trabajador dentro de la empresa.

6.9. AUDITORÍAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

El Jefe de Oficina de Auditoría Interna y Calidad realizará las auditorías a los procesos conforme al plan anual aprobado por la Alta Dirección.

7. REFERENCIAS

- Ley 100 de 1993.
- Decreto 4747 de 2007.
- Decreto 780 de 2016.
- Decreto 682 de 2018.
- Resolución 3100 de 2019.
- Resolución 497 de 2021.
- Resolución 256 de 2016.
- Resolución 1552 de 2013.
- Resolución 1604 de 2013.
- Circular Única externa 047 de 2007.
- Circular 009 de 2016 SOGC.
- Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud – Ministerio de la Protección Social – agosto de 2007.

“La calidad es el único camino para el crecimiento” (Ex CEO JACK WELCH)."