



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

Nº 157

2021-DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 12 de Julio de 2021

VISTO:

Los expedientes N° 08568-21 y N° 08600-21, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que *"La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el estado"*; asimismo, el segundo párrafo del artículo VI del Título Preliminar de la norma precitada ha establecido que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, cuya finalidad es *"contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo"*, en ese sentido, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA, se ha aprobado el Documento Técnico; "Política Nacional de Calidad en Salud" cuya finalidad es la de *"Contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional"*;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprobó el documento denominado "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud, cuyo objetivo general es *"Establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud"*, en el marco de la descentralización. Dentro de ese contexto, se ha señalado en el numeral 5.2 Documento Normativo que *"Se considera como Documento Normativo del Ministerio de Salud, a todo aquel documento oficial que tiene por objetivo transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos, sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito del Sector Salud, en cumplimiento de sus objetivos. Estas normas tienen el objetivo de facilitar el adecuado y correcto desarrollo de funciones procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles y según correspondan."*;

Que, asimismo, el numeral 6.1.4. Documento Técnico señala que el documento técnico *"Es la denominación genérica de aquella publicación del Ministerio de Salud que contiene información sistematizada o disposición sobre un determinado aspecto sanitario o administrativo, o que fija posición sobre él; y, que la Autoridad Nacional de Salud considera necesario enfatizar o difundir, autorizándola expresamente. Lo respalda, difunde y facilita su disponibilidad para que sirva de consulta o referencia, sobre aspectos relativos al tema que se aboca. Su finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población general. Se basa en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documenta, y respaldado por las normas vigentes que correspondan"*;

Que, el numeral 72.2 del artículo 72° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establece que *"Toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia"*;

Que, con Nota Informativa N° 141-2021-UGC-HONADOMANI.SB. Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad presenta el "Documento Técnico: Manual Metodológico para el Desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad en el HONADOMANI-SB", con el objetivo de estandarizar la metodología para el desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad en nuestra institución, previsto en el Plan de Gestión



de la Calidad 2021, adjuntando a su vez el correspondiente sustento técnico con expediente N° 08600-21, oficializado mediante Resolución Directoral N° 064-2021-DG-HONADOMANI-SB;

Que, mediante Nota Informativa N° 622-OEPE-2021-HONADOMANI-SB, el Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico remite al Director General el documento técnico emanado por su oficina con Informe N° 021-UPO-2021-HONADOMANI-SB, el cual hace suyo, recomendando la aprobación del "Documento Técnico: Manual Metodológico para el Desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad en el HONADOMANI", de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Que, mediante Memorando N° 180-2021-DG-HONADOMANI.SB de fecha 07 de julio de 2021, el Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", con los fundamentos expuestos, remitió el expediente a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica solicitando proyectar el correspondiente acto resolutivo para la aprobación del "Documento Técnico: Manual Metodológico para el Desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad en el HONADOMANI-SB"

Que, teniendo en cuenta que los actos de administración interna se orientan a la eficacia y eficiencia de los servicios y a los fines permanentes de las entidades; y son emitidos por el órgano competente siendo su objeto física y jurídicamente posible, conforme se señala en el artículo 7° del Decreto Supremo 004-2019-JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General concordante con lo dispuesto en el artículo 197° de la ley precitada el cual señala que se pone fin al procedimiento de las resoluciones que se pronuncian sobre el fondo del asunto y estando lo solicitado resulta necesario emitir el acto resolutivo correspondiente;

Con la visación de la Dirección Adjunta, del Director Ejecutivo de Administración, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Viceministerial N° 020-2021-SA/DVMPAS de fecha 17 de marzo del presente, y de acuerdo al Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Documento Técnico: Manual Metodológico para el Desarrollo de Proyecto de Mejora de la Calidad en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el mismo que en anexo debidamente visado, forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo Segundo.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", se encargue de monitorear e informar a la Dirección General la ejecución sobre las actividades contenidas en el Documento Técnico aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese



JCJCC/JNPI/MGLG/ASP/JCHO/cca

cc.

- DA
- OEA
- OGC
- OAJ
- OEI
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"
M.C. JULIO CANO CARDENAS
DIRECTOR GENERAL
CMP 12786 RNE 4874





Documento Técnico:

**Manual Metodológico para el
Desarrollo de Proyectos de Mejora
de la Calidad en el Hospital
Nacional Docente Madre Niño
“San Bartolomé”**

Lima, junio 2021



Dr. Julio Cano Cárdenas

Director General

Dr. Álvaro C. Santivañez Pimentel

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Lic. Gloria E. Asmat Bautista

Coordinadora del Equipo de Mejora Continua de la Calidad

Lima, junio 2021



EQUIPO TECNICO ELABORADOR:

Dr. Álvaro Santiváñez Pimentel

Oficina de Gestión de la Calidad

Lic. Gloria E. Asmat Bautista

Unidad de Mejora Continua

Dr. Edson Valdivia Vera

Unidad de Seguridad del Paciente

Lic. Jackeline Macassi Meza

Unidad de Mejora Continua



INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCION	5
II. FINALIDAD	5
III. OBJETIVO	5
IV. BASE LEGAL	5
V. AMBITO DE APLICACIÓN	6
VI. DISPOSICIONES GENERALES	6
VII. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	10
VIII. RESPONSABILIDADES	24
IX. ANEXOS	25
X. BIBLIOGRAFÍA	26



I. INTRODUCCION

Cada día son más las organizaciones que deciden mejorar la calidad de sus procesos con un enfoque de atención centrado en el usuario de los servicios de salud que brindan, por ser ellos la razón principal de la institución. Sin duda, esa no es una tarea fácil, la competencia es cada vez mayor y los usuarios son cada vez más exigentes en sus expectativas de satisfacción y cumplimiento de sus derechos. A pesar de que existen marcos conceptuales y metodológicos en los cuales se consideran las actividades para la Mejora Continua, cuya aplicación ha sido probada ser efectiva para la satisfacción de estos requerimientos, todavía existe mucho por mejorar para superar las brechas existentes en los procesos. En nuestra institución es necesario el desarrollo de una cultura orientada a la mejora continua de la calidad de los procesos, capaz de adaptarse a estos cambios haciendo uso de herramientas y técnicas de la calidad y adoptando una metodología que pueda generar estos resultados con la finalidad de cumplir la Misión y Visión como institución de salud.

El presente documento propone una herramienta metodológica para la elaboración de Proyectos de Mejora de los procesos, estableciendo pasos fundamentales para elaborarlos, a través de Equipos de mejora capacitados para el cumplimiento de este propósito.

II. FINALIDAD

Contribuir a la mejora continua de la calidad de los procesos institucionales, mediante la aplicación de una metodología estandarizada para el desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad en el HONADOMANI "San Bartolomé".

III. OBJETIVO

Estandarizar la metodología para el desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26642, Ley General de Salud
- Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Ley N° 29344; ley Marco de Aseguramiento Universal.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad.
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Modelo de Atención Integral de Salud Basado en familia y Comunidad".



- Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y las herramientas y técnicas para la Gestión de la Calidad”.
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 006-2018-PCM/SGP, que aprueba la Norma Técnica N° 001-2018-SGP, Norma para la implementación de la Gestión por Procesos en las Entidades de la Administración Pública.
- Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI).
- Resolución Secretarial N° 63-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 288-MINSA/2020/OGPPM “Lineamientos para la implementación de la Gestión por procesos en Salud”.
- Resolución de Secretaría de Gestión Pública N° 004-2021-PCM/SGP, que aprueba la Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de Servicios en el Sector Público.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Manual es de aplicación por todos los Departamentos, Servicios y Oficinas del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”.

VI. DISPOSICIONES GENERALES

6.1 Definiciones Operativas

- **Acciones de mejora.** - Conjunto de actividades preventivas y correctivas en los procesos de la organización para la mejora continua.
- **Actividad.** - Conjunto de tareas afines y coordinadas requeridas para lograr un resultado, los cuales normalmente se desarrollan dentro de un proceso de nivel N.
- **Calidad.** - La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario.
- **Ciclo PHVA.** - Metodología ampliamente difundida que consiste en aplicar cuatro pasos perfectamente definidos, para el análisis y mejora de los procesos: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.
- **Equipo de mejora.** - Conjunto de personas que representan a las áreas que intervienen en el proceso que se desea mejorar o que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un periodo de tiempo determinado y cuenta con respaldo de la Alta Dirección mediante Resolución Directoral. Debe contar con un Coordinador



del Proyecto, el cual deberá mantener la documentación del proyecto asignado de forma actualizada.

- **Enfoque al usuario.** - Las organizaciones dependen de sus usuarios; por lo tanto, deben entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas específicas y esforzarse en exceder sus expectativas.
- **Enfoque basado en procesos.** - Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- **Evaluación.** - Mide el grado de avance y desarrollo del Proyecto de Mejora, analizando mediante trabajo de campo si el Plan de acción se está ejecutando de manera eficaz y eficiente y si contribuye al mejoramiento de los procesos. Una evaluación debe proporcionar información basada en evidencia que sea fidedigna y útil.
- **Herramientas de calidad.** - Instrumentos que permiten ordenar, medir, comparar y estructurar la información, de manera que simplifiquen y que permitan generar nuevas ideas para resolver las diferentes oportunidades de mejora que se van presentando.
- **Línea de Base.** - Se refiere al punto de referencia actual, inicial o algún otro punto de referencia en el cual puede definirse la situación para el alcance, tiempo y/o costo.
- **Lecciones aprendidas.** - Son descripciones del conocimiento obtenido a través de la experiencia, pudiendo ser aspectos positivos que ayudaron a una mejor gestión y resultado del proyecto, así como aspectos negativos para que se puedan minimizar o evitar en el futuro.
- **Mejora continua.** - Es una metodología dinámica de cambio cíclico, implica la identificación de un problema, evaluación, análisis y las soluciones al problema, que se traduce en mejorar la eficiencia de los procesos.
Una vez que el ciclo ha concluido se debe determinar si el problema ha sido resuelto. Si el problema persiste el ciclo debe repetirse y realizar nuevos cambios hasta que se logren los resultados deseados. Luego de haber obtenido el resultado deseado se inicia el ciclo de mejoramiento continuo con otro problema o área identificada.
- **Meta.** - Es el resultado cuantificable de aquello que se desea o necesita alcanzar, enmarcados dentro del alcance, tiempo, costos y calidad.
- **Monitoreo.** - Es el proceso sistemático de observar, recolectar, detectar situaciones críticas, analizar y utilizar información para hacer seguimiento al progreso del Plan de acción, en busca de la consecución de sus objetivos y para guiar las decisiones de gestión.
- **Plan de acción.** - Documento debidamente estructurado, por medio del cual se busca materializar objetivos previamente establecidos,



dotándolos de elementos cuantitativos y verificables a lo largo del plan.

- **Proceso.** - Es una serie de actividades interrelacionadas entre sí, que emplea recursos de la institución para obtener resultados útiles o satisfactorios para el usuario interno.
- **Producto.** - Artículo producido, que es cuantificable y que puede ser un elemento terminado o un componente. Puede ser una salida de la ejecución de procesos y actividades de la gestión por proyectos (p. ej. Procesos integrados, procesos revisados, personal capacitado, pruebas, planes, estudios, procedimientos, políticas, especificaciones, informes, etc.)
- **Proyecto.** - Es un conjunto ordenado de recursos, acciones y procesos para alcanzar un propósito (objetivo/resultado) determinado. Es un problema programado para su solución.
- **Tarea.** - Pasos a seguir en la ejecución de una actividad.
- **Técnicas de calidad.** - Son procedimientos que ayudan al aumento del grado de participación de los equipos de mejora para encontrar oportunidades de mejora en los procesos.

Siglas

- **PHVA.** - Planificar, Hacer, Verificar y Actuar.
- **PMC.** - Proyecto de Mejora Continua.
- **NPSA.** - National Patient Safety Agency

6.2 Conceptos básicos

- **Proyectos de Mejora Continua.** - Son un conjunto de actividades que se proponen realizar de una manera articulada, con el fin de satisfacer necesidades o resolver problemas específicos, dentro de los límites de un presupuesto, en un periodo de tiempo dado, con un enfoque basado en procesos y centrado en el usuario, haciendo uso de herramientas y técnicas de calidad. Debe contribuir al logro de los objetivos estratégicos de la institución.
- **Estructura de un Proyecto de Mejora**

Según la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora del MINSA se consideran los siguientes componentes:

a) Título del Proyecto

El planteamiento debe responder cuatro preguntas fundamentales: ¿Qué?, ¿Dónde? ¿Cuándo?, ¿Cómo?



b) Equipo de mejora

El equipo estará conformado por personal seleccionado en base a los siguientes criterios que permitan el cumplimiento de las actividades del proyecto y un balance adecuado de los recursos:

- ✓ Personas con capacidad de liderazgo, entendida como capacidad para conducir a otros a un objetivo. Usualmente es el jefe del área o servicio.
- ✓ Personal que trabaja en el área o servicio, involucrado en el proceso a mejorar.
- ✓ Experiencia en el tema relacionado al proyecto.
- ✓ Competencias técnicas sobre el proyecto a desarrollar.
- ✓ Disponibilidad.

c) Dependencia

Breve descripción del establecimiento, nivel de complejidad, número de camas, recurso humano, cartera de servicios.

d) Población Objetivo

Se refiere a los usuarios que resultarán beneficiados con las actividades que se implementarán.

e) Lugar de ejecución

Hace referencia a la institución, Departamento, Servicio u Oficina donde se ejecutará el Proyecto de Mejora.

f) Duración

Definir el periodo de tiempo en el cual se desarrollará el proyecto en todas sus etapas, se recomienda un periodo máximo de 12 meses.

g) Antecedentes

Se refiere a acciones o actividades previas que han intentado solucionar el problema, a nivel nacional e institucional.

h) Justificación

Debe explicarse porque resulta importante desarrollar el proyecto.

i) Objetivos

Es el propósito central del proyecto, responde al problema con la solución y a la interrogante **¿Qué estamos tratando de lograr?**, además debe responder a las siguientes interrogantes ¿Qué?, ¿Dónde?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?

Ejemplo: *Disminuir el tiempo de espera de los usuarios de Consulta externa de Ginecoobstetricia del Hospital "San*



Bartolomé" para diciembre del 2021, mediante la implementación de citas horarias. Se enuncia en infinitivo.

j) Metodología

Es el marco conceptual de procesos que debemos seguir para gestionar correctamente y de forma integral un proyecto. Responde a la pregunta **¿Cómo se va hacer?**

k) Resultados esperados

Se plantea como será el proceso a intervenir una vez implementado el Proyecto de Mejora, que beneficios traerá, que indicadores mejorarán.

Responde a la pregunta **¿Cómo saber si un cambio es una mejora?** (Indicadores).

l) Cronograma de actividades

Es parte del Plan de acción, incluye todas las fases del proyecto, las actividades, tareas y plazos para su ejecución.

Responde a la pregunta **¿Qué cambios pueden significar una mejora?**

m) Propuesta de financiación

Hacer un alcance aproximado de gastos en material de escritorio, equipos, u otros requeridos para lograr el objetivo planteado.

6.3 Requerimientos Básicos

- Equipos de mejora conformados, comprometidos y capacitados.
- Miembros de equipo de mejora con disponibilidad para trabajo en equipo.
- Asegurar el apoyo y compromiso de la Alta Dirección.
- Involucrar la participación de los responsables de Departamento, Servicios u Oficinas involucrados en el proceso de mejora, asegurando su compromiso y satisfacción.
- Asegurar los recursos para la implementación de los Proyectos de Mejora.

VII. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

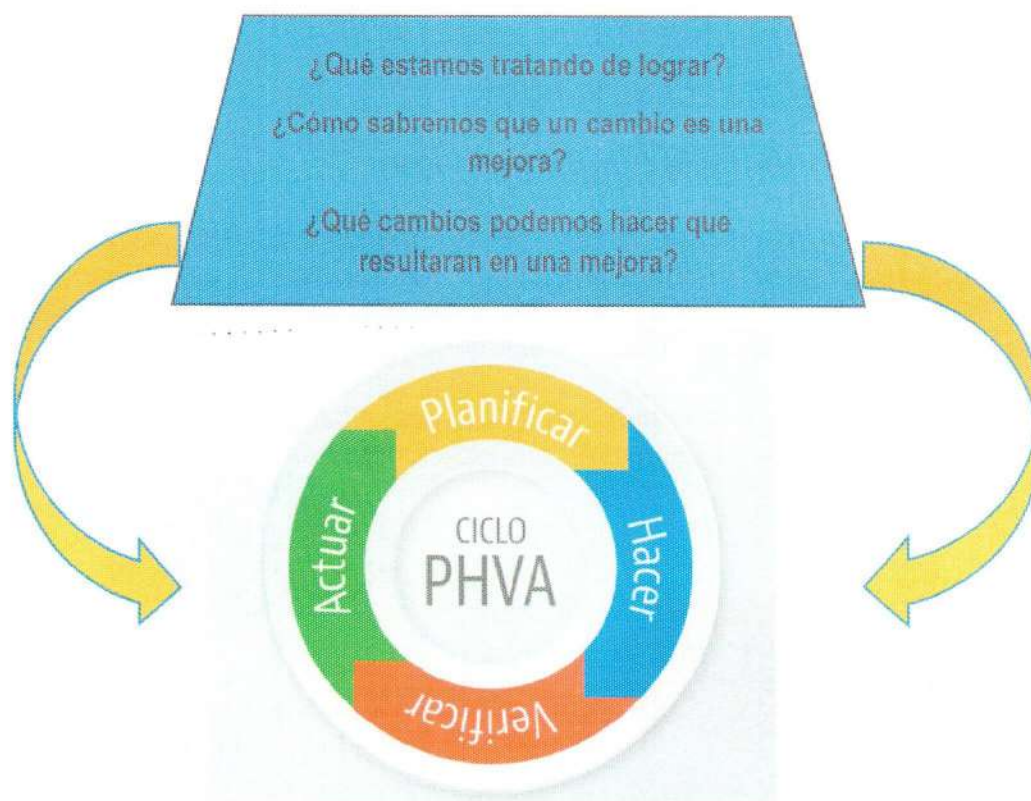
7.1 Descripción detallada del proceso



Se utilizará la metodología del ciclo de Deming o Ciclo P-H-V-A que es una teoría sencilla que permite administrar en forma estructurada los proyectos de mejoramiento continuo orientados a satisfacer las necesidades de los usuarios y a obtener productividad en los procesos. Consiste en cuatro etapas perfectamente definidos, para el análisis y mejora de procesos. Cada etapa se desarrollará aplicando el enfoque de identificación y resolución de problemas en los procesos y el uso de herramientas de la calidad correspondiente para cada etapa.

ETAPAS Y PASOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD

Las etapas y pasos para el desarrollo de un Proyecto de Mejora de la Calidad están estructurados en el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar) y del Modelo de Mejora:



I.- ETAPA DE PLANIFICACION (P)

- Paso 1. Identificación del problema.
- Paso 2. Definición del problema.
- Paso 3. Conformación del equipo de mejora.
- Paso 4. Análisis del problema e identificación de las causas raíces.
- Paso 5. Planteamiento de soluciones.

Paso 6. Aplicación de Piloto de soluciones planteadas – Ciclos PHVA.
Paso 7. Diseño del Plan de Acción del Proyecto de Mejora.

II.- ETAPA DE EJECUCION (H)

Paso 8. Implementación del Plan de Acción del Proyecto de Mejora.

III.- ETAPA DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO (V)

Paso 9. Seguimiento y Monitoreo del Plan de Acción del Proyecto.

IV.- ETAPA DE EVALUACION DE RESULTADOS (A)

Paso 10.- Evaluación de resultados de implementación del Plan de Acción del Proyecto de Mejora.

V.- ETAPA DE ESTANDARIZACION O INSTITUCIONALIZACION

La institucionalización se plantea luego de la evaluación de los resultados de los ciclos PHVA ejecutados, logro de objetivos e indicadores planteados en el Proyecto de Mejora.

I.- ETAPA DE PLANIFICACION

Paso 1.- Identificación del problema

Para el análisis de los problemas que se presentan es necesario realizar previamente la identificación de los mismos y luego priorizarlos, de lo contrario el análisis suele ser tedioso y de poca utilidad, debido a que la problemática identificada suele ser múltiple y amplia.

Un problema es la brecha o diferencia entre la situación actual y la situación deseada, se constituye en una oportunidad de mejora.



¿Cómo identificar los Problemas? A partir de:

- ✓ Recomendaciones de auditorías en salud.
- ✓ Resultados de encuestas de satisfacción de los usuarios.



- ✓ Reclamos de usuarios en salud.
- ✓ Reporte de eventos adversos.
- ✓ Recomendaciones de Análisis Causa Raíz.
- ✓ Recomendaciones de Rondas de seguridad.
- ✓ Indicadores de calidad de los servicios, entre otros.

Para la identificación y priorización de problemas utilizar las siguientes herramientas y técnicas de calidad:

Tabla N° 1

Acciones - Herramientas - Productos

Paso 1. Identificación del Problema

Acciones	Herramientas y técnicas	Productos
Identificación de problemas	• Lluvia de ideas (Anexo N° 1)	Reporte de cumplimiento de Paso 1. (Anexo N° 3)
Priorización del problema (oportunidad de mejora)	• Matriz de priorización de problemas (Anexo N° 2)	Adjuntar herramientas desarrolladas y comentario respectivo. Acta de reunión (Incluye asunto, acuerdos, firma de asistencia de los participantes. (Anexo N° 4)

Paso 2.- Definición del problema

El enunciado claro de un problema ayuda a concentrar los esfuerzos en la solución del problema. En este paso considerar los efectos de este problema sobre la calidad y los usuarios, alcance, cuánto tiempo ha sido un problema, costos, con qué frecuencia se presenta y acciones realizadas para mejorar. Analizar el contexto en el cual se está desarrollando el problema. Se justifica la necesidad de resolverlo, objetivo general y planteamiento de indicador(es) de resultado, estableciendo estado basal, estándar y resultados deseados (meta comprometida).

El indicador debe evidenciar si tras las intervenciones realizadas, se ha solucionado el problema. Debe definirse cómo construir el indicador: numerador, denominador, las fuentes de cada una de ellos, forma de cálculo del indicador, periodicidad de medición y responsable de su construcción. Idealmente debe contarse con una línea de base y si no existe, debe construirse. Si se cuenta con mediciones anteriores a la intervención, construir un gráfico lineal para conocer el curso a lo largo del tiempo. Se responde a las preguntas: **¿Qué estamos tratando de lograr? ¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora?**



Tabla N° 2
Acciones - Herramientas - Productos
Paso 2. Definición del Problema

Acciones	Herramientas y técnicas	Productos
Descripción del problema	• Gráficos Lineal (Anexo N° 5)	Reporte de cumplimiento de Paso 2. Incluye descripción del problema, justificación, objetivo general del proyecto, ámbito de aplicación, indicador de resultado Adjuntar herramientas desarrolladas. Acta de reunión.
Identificación de áreas afectadas por el problema. Delimitación del alcance del proyecto.	• Diagrama global del proceso actual. (Anexo N° 6)	
Planteamiento del Objetivo General del Proyecto	• Ficha Técnica del indicador de resultado (Anexo N° 7)	
Planteamiento de indicador(es) de resultado.		

Paso 3.- Conformación del Equipo de Mejora

El equipo de mejora debe ser conformado por representantes del personal de salud involucrado en el área del problema o proceso a mejorar, considerando los requerimientos descritos en el ítem 6.3

La Oficina de Gestión de la Calidad remite la propuesta de conformación equipo de mejora a la Dirección General solicitando su oficialización mediante Resolución Directoral.

El coordinador y miembros del equipo de mejora se organizan para el desarrollo del Proyecto de Mejora en todas sus etapas y asignan responsabilidades para la ejecución de actividades y tareas.



Utilizar la siguiente Matriz de avance por Etapas del Proyecto de Mejora:

ETAPA / PASOS	Fecha de inicio planeada	Fecha de inicio real	Fecha de término planeada	Fecha de término real	Medios de verificación
I.- PLANIFICACION					
II. EJECUCION					
III. SEGUIMIENTO Y MONITOREO					
IV. EVALUACION DE RESULTADOS					
V. TERMINO DEL PROYECTO					

Tabla N° 3
Acciones - Herramientas - Productos
Paso 3. Conformación del Equipo de Mejora

Acciones	Herramienta /Técnicas	Productos
Identificación de los Departamentos, Servicios y Oficinas directamente relacionados con el problema. Selección del equipo de mejora, un miembro por cada unidad orgánica involucrada. (6 a 8 miembros de acuerdo a complejidad del problema).	Diagrama de flujo (Anexo N° 8)	Reporte de cumplimiento de Paso 3. Adjuntar herramienta desarrollada. Propuesta de Conformación de Equipo de mejora. Acta de reunión. Resolución Directoral de conformación de Equipo de mejora.

Paso 4.- Análisis del problema e identificación de las causas raíces

La identificación de los factores que explican el problema (cómo ocurre y a quienes afecta) es un paso imprescindible para profundizar en la comprensión del problema, identificar sus causas y con ello establecer las causas raíces en los que se puede y debe basar la creación de una estrategia



de solución. Usar clasificación NPSA de factores contribuyentes para construcción de las categorías del Diagrama de causa-efecto.

Las pautas para saber que se identificaron las causas raíces son:

- ✓ Los datos no demostraron que existe alguna otra causa. Representación gráfica.
- ✓ Los miembros del equipo están de acuerdo con respecto a las causas y se sienten motivados para solucionarlas.
- ✓ La causa explica la existencia del problema desde todo punto de vista.
- ✓ La causa es lógica y aclara toda confusión.
- ✓ La causa es algo sobre lo que el equipo puede ejercer influencia, controlar o tratar y, por tanto, resolver el problema.

Identificada las causas raíces se plantean los objetivos específicos y los indicadores de proceso para la medición del logro de los resultados deseados.

Responde a las preguntas:

- ✓ ¿Cómo evidencio el problema?



- ✓ ¿Cómo sabremos que un cambio es una mejora?



Tabla N° 4
Acciones y herramientas
Paso 4. Análisis del problema e identificación de las causas raíces

Acciones	Herramientas y técnicas	Producto
Identificación de la secuencia de actividades y tareas.	• Diagrama detallado del proceso. (Anexo N° 9) • Diagrama de operaciones (Anexo N° 10)	Reporte del cumplimiento del paso 4. incluye la descripción de las causas raíces identificadas, redacción de los objetivos específicos e indicadores de proceso del Proyecto de Mejora. Adjuntar herramientas desarrolladas y comentario. Acta de reunión.
Selección de los pasos específicos del proceso a mejorar.		
Análisis del problema.		
Identificación de las causas potenciales que pueden originar el problema.	• Diagrama de causa efecto (Anexo N° 11)	
Identificación de las causas raíces del problema.	• Técnica del ¿Por qué? ¿Por qué? (Anexo N° 12)	
Planteamiento de objetivos específicos en relación a causas raíces.	• Ficha Técnica de indicadores de proceso (Anexo N° 13)	
Planteamiento de indicadores de proceso para logro de objetivos específicos.		

Paso 5.- Planteamiento de soluciones

Antes de hacer una lista de todas las soluciones posibles en base a los objetivos se pueden considerar los siguientes criterios para identificar las soluciones más pertinentes:

- Efectividad. - ¿Resolverá todo o parte del problema?, ¿Reducirán o eliminarán las causas raíces?
- Factibilidad. - ¿Se puede implementar la solución?
- Factor tiempo. - ¿Es una solución de corto o largo plazo?, ¿Permitirán alcanzar las metas propuestas en el plazo propuesto?
- Orientación al usuario. - ¿Satisface las expectativas de los usuarios?, ¿Mejora la calidad del servicio ofrecido?
- Eficacia. - ¿Es una solución costo – efectiva?
¿Existen experiencias previas sobre la solución al problema?

Se responde a la pregunta:

✓ ¿Qué cambios podemos hacer que resultaran en una mejora?



Tabla N° 5
Acciones y herramientas
Paso 5. Planteamiento de soluciones

Acciones	Herramientas y técnicas	Producto
Establecimiento de los resultados deseados en el proceso y los requisitos para lograrlo.	• Diagrama de flujo con requisitos y resultados deseados. (Anexo N° 14)	Reporte de cumplimiento de Paso 5. Incluye descripción en detalle de las soluciones priorizadas, análisis de costos de implementación y propuesta de mejora del proceso.
Diseño en detalle el nuevo proceso y su representación gráfica.		
Enumeración de todas las posibles soluciones para el logro de los objetivos.	• Diagrama del árbol (Anexo N° 15)	Adjuntar herramientas desarrolladas y comentario. Acta de reunión.
Priorización de soluciones.	• Análisis costo/beneficio (Anexo N° 16)	
Análisis de los costos de la implementación de las soluciones vs los beneficios.	• Matriz de Priorización de soluciones (Anexo N° 17)	

Paso 6.- Aplicación de Piloto de soluciones planteadas- Ciclos PHVA

En este paso se busca comprobar la eficacia de soluciones propuestas ejecutándolas a menor escala. Se definirá el área donde se iniciará con la prueba piloto, responsables y tiempo de aplicación. Las medidas pequeñas dan seguimiento a los ciclos de mejora. Realizar una serie de pruebas ayuda a corregir defectos de la propuesta que no fueron previstas originalmente. Permite entrar en detalles necesarios para hacer viable la solución planteada. Una propuesta mejor elaborada permite reducir argumentos para no aceptar la iniciativa y vence la resistencia de las personas al cambio.

El equipo de mejora desarrollará los siguientes pasos del ciclo P-H-V-A para el Piloto de prueba:

Planear

Objetivo de la prueba: Ej. Pruebe una manera de asegurar que la profilaxis antibiótica para cesárea es administrada dentro de los 60 minutos previo a la incisión. Se indicará fecha, hora, población objetivo (muestra), responsables.



Predicción: El anestesiólogo será capaz de cerciorarse de que la profilaxis antibiótica es administrada dentro de los 60 minutos previo a la incisión.

Desarrolle un plan: Descripción de las tareas que se desarrollarán para el logro del objetivo de la prueba.

Hacer

Un día antes de la prueba asegurar las condiciones para su ejecución. El día de la prueba ejecutar las tareas planificadas.

Verificar

Revisar las tareas ejecutadas y analizar los resultados, identificando logros, información útil para aprender y completar otro ciclo y pasar a la siguiente prueba.

Actuar

En base al análisis realizado se tomará decisiones para fortalecer o corregir las actividades desarrolladas. El equipo documentará en acta de reunión los acuerdos tomados.

Si identificamos mejoras se establecen las actividades desarrolladas como eficaces y se aplica progresivamente a toda la población objetivo. Se inicia un nuevo ciclo P-H-V-A con otra solución planteada y así sucesivamente.

Si NO se identificó mejoras se replantea las actividades desarrolladas y se inicia un nuevo ciclo P-H-V-A orientado a corregir el problema identificado.

Tabla N° 6

Acciones y herramientas

Paso 6. Aplicación de Piloto de soluciones planteadas - Ciclos PHVA

Acciones	Herramientas y técnicas	Producto
Planificación de prueba piloto.	- Diagrama de Gantt de Piloto. (Anexo N° 18) - Matriz de Seguimiento de Piloto (Anexo N° 19)	Reporte de cumplimiento de Paso 6. Descripción en detalle los resultados de aplicación de piloto de soluciones propuestas.
Ejecución del Plan de prueba piloto.		Adjuntar herramientas desarrolladas y comentario.
Verificación de cumplimiento del Plan de prueba piloto.		Acta de reunión.
Análisis de los resultados		
Planear el siguiente Ciclo PHVA de piloto.		



Paso 7.- Diseño del Plan de Acción de Proyecto de Mejora

Los Planes de acción, ¿Cómo lo solucionamos?, ¿quién y cuándo?, son documentos debidamente estructurados. Por medio de este paso se formulan los objetivos (¿Qué?) y metas del Proyecto (¿Qué resultados nos proponemos obtener y en qué plazo?), los cuales deben dar respuesta a la forma que se solucionará el problema mediante la eliminación o disminución de las causas raíces contribuyendo al logro de los objetivos del Proyecto de Mejora.

Se definen las actividades que se continuaran desarrollando en la población objetivo, aquellas que se comprobaron su eficacia en la prueba piloto para la solución del problema, aplicando a mayor escala.

Incluir responsables para cada actividad y tarea, fechas de inicio y término, recursos, sistema de seguimiento y monitoreo de todas las actividades planteadas.

El equipo debe establecer los resultados esperados de cada paso del proceso, así como del proceso completo.

Un Plan de Acción efectivo debe contar con:

1. **Objetivo General.** - Se plantea en base a la oportunidad de mejora identificada o problema priorizado en positivo.
2. **Objetivos específicos.** - Se plantean en base a las causas raíces identificadas en positivo.
3. **Estrategias.** - Reflejan el camino a seguir para lograr el objetivo. Es el conjunto de actividades diseñadas para lograr en forma eficaz y eficiente los objetivos específicos planteados.
4. **Actividades.** - Se plantean en base a las soluciones propuestas. Son acciones que responden al ¿Cómo?
 - Actividades de difusión: Comunicación, Información y capacitación.
 - Actividades de cambio propiamente dicho: Ej. Reorganización de personal, modificación de flujo de pacientes, cambio de señalización u horario, etc.
 - Actividades de supervisión y monitoreo.
5. **Tareas:** Describan los pasos exactos para el cumplimiento de las actividades que responden al ¿Qué?
6. **Resultados / Productos.** Metas. Indicadores.
7. **Tiempos reales de cumplimiento de inicio y fin de cada tarea.** Gestión del tiempo en ciclos de 6 meses a 1 año. Señalar fechas de cumplimiento de las tareas y actividades.
8. **Responsables directos de cada tarea.**
9. **Supervisión y monitoreo.** Evaluación y cumplimiento. Implica tomar decisiones acerca de quien, de dónde, cuándo y cómo.
10. **Presupuesto y fuente de financiamiento.** Elaborar una lista de los recursos humanos y materiales necesarios para lograr los objetivos del proyecto de mejora y los costos directos e indirectos correspondientes.



Es necesario destacar que el Plan de acción es un documento dinámico, y en base a la retroalimentación es posible cambiar actividades, fechas, responsables. Sin embargo, cada uno de estos cambios debe ser resultado de análisis del equipo de mejora y comunicado al personal involucrado en el proceso de mejora para contar con su acuerdo y deben ser debidamente redactados en un documento el cual refleje la realidad y constituya un registro preciso del proceso de aplicación de la acción correctiva. Asimismo, corresponde la redacción de la propuesta de Proyecto de Mejora para su oficialización por la Alta Dirección mediante Resolución Directoral.

Tabla N° 7
Acciones y herramientas
Paso 7. Diseño del Plan de Acción de Proyecto de Mejora

Acciones	Herramientas y técnicas	Producto
Formulación del Plan de Acción.	Diagrama de Gantt de Plan de Acción de Proyecto de Mejora. (Anexo N° 20)	Informe de elaboración de Proyecto de Mejora para su oficialización. Adjuntar herramienta desarrollada. Acta de reunión.

II.- ETAPA DE EJECUCION (HACER)

Paso 8.- Implementación del Plan de Acción de Proyecto de Mejora

El mejoramiento de la calidad depende de una implementación eficaz de la solución correspondiente. La ejecución de los cambios es tal vez la etapa crítica que va a determinar el éxito de la mejora planteada. La comunicación efectiva permanente de las áreas involucradas en el proceso de mejora es clave para el logro de los resultados deseados.

Tabla N° 8
Acciones y herramientas
Paso 8. Implementación del Plan de Acción de Proyecto de Mejora

Acciones	Herramientas /Técnicas	Producto
Difusión y socialización de las acciones de implementación Plan de acción a las áreas involucradas.	Diagrama de Gantt	Reportes de cumplimiento de Paso 8. Actas de reuniones de socialización. (Anexo N° 21)
Ejecución de las actividades y tareas del Plan de Acción según cronograma establecido.		



III.- ETAPA DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO (VERIFICAR)

Paso 9.- Seguimiento y Monitoreo del Plan de Acción del Proyecto

En esta etapa se realiza el seguimiento para determinar si la solución ha logrado los resultados previstos, verificar el avance y cumplimiento de las tareas asignadas a los involucrados en la mejora, en fechas programadas y realizadas correctamente, según lo planificado en el Plan de acción del Proyecto de Mejora.

Tabla N° 9

Acciones y herramientas

Paso 9. – Seguimiento y Monitoreo del Plan de Acción del Proyecto

Acciones	Herramientas /Técnicas	Producto
Verificación del cumplimiento del Plan de acción según cronograma establecido.	• Matriz de seguimiento de Plan de Acción de Proyecto de Mejora (Anexo N° 22) • Matriz de seguimiento de indicadores (Anexo N° 23) • Gráficos de control (Anexo N° 24)	Informe del monitoreo y seguimiento del cumplimiento del Plan de acción. Adjuntar matriz de seguimiento. Gráficos desarrollados y comentario.
Verificación del avance para el logro de los resultados esperados.		
Control y ajuste de alcances o plazos según resultados de Seguimiento y monitoreo. Coordinaciones según nivel jerárquico para agilizar tareas.		
Documentación de cumplimiento de metas, ajustes realizados y productos.		

IV.- ETAPA DE EVALUACION DE RESULTADOS (A)

Paso 10.- Evaluación de resultados de implementación del Plan de Acción del Proyecto de Mejora.

Culminada las etapas anteriores es fundamental la evaluación de los resultados logrados con el Proyecto de Mejora respecto a los objetivos, metas e indicadores establecidos en la etapa de planificación. De igual forma, se debe realizar la evaluación económica de los resultados del proyecto en cuanto a los recursos usados y el impacto económico generado.

Completado el ciclo PHVA del Proyecto de Mejora se evalúan los resultados. Si NO se logró el objetivo se inicia un nuevo ciclo PHVA orientado a **corregir** el problema. Puede requerir reformular las actividades en base a los resultados obtenidos. El efectivo monitoreo y seguimiento del cumplimiento del Plan de Acción propuesto para el Proyecto de Mejora y los ajustes

correspondientes contribuirá para disminución del riesgo de llegar a esta situación.

Si hay logro del objetivo se elabora un nuevo ciclo PHVA orientado a **estandarizar** estableciendo actividades que permitan asegurar que la soluciones sean permanentes. Se procede a continuar con la siguiente etapa de institucionalización del proceso mejorado. Asimismo, elaborar un nuevo ciclo PHVA orientado a **mejorar** los resultados obtenidos.

Tabla N° 10

Acciones y herramientas

Paso 10. — Evaluación de resultados de implementación del Plan de Acción del Proyecto de Mejora.

Acciones	Herramientas	Producto
Medición de los indicadores establecidos en el proyecto.	Ninguna	Informe de evaluación de resultados de Proyecto de Mejora implementado. (Anexo N° 25)
Medición del porcentaje de tareas cumplidas, tareas no cumplidas o en proceso en los plazos establecidos.		
Análisis de causas del estado de cumplimiento.		
Análisis de los resultados de los indicadores de procesos y resultados planteados.		
Análisis del presupuesto ejecutado y programado.		
Elaboración del informe de evaluación de resultados.		

V.- ETAPA DE ESTANDARIZACION O INSTITUCIONALIZACION

Paso 11.- Estandarización e institucionalización del Proyecto de Mejora
Inicia un nuevo ciclo de mejora continua.

Tabla N° 11

Acciones y herramientas

Paso 11. Estandarización e institucionalización del Proyecto de Mejora

Acciones	Herramientas	Producto
Documentación del nuevo proceso. (Institucionalización).	Diagrama Global del Proceso (Nuevo)	Documento de oficialización. Documento de reconocimiento a equipo de mejora. Acta de reunión.
Socialización de los resultados de obtenidos a los involucrados en el proceso mejorado.		
Reconocer los logros del equipo de mejora.		



7.2 De la aprobación del Proyecto de Mejora

- La formulación del Proyecto de Mejora Continua será de acuerdo a metodología establecida en el presente documento normativo, con la asesoría y asistencia técnica del Equipo multidisciplinario de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Presentar el Plan de acción del Proyecto de Mejora a la Oficina de Gestión de la Calidad para su revisión, opinión favorable y su posterior presentación a la Alta Dirección.
- La Alta Dirección emite la Resolución Directoral de aprobación del Proyecto de Mejora para su implementación.

7.3 De la ejecución del Proyecto de Mejora

- La Unidad orgánica que conduce el proyecto realiza las gestiones correspondientes para el inicio del proceso de implementación del proyecto de mejora.
- La Oficina de Gestión de la Calidad, el equipo de mejora y la Jefatura de Departamento asistencial o de la Unidad Orgánica de la Oficina según corresponda, realizarán el rol supervisor y de monitoreo del proceso de implementación del proyecto de mejora.
- El equipo de mejora realizará un informe final de la ejecución del proyecto de mejora, que será presentada a la Dirección General, con copia a la Oficina de Gestión de la Calidad, para institucionalización del proceso mejorado.
- Los resultados del proceso de mejora continua se difunden a la institución mediante el proceso de comunicación. Asimismo, los logros exitosos obtenidos recibirán reconocimiento público por parte de la Dirección General.

VIII. RESPONSABILIDADES

- Es responsabilidad de las Jefaturas de Departamentos, Servicios u Oficinas la solicitud de asesoría y asistencia técnica a la Oficina de Gestión de la Calidad para el desarrollo de Proyectos de Mejora.
- El cumplimiento de las etapas para el desarrollo de los Proyectos de Mejora Continua del HONADOMANI "San Bartolomé" corresponde a los equipos de mejora conformados y oficializados.
- Las Jefaturas de Departamento, Servicio u Oficina, el equipo de mejora y la Oficina de Gestión de la Calidad, según corresponda, realizarán la supervisión y monitoreo del proceso de implementación del Proyecto de Mejora Continua.
- Las Jefaturas de Departamento, Servicio u Oficina involucrados en el proceso mejorado e institucionalizado estarán a cargo del monitoreo y evaluación periódica para su cumplimiento y asegurar la continuidad del mismo y de corresponder realizar los ajustes necesarios.



IX. ANEXOS

- Anexo 1.- Lluvia de ideas.
- Anexo 2.- Matriz de priorización de problemas.
- Anexo 3.- Reporte de avance.
- Anexo 4.- Acta de reunión de equipo de Mejora.
- Anexo 5.- Gráfico lineal.
- Anexo 6.- Diagrama global del proceso
- Anexo 7.- Ficha técnica del indicador – Indicador de resultado.
- Anexo 8.- Diagrama de flujo
- Anexo 9.- Diagrama detallado del Proceso.
- Anexo 10.- Diagrama de Operaciones.
- Anexo 11.- Diagrama de causa-efecto.
- Anexo 12.- Técnica ¿Por qué? ¿Por qué?
- Anexo 13.- Ficha técnica de indicadores de proceso
- Anexo 14.- Diagrama de flujo con requisitos y resultados deseados.
- Anexo 15.- Diagrama de árbol.
- Anexo 16.- Análisis Costo/Beneficio.
- Anexo 17.- Matriz de priorización de soluciones.
- Anexo 18.- Diagrama de Gantt de Piloto.
- Anexo 19.- Matriz de seguimiento de Piloto.
- Anexo 20.- Diagrama de Gantt de Plan de Acción de Proyecto de Mejora
- Anexo 21.- Modelo de Acta de reuniones de socialización.
- Anexo 22.- Matriz de seguimiento de Plan de Acción de Proyecto de Mejora.
- Anexo 23.- Matriz de seguimiento de indicadores.
- Anexo 24.- Gráficos de control.
- Anexo 25.- Estructura de Informe de Evaluación de Proyecto de Mejora.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Arias, Rubén Darío. Manual de Gestión de Proyectos. Universidad de Antioquía. Colombia. Primera edición. 2009.
2. Instituto Uruguayo de Normas Técnicas. Herramientas para la Mejora de la Calidad. Uruguay. 2009
3. Márquez Boada Miriam. Herramientas para la Gestión de Calidad Asistencial. COMTEC. Primera edición 2015. Barcelona. España
4. Mejía García Braulio. Gerencia de Procesos para la organización y el control interno de empresas de salud. 5ta edición. Bogotá D.C. 2007.
5. Miller Franco, Lynne. La resolución de problemas y el mejoramiento de procesos como medios para lograr calidad. Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad. USAID. Center for Human Services. E.U.A. 1997.
6. Ministerio de Salud. Indicadores de Gestión y Evaluación hospitalaria para Hospitales, Institutos y DIRESA. Agosto 2013.



7. Ortégón Edgar. Pacheco Juan Francisco. Prieto Adriana. Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. CEPAL. Serie de Manuales.2005.
8. Registro Nacional de Identificación y Estado Civil. Metodología para la Gestión por Proyectos Institucionales del RENIEC. Versión 1. 2013
9. Romero Campillos Alberto. Gestión por procesos. CTO Editorial, S.L. Madrid –España. 2012
10. Velasco Sánchez, Juan. Gestión de la calidad. Mejora continua y sistemas de Gestión. Teoría y práctica. 2da. Edición. Ediciones Pirámide. Madrid-España. 2011.



IX ANEXOS

ANEXO N° 1 LLUVIA DE IDEAS

¿Qué es?

La lluvia de ideas es una técnica básica de trabajo en grupo que se utiliza con el fin de generar ideas en un periodo de tiempo. Para ello se forma un grupo reducido de personas (3 a 8) que conozcan perfectamente la oportunidad de mejora a tratar y se estimula a los integrantes a que participen en la aportación de ideas que sirvan para resolver una determinada situación.

¿Cuándo es utiliza?

- ✓ Abordar un problema.
- ✓ Encontrar soluciones alternas de un problema.
- ✓ Enunciar los elementos individuales de un proceso antes de organizarlos.
- ✓ Generar planteamientos de un problema antes de dirigirse a uno solo.
- ✓ Identificar oportunidades para mejorar.
- ✓ Involucrar a todos en el proceso.

¿Cómo se utiliza? (*)

NO ESTRUCTURADO (Flujo libre)

1. Escoger a alguien para que sea el facilitador y apunte las ideas.
2. Escribir en un rotafolio o en un tablero una frase que represente el problema y el asunto de discusión.
3. Escribir cada idea en el menor número de palabras posible. Verificar con la persona que hizo la contribución cuando se esté repitiendo la idea. No interpretar o cambiar las ideas.
4. Establecer un tiempo límite – aproximadamente 25 minutos.
5. Fomentar la creatividad. Construir sobre las ideas de otros. Los miembros del grupo de lluvia de ideas y el facilitador nunca debe criticar las ideas.
6. Revisar la lista para verificar su comprensión.
7. Eliminar las duplicaciones, problemas no importantes y aspectos no negociables. Llegar a un consenso sobre los problemas que parecen redundantes o no importantes.

ESTRUCTURADO (En círculo)

Tiene las mismas metas que la Lluvia de ideas No Estructurada. La diferencia consiste en que cada miembro del equipo presenta sus ideas en un formato ordenado (ej. de izquierda a derecha). No hay problema si un miembro del equipo cede su turno si no tiene una idea en ese instante.

SILENCIOSA (Lluvias de ideas escritas)

Es similar a la lluvia de ideas, los participantes piensan las ideas, pero registran en papel sus ideas en silencio. Cada participante pone su hoja en la mesa y la cambia por otra hoja de papel. Cada participante entonces puede agregar otras ideas relacionadas o pensar en nuevas ideas. Este proceso continuo por cerca de 30 minutos y permite a los participantes

construir sobre las ideas de otros y evitar conflictos o intimidaciones por parte de los miembros dominantes.

Consideremos que dentro de la lluvia de ideas podemos aplicar técnicas como la de los 5 ¿Por qué? y los 5 ¿Cómo?, para realizar preguntas y explorar las relaciones de causa-efecto, así como como las posibles soluciones de un problema planteado.

(*) Extraído de Lluvia de ideas. Sociedad Latinoamericana para la Calidad. 2000

LLUVIA DE IDEAS

IDENTIFICACION DE OPORTUNIDAD DE MEJORA (método cualitativo o cuantitativo)	
Identifique mediante la observación, los procesos que necesita mejorar en su servicio y escríbalos con su propia redacción	
Ejemplo: Listas de espera prolongada para Cirugías ambulatorias. Los días de estancia hospitalaria en ginecoobstetricia se encuentra por encima del estándar.	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
x	



ANEXO N° 2

MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS

¿Qué es?

Es una herramienta cualitativa que permite seleccionar una opción a partir de una lista de opciones en base a variables o criterios elegidos. Un criterio es una pauta o parámetro que permite evaluar y tomar una decisión colectiva por consenso.

¿Cuándo se utiliza?

Evaluar distintas opciones ponderándolas respecto a criterios de interés para un problema, de manera que se intenta objetivar la elección.

¿Cuáles son los pasos para su elaboración?

- ✓ Identificar los problemas a evaluar.
- ✓ Definir los criterios de ponderación.
- ✓ Construir la matriz, asignando una columna para el listado de problemas o posibles soluciones, una para cada criterio y finalmente una para el total.
- ✓ Para cada criterio se asigna un puntaje para su priorización (valor alto, medio y bajo). Cada evaluador registra su puntaje de valoración.
- ✓ Se suman los puntajes por criterio y se totalizan.
- ✓ La alternativa con mayor puntaje es la seleccionada.

Criterios para la priorización

- Frecuencia: Qué tan a menudo ocurren las alternativas evaluadas.
- Importancia: Elegir cuáles opciones son de mayor envergadura desde el punto de vista del usuario o equipo.
- Factibilidad: Se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señalados para cada alternativa.

Los valores a otorgar para la puntuación en cada criterio se definen por consenso de manera convencional antes de realizar el desarrollo:

Alto = 5 Medio = 3 Bajo = 1

Cuando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se suman y se escogerá el puntaje más alto obtenido.

MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS

N°	Problema de interés	Criterios de valoración			Total
		Frecuencia	Importancia	Factibilidad	
1	Tiempo de espera prolongado para atención en consulta externa	16 4 + 4 + 4 + 4	20 5 + 5 + 5 + 5	15 4 + 3 + 5 + 3	51
2	Insuficiente señalización hospitalaria	16 4 + 4 + 4 + 4	16 4 + 4 + 4 + 4	16 4 + 4 + 4 + 4	48
3	Baja satisfacción de usuarios del Servicio de laboratorio	16 4 + 4 + 4 + 4	16 4 + 4 + 4 + 4	17 4 + 4 + 5 + 4	49



ANEXO N° 4
ACTA DE REUNIÓN DE EQUIPO DE MEJORA

ACTA N° -----EM-HONADOMANI-SB-2021

Siendo lashoras del (dd) de (mm) de (aaaa) se dio inicio a la
reunión del equipo de mejora.....en
.....

AGENDA.....
.....

SEGUIMIENTO DE ACUERDOS EN REUNION ANTERIOR dd/mm/aaa

1.
2.
3.
4.

ACUERDOS DE REUNION

ACUERDOS	RESPONSABLES	FECHA DE CUMPLIMIENTO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

PARTICIPANTES

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA



ANEXO N° 5 GRÁFICO LINEAL

¿Qué es?

Una gráfica lineal es una representación de una serie de datos que han sido recolectados en un tiempo específico. Los datos se representan en una gráfica en intervalos de tiempo y se dibuja una línea conectando los puntos resultantes.

¿Cuándo se utiliza?

Se usa para mostrar tendencias de comportamiento de un evento o proceso (incrementos, decrementos o tendencias sin variación). Permite visualizar cambios que sufren los procesos en un período de tiempo o comparar el desempeño obtenido después de implementar una solución.

¿Cuáles son los pasos para su elaboración?

- ✓ Defina el período de tiempo que utilizará para recolectar la información (datos). Ejemplo: un mes, un trimestre, un año.
- ✓ Recolecte los datos. Se recomienda el involucrar de 20 a 25 datos para que sea representativo.
- ✓ Dibuje el eje vertical (eje "Y") para representar los datos. La escala dependerá de los valores que haya seleccionado.
- ✓ Dibuje el eje horizontal (eje "X") donde cada punto representará un período de tiempo. Puede ser días, horas, semanas, etc.
- ✓ Grafique la información. Coloque un punto en la gráfica por cada valor en el período de tiempo en que sucedió.
- ✓ Conecte todos los puntos con una línea. Ésta mostrará la tendencia de los datos observados en el período seleccionado.

Gráfico N° 3. Comparativo tasas mensuales de infecciones de sitio operatorio asociado a cesárea 2019-2020 HONADOMANI-SB



Fuente: Oficina de Epidemiología. HONADOMANI.SB



ANEXO N° 6

DIAGRAMA GLOBAL DEL PROCESO

¿Qué es?

Ilustración gráfica que permite identificar las personas, los servicios involucrados, sus productos y su interrelación con el proceso en estudio.

¿Cuándo se utiliza?

Ayuda a identificar:

- Los participantes en el proceso
- La secuencia de actividades a través de la cual fluye el proceso por los diferentes servicios.
- Las entradas y salidas de todo el proceso.
- Los productos / documentos que se generan en cada área del proceso.

Antes de elaborar un diagrama global de procesos se debe:

- Definir con precisión el proceso.
- Precisar, quien inicia el proceso y quien lo finaliza.
- Identificar los servicios o áreas que intervienen en el proceso.
- Identificar quien participa o quién es el responsable de cada actividad.
- Identificar la secuencia de proceso.
- Determinar los insumos de entrada y los productos de salida de cada actividad dentro del proceso.
- Identificar los productos/documentos generados en cada área del proceso.

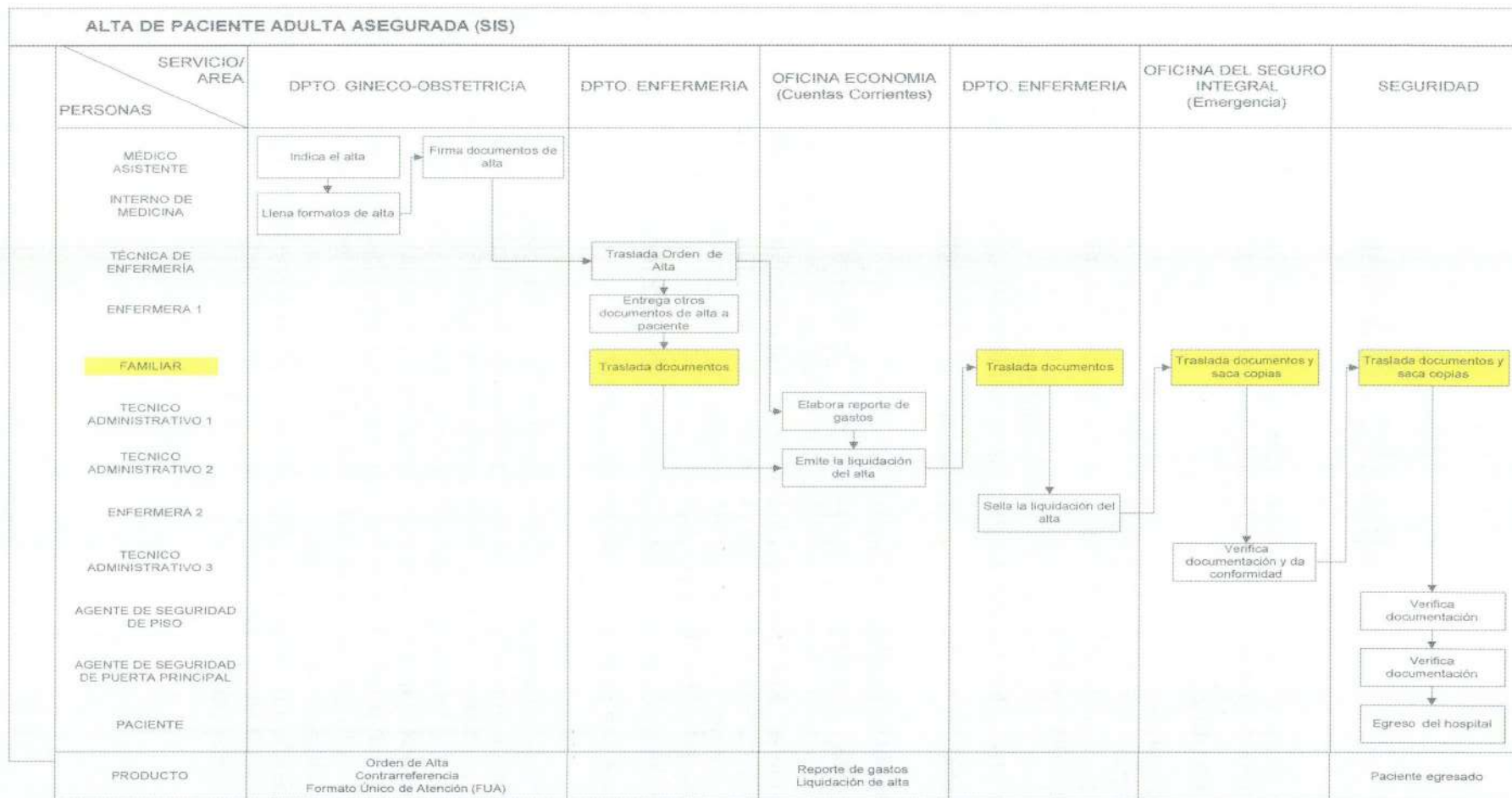
¿Cuáles son los pasos para su elaboración?

- Elaborar un cuadro de doble entrada. En la fila superior colocar las áreas o servicios que intervienen en el proceso en orden secuencial.
- En la columna izquierda colocar los responsables de cada actividad.
- En la fila inferior colocar, en la parte inferior de cada columna el producto/ documento que se genera en cada área o servicio.
- Determinar qué servicio es el principal responsable de esta actividad.
- Unir cada actividad con una línea que represente el flujo según secuencia cronológica (ver ejemplo).
- El diseño del diagrama se puede realizar utilizando los siguientes Software: Microsoft Visio, Microsoft Excel y la herramienta Bizagi para modelamiento de procesos.





DIAGRAMA GLOBAL DE PROCESO



Fuente. - Oficina de Gestión de la Calidad. HONADOMANI.SB

ANEXO N° 7

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

¿Qué es?

Son instrumentos de evaluación que pueden determinar, directa o indirectamente, modificaciones; logro de los objetivos, procesos, actividades o resultados. Debe representar las relaciones entre dos o más variables.

Los indicadores ideales deben reunir por lo menos cuatro requisitos básicos:

1. Ser válidos (medir realmente lo que se supone que miden).
2. Ser objetivos (dar el mismo resultado cuando lo aplican diferentes personas en situaciones similares).
3. Ser sensibles (tener la capacidad de captar cambios).
4. Ser específicos (reflejar los cambios realmente ocurridos en determinada situación).

Tipo de Indicadores

Donabedian fue el primero en plantear que los métodos para evaluar la calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados.

a. Indicadores de Estructura = **¿Cómo estamos prestando el servicio?**

Son los relacionados con las condiciones físicas e institucionales en las que se brinda la atención. Miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos.

Ejemplo:

- % de profesionales capacitados en atención integral y diferenciada de salud Adolescente.
- % de adolescentes afiliados a algún seguro de salud.

b. Indicadores de Proceso = **¿Estamos haciendo lo indicado para llegar a dónde queremos?**

Para impactar las medidas de resultado, usted tiene que mejorar los procesos. Medir los resultados de estos procesos de cambio le dirá si éstos lo están llevando hacia la mejora. ¿Están las partes/pasos del sistema desempeñándose conforme a lo planeado?

Ejemplo:

- % de gestantes con tamizaje de violencia.
- % de adolescentes con consejería en salud nutricional.

Indicadores de Resultado = **¿A dónde quiere llegar?**

La medición del resultado le dice si el cambio que está realizando realmente lo está llevando hacia la mejora. Le dicen cómo se está desempeñando el sistema - ¿cuál



es el resultado final? Tiene dos subgrupos: a) indicadores de impacto sobre la salud de la población; y b) indicadores que miden percepción del usuario sobre su experiencia en los servicios de salud.

Ejemplo:

- % de pacientes satisfechos con la atención global en consulta externa.
- Tasa de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS)

Pasos para la construcción de Indicadores:

1. Definir que se necesita medir (Objetivo).



2. Plantear nombre, fórmula de cálculo y unidad de medida.
Ej. Tasa, Razón, Porcentaje, número, índice, Rendimiento, Promedio, etc.
3. Definir los instrumentos de recolección de la información.
Fuente de información. - Libros, Reportes, Registros, etc.
4. Establecer línea de base y metas.
 - Línea de Base: Punto de partida para evaluar y dar seguimiento.
 - Meta: Es el valor que se espera alcance el indicador. Debe ser medible, periodo de cumplimiento y realista.
 - Rangos de interpretación: Se puede realizar semaforización, estableciendo criterios de calificación.



Insatisfactorio

Aceptable

Satisfactorio

5. Definir periodicidad para seguimiento y análisis de la información.
Establecer un cronograma de cumplimiento de metas parciales y finales.
6. Validar los indicadores.
 - ✓ ¿El indicador se relaciona con el objetivo?
 - ✓ ¿El indicador tiene estándar referente?

- ✓ ¿La unidad de medición es adecuada para la meta que se espera medir?
- ✓ ¿Es posible recopilar datos confiables y precisos para este indicador?
- ✓ ¿Está la información de este indicador disponible y accesible a los interesados?

7. Monitorear y evaluar (informes)

Producto del no cumplimiento del estándar establecido para cada indicador se esperaría una acción la cual depende del rango de gestión en que se encuentre el resultado de la medición del indicador, de la siguiente manera:

Acción preventiva:

Esta acción se genera cuando la medición del indicador se encuentra en el rango de gestión **ACEPTABLE**.

Acción correctiva:

Esta acción se genera cuando la medición del indicador se encuentra en el rango de gestión **DEFICIENTE**

MODELO DE FICHA TECNICA DEL INDICADOR

DESCRIPCION DEL INDICADOR	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador	Literal por el que se identifica.
Definición	Explica de qué se trata el indicador, lo que quiere medir.
Objetivo	Descripción del objetivo(s) de conocimiento que pretende alcanzar.
Fórmula de cálculo (Relación Operacional)	Se describe, el método de cálculo para la obtención del indicador.
Fuente de Datos	Es el documento que proporciona evidencia de la actividad desarrollada y su medio de soporte. Se menciona la fuente de datos que sean necesarios para su cálculo en el Numerador y Denominador.
Periodicidad	Señala la frecuencia con que se realizará la medición del indicador.
Interpretación	Es la interpretación que se hace de los resultados y representan el potencial de mejora para el proceso. Explica el resultado que se obtiene con el indicador. Ejem. Si fuera porcentaje, si el indicador se acerca a 1 implica que lo que se mide tiene una pequeña incidencia, pero si se acerca a 100 tiene una gran incidencia.
Estándar	Se orienta a la mejor situación posible, con los recursos disponibles.



MODELO DE INDICADOR DE RESULTADO

DESCRIPCION DEL INDICADOR DE RESULTADO	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador	Porcentaje de satisfacción global en Consulta externa. (% de pacientes satisfechos)
Definición	Grado de satisfacción de los usuarios con respecto a la atención recibida.
Objetivo	Medir el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios que presta la institución.
Relación Operacional	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios que se consideran satisfechos con los servicios de la institución}}{\text{N}^\circ \text{ total de usuarios encuestados por la institución}} \times 100$
Fuente de Datos	Resultado de la encuesta de satisfacción mensual.
Periodicidad	Mensual
Interpretación	Es el porcentaje de satisfacción global de los usuarios respecto a la atención recibida en consulta externa. Ej. El porcentaje de satisfacción global para este TRIMESTRE es de 96% y el 4% se encuentra no satisfecho por la prestación de los servicios teniendo en cuenta todos los aspectos evaluados por la encuesta de manera integral.
Estándar	90%



ANEXO N° 8 DIAGRAMA DE FLUJO

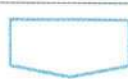
¿Qué es?

Es la representación gráfica de un proceso, procedimiento o rutina.

¿Cuándo se utiliza?

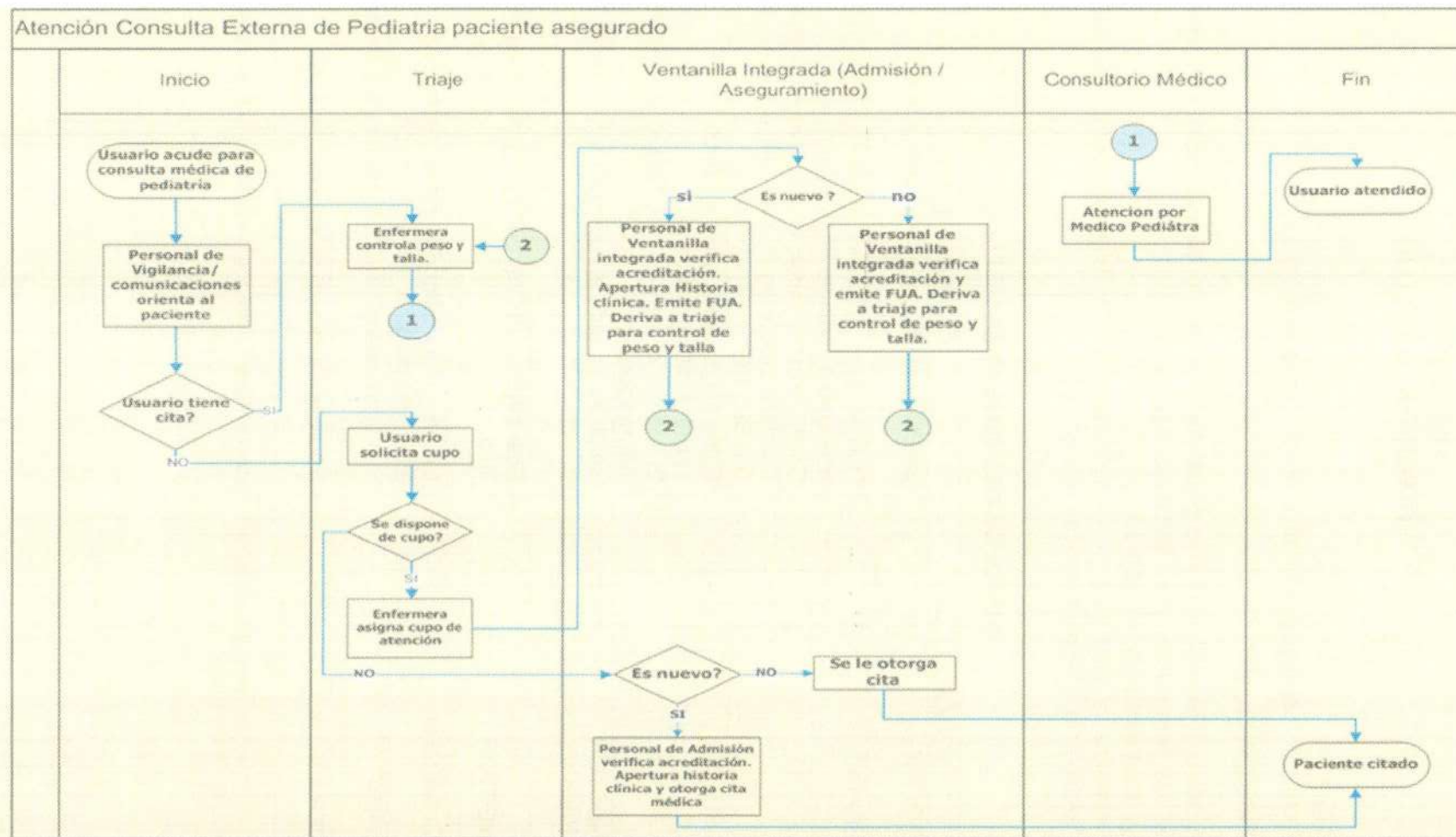
- ✓ Ayuda a determinar en forma global cómo se relacionan las fases de un proceso.
- ✓ Se usa para aclarar cómo funciona un proceso.
- ✓ Ayuda a rediseñar un proceso.
- ✓ Determina la existencia de actividades limitantes (cuellos de botella), faltantes, repetitivas o innecesarias demoras, etc.

SÍMBOLOS DEL DIAGRAMA DE FLUJO

SÍMBOLO	SIGNIFICADO
INICIO/ FIN 	Se utiliza al inicio y al fin de un proceso.
OPERACIÓN 	Utilice este símbolo para representar una actividad o conjunto de actividades.
DECISIÓN 	Se utiliza este símbolo en situaciones disyuntivas. Contiene una pregunta que se debe responder con SI o NO.
TRASLADO 	Este símbolo tiene dos funciones: 1) Unir símbolos entre sí 2) Indicar el sentido del flujo o el traslado de información.
CONECTOR DE PÁGINA 	Se utiliza cuando el flujo continúa en otra página
CONECTOR 	Este símbolo enlaza entre sí partes distantes del flujo.
DOCUMENTO 	Utilizar este símbolo para representar todo elemento portador de información.
ARCHIVO 	Se utiliza para el almacenamiento de información.
ESPERA 	Representa tiempo de espera

Fuente. - Guía técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la Gestión de la Calidad. MINSA

DIAGRAMA DE FLUJO



Fuente. - Oficina de Gestión de la Calidad. HONADOMANI. SB

ANEXO N° 9

DIAGRAMA DETALLADO DEL PROCESO

¿Qué es?

Identifica un área o servicio y analiza todos los procesos que se efectúan en él.

¿Cuándo se utiliza?

- ✓ Mostrar la relación existente entre los diversos procesos de un área o servicio determinado.
- ✓ Identificar los documentos que influyen en el proceso, así como sus datos más relevantes.

¿Cómo se utiliza?

Para elaborar el diagrama detallado de procesos se debe:

1. Identificar un proceso.
2. Identificar todos los pasos del proceso seleccionado y encerrarlos en círculos.
3. Conectar los círculos con flechas siguiendo el orden secuencial.
4. Identificar las tareas de cada paso.
5. Registrar todas las tareas debajo de cada paso, precisando quien las realiza.

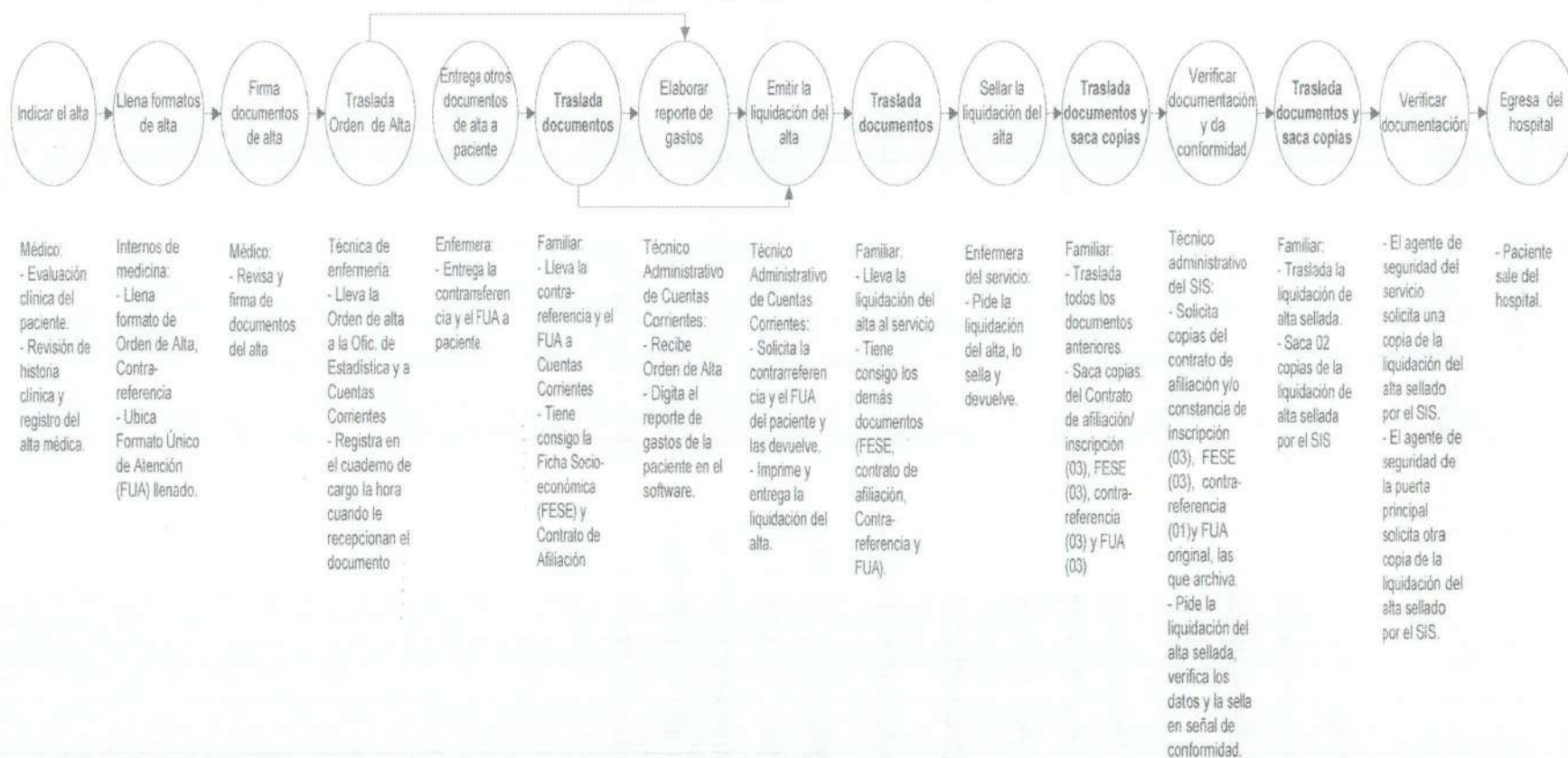




DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

DIAGRAMA DETALLADO DE PROCESOS

ALTA DE PACIENTE ADULTA ASEGURADA (SIS)



Fuente. - Oficina de Gestión de la Calidad.HONADOMANI.SB

ANEXO N° 10

DIAGRAMA DE OPERACIONES

¿Qué es?

Es una técnica de descomposición y diagramado que consiste en identificar, actividad por actividad, las diferentes operaciones del proceso, listarlas en un formulario a propósito y anotar para cada una de ellas el tipo de actividad de que se trata. El resultado es una lista completa de actividades, secuencialmente en orden de ejecución en el tiempo, junto con su tipo, lo que como hemos dicho proporciona una base inicial para una crítica posterior.

¿Cuándo se utiliza?

Este diagrama se utiliza para identificar, actividad por actividad, en las diferentes fases del proceso, listarlas en un formulario a propósito, y anotar para cada una de ellas el tipo de actividad de que se trata.

¿Cuáles son los pasos para su elaboración?

- Se identifica el servicio y el proceso a estudiar (ver formato del ejemplo).
- Registrar el nombre del establecimiento, servicio y el proceso a realizar.
- Colocar la fecha del desarrollo del diagrama y el número de la hoja.
- Identificar el inicio y fin del proceso
- Describir cada actividad en forma consecutiva. Indicando duración (tiempo).
- Mediante flechas unir los símbolos de cada actividad.
- Totalizar los tiempos para los distintos símbolos: inicio / fin, actividad, documento, archivo, traslado y espera.



DIAGRAMA DE OPERACIONES (De tiempos y movimientos)

		DESCRIPCIÓN							PASOS ACTUALES		PASOS PROPUESTOS		
CENTRO ASISTENCIAL: HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO (HONADOMANI) - SAN BARTOLOME SERVICIO: CONSULTORIO DE OBSTETRICIA PROCESO: ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA DE GESTANTES NUEVAS ASEGURADAS. RESPONSABLE: JEFE DE LOS SERVICIOS MÉDICOS		INICIO / FIN							2				
		ACTIVIDAD							6				
		DOCUMENTO							0				
		ARCHIVO							0				
		TRASLADO							6				
		ESPERA							6				
JUNIO DEL 2016		TOTAL DE PASOS							20				
Nº de Actividad	DESCRIPCIÓN	INICIO / FIN	ACTIVIDAD	DOCUMENTO	ARCHIVO	TRASLADO	ESPERA	ACTIVIDADES A ELIMINAR	ACTIVIDADES A SIMPLIFICAR	TIEMPO NORMAL	TIEMPO PROPUESTO	TIEMPO LOGRADO	OBSERVACIONES
1	Usuaría llega al establecimiento												
2	Traslado de la usuaria a Triaje de Obstetricia (1er piso)								X				
3	Espera Atención en Triaje								X				
4	Atención en Triaje (separa cupo de atención)								X				
5	Traslado de la usuaria a la Ventanilla de Referencias (Emergencia)							X					
6	Espera en Ventanilla de Referencias							X					
7	Atención en Ventanilla de Referencias							X					
8	Traslado a Triaje de Obstetricia								X				
9	Espera de Atención en Triaje de Obstetricia								X				
10	Atención en Triaje de Obstetricia (entrega de cupo: Control de peso - talla)												
11	Traslado a Ventanilla de Admisión (1er piso)												
12	Espera en Ventanilla de Admisión												
13	Atención en Ventanilla de Admisión (Apertura de Historia Clínica y Emisión del FUA)												
14	Traslado a Triaje de Obstetricia												
15	Espera en Triaje												
16	Atención en Triaje (Llenado de Historia y Carnet perinatal)												
17	Traslado de la usuaria a consultorio de obstetricia asignado												
18	Espera para la atención en consultorio médico												
19	Atención en consultorio médico												
20	Usuaría atendida												
TOTALES		2	6	0	0	6	6						

Fuente. - Oficina de Gestión de la calidad. HONADOMANI.SB



ANEXO N° 11

DIAGRAMA DE CAUSA-EFECTO

¿Qué es?

Es una herramienta que representa la relación entre un efecto (problema) y todas las posibles causas que lo ocasionan. Es una herramienta efectiva para estudiar procesos, situaciones y para desarrollar un plan para recolección de datos. Complementa la lluvia de ideas ayudando a investigar los factores contribuyentes.

¿Cuándo se utiliza?

- ✓ Se utiliza para clarificar las causas raíz de un problema.
- ✓ Clasifica las diversas causas que se piensa que afectan los resultados del trabajo, señalando con flechas la relación causa – efecto entre ellas.

¿Cuáles son los pasos para su elaboración?

1. Elabore un enunciado claro del problema, el cual será la cabeza del pescado.
2. Empiece con dibujar el diagrama de esqueleto de pescado colocando el problema en el cuadro de la derecha (cabeza).
3. Identifique las categorías, factores contribuyentes o causas principales (las más comunes utilizadas son: equipo, método, personal, usuario, aunque puede colocar otras categorías de acuerdo al problema que se está trabajando como: gestión y medio ambiente entre otras) y grafique las espinas grandes oblicuas a la flecha central o esqueleto.
4. Grafique las causas principales en oblicuas a la flecha central.
5. Cuando sea posible determinar las causas de 2do y 3er nivel de acuerdo a cada elemento analizado, se grafican como oblicuas a las categorías.

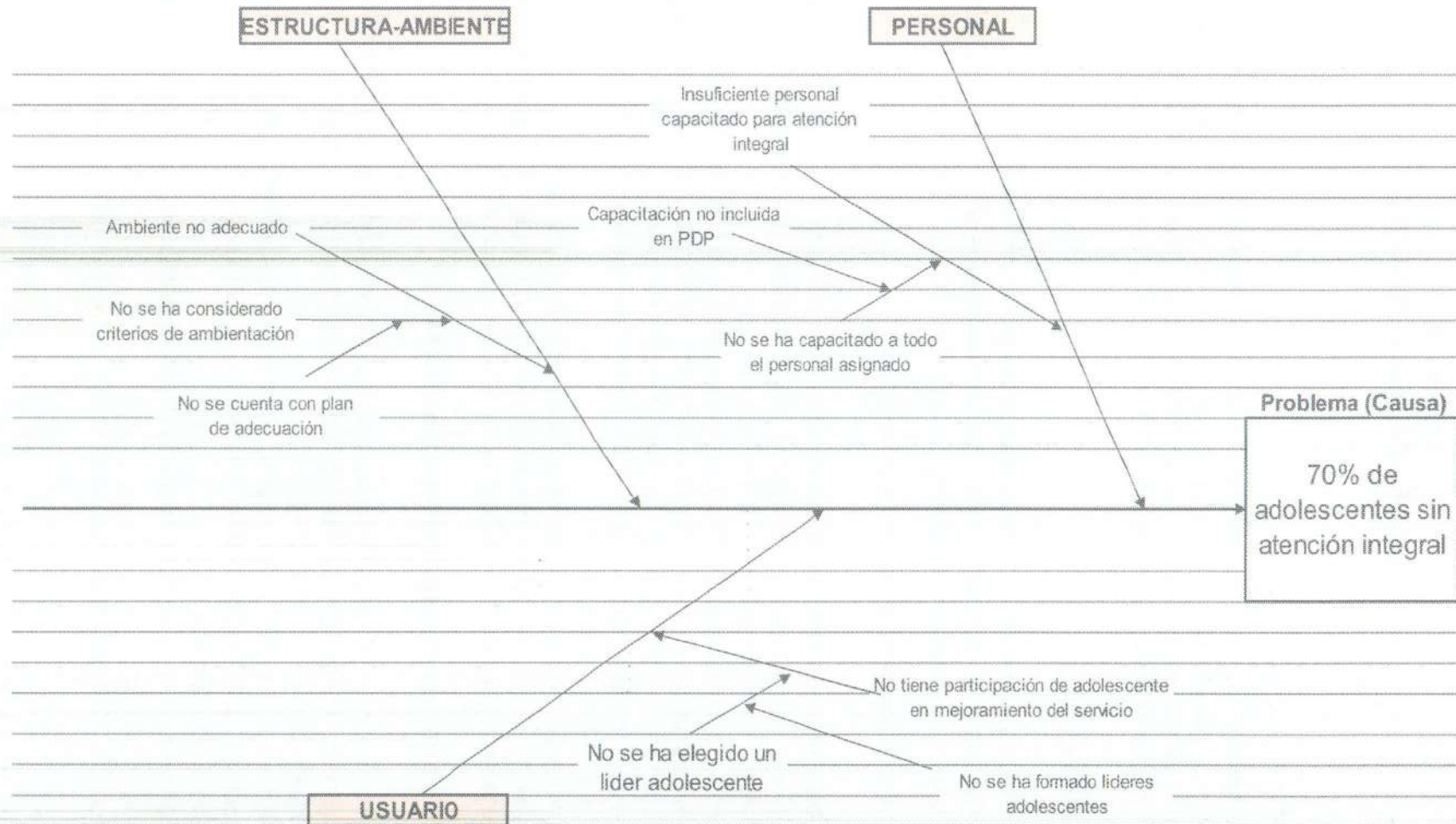
Factores principales que afectan a los procesos:

1. Mano de obra. – El recurso humano que participan en la ejecución del proceso.
2. Maquinas. - Hardware y software, equipos, instrumentos, entre otros, que son utilizados para ejecutar el proceso.
3. Materiales. - Insumos, información, entre otros, que ingresan en el proceso.
4. Medición. - Indicadores sobre calidad, oportunidad, cantidad, entre otros, que miden el proceso hoy.
5. Medio ambiente. - Factores externos tales como el clima, el gobierno, el entorno, la sociedad, etc.
6. Métodos. – Conocimientos, documentos normativos, políticas, manuales, etc.





DIAGRAMA CAUSA EFECTO



ANEXO N° 12

TÉCNICA ¿POR QUÉ? ¿POR QUÉ?

¿Qué es?

Técnica cualitativa que mediante la lluvia de ideas y preguntándose ¿Por qué ocurre el problema?, ayuda a determinar las causas principales de un problema. Se utiliza durante la fase de análisis de problemas. La finalidad es identificar las causas raíces, que son las causas fundamentales generadoras del problema.

¿Cuándo se utiliza?

- ✓ Para identificar las causas principales y raíces de un problema.

¿Cuáles son los pasos para su elaboración?

- Tener clara definición del problema.
- Construir una tabla de dos a cinco columnas.
- Realizar una primera lluvia de ideas, empezando a preguntarse ¿Por qué ocurre esto? , obteniéndose las causas evidentes que originan el problema, colocándolas en la primera columna.
- Realizar una segunda lluvia de ideas, preguntándose ¿Por qué ocurren estas causas? Para determinar las causas fundamentales colocándolas en la segunda columna.
- Repetir los mismos pasos en una tercera, cuarta o quinta columna. (Casi siempre es hasta 5ta ronda).

Ejemplo. - ¿Por qué no hay camas disponibles en el Servicio de hospitalización para pacientes de emergencia? Ver tabla adjunta.





TÉCNICA ¿PORQUÉ? ¿PORQUÉ?

PROBLEMA : No hay camas disponibles en servicio de hospitalización para pacientes de emergencia.

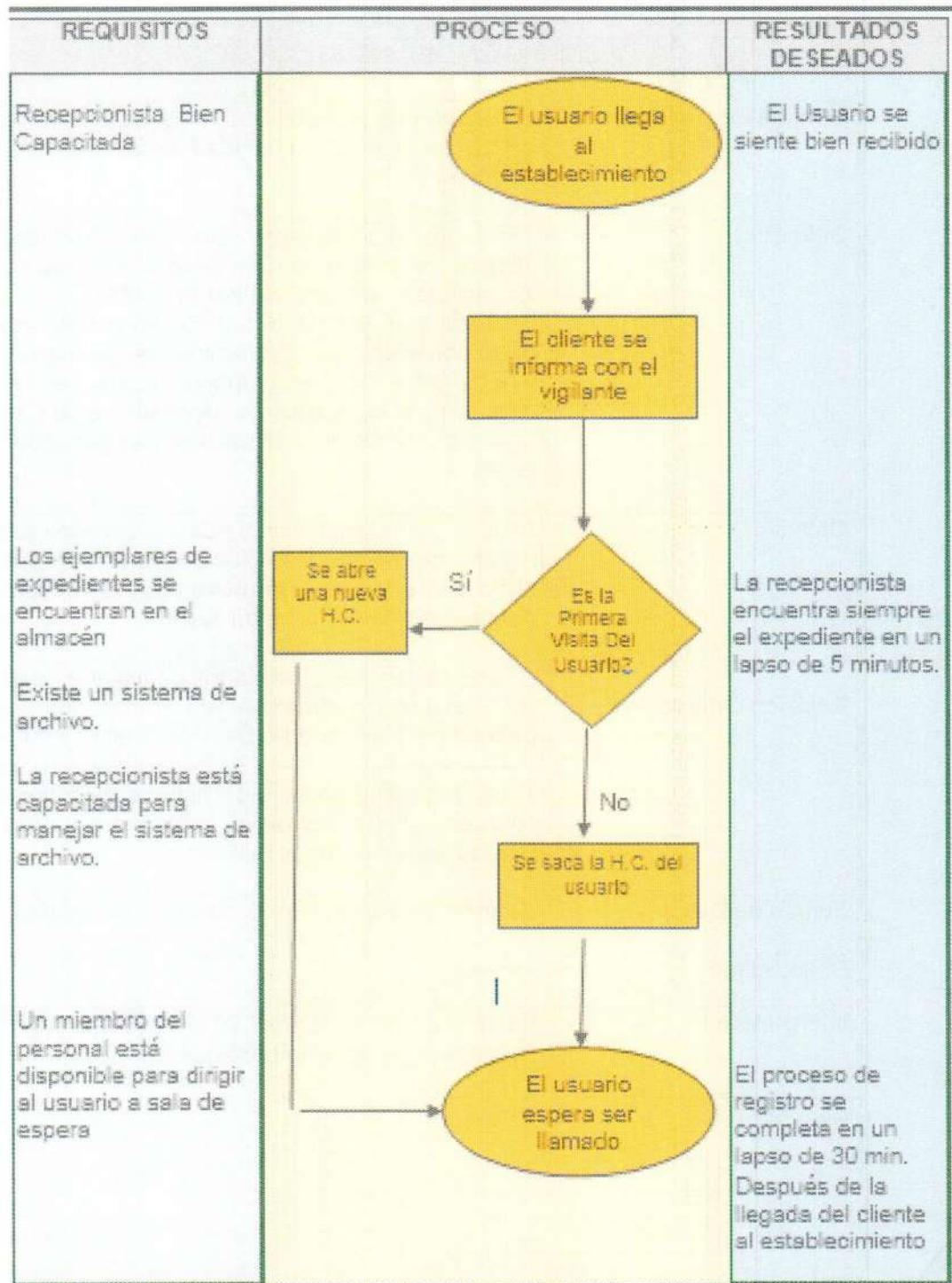
Problema	1 ¿Por qué?	2 ¿Por qué?	3 ¿Por qué?	4 ¿Por qué?	5 ¿Por qué?
No hay camas disponibles en Servicio de hospitalización para pacientes de emergencia	¿Por qué no hay camas disponibles en el Servicio de hospitalización?	¿Por qué existe capacidad limitada?	¿Por qué hay estancia prolongada?	¿Por qué hay demora para realizar exámenes de laboratorio?	¿Por qué están agotados algunos insumos para exámenes de laboratorio?
	Existe capacidad limitada	Hay estancia prolongada	Hay demora para realizar exámenes de laboratorio	Están agotados los algunos insumos para exámenes de laboratorio	Servicio de laboratorio no ha programado el abastecimiento adecuado según demanda
Causa raíz principal	Servicio de laboratorio no ha programado el abastecimiento adecuado según demanda				

ANEXO N° 13
FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR
INDICADOR DE PROCESO

DESCRIPCION DEL INDICADOR DE PROCESO	
CAMPO	CONTENIDO
Nombre del indicador	Proporción de procedimientos de higiene de manos según técnica en la Unidad o Servicio... en el período X.
Definición	Nivel de cumplimiento del procedimiento de higiene de manos según técnica descrita por la Organización Mundial de Salud (OMS). En base a un estimado del total de procedimientos (que considera las oportunidades de higiene de manos para un determinado profesional en un período) y el cumplimiento esperado se calcula una muestra y se aleatorizan los días de aplicación de la pauta.
Objetivo	Evaluar el cumplimiento del procedimiento de higiene de manos con solución hidroalcohólica con el fin de contribuir a la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
Relación Operacional	$\frac{\text{N° procedimientos observados de higiene de manos con solución hidroalcohólica realizados según protocolo en la Unidad o Servicio ...en el Periodo X}}{\text{Total de procedimientos de higiene de manos con solución hidroalcohólica observados en la Unidad/Servicio...en el período X}} \times 100$
Fuente de Datos	Registro de supervisión de higiene de manos.
Periodicidad	Trimestral
Interpretación	Es el nivel de cumplimiento de higiene de manos según técnica descrita por la OMS.
Estándar	$\geq 60\%$



ANEXO N° 14
DIAGRAMA DE FLUJO CON REQUISITOS
Y RESULTADOS DESEADOS



ANEXO N° 15

DIAGRAMA DE ÁRBOL

¿Qué es?

Técnica cualitativa que representa una cadena de soluciones resultantes de las preguntas: ¿Cómo hacerlo?, ¿Qué decido? Se le conoce también como el árbol de decisiones. Utiliza la técnica

¿Cuándo se usa?

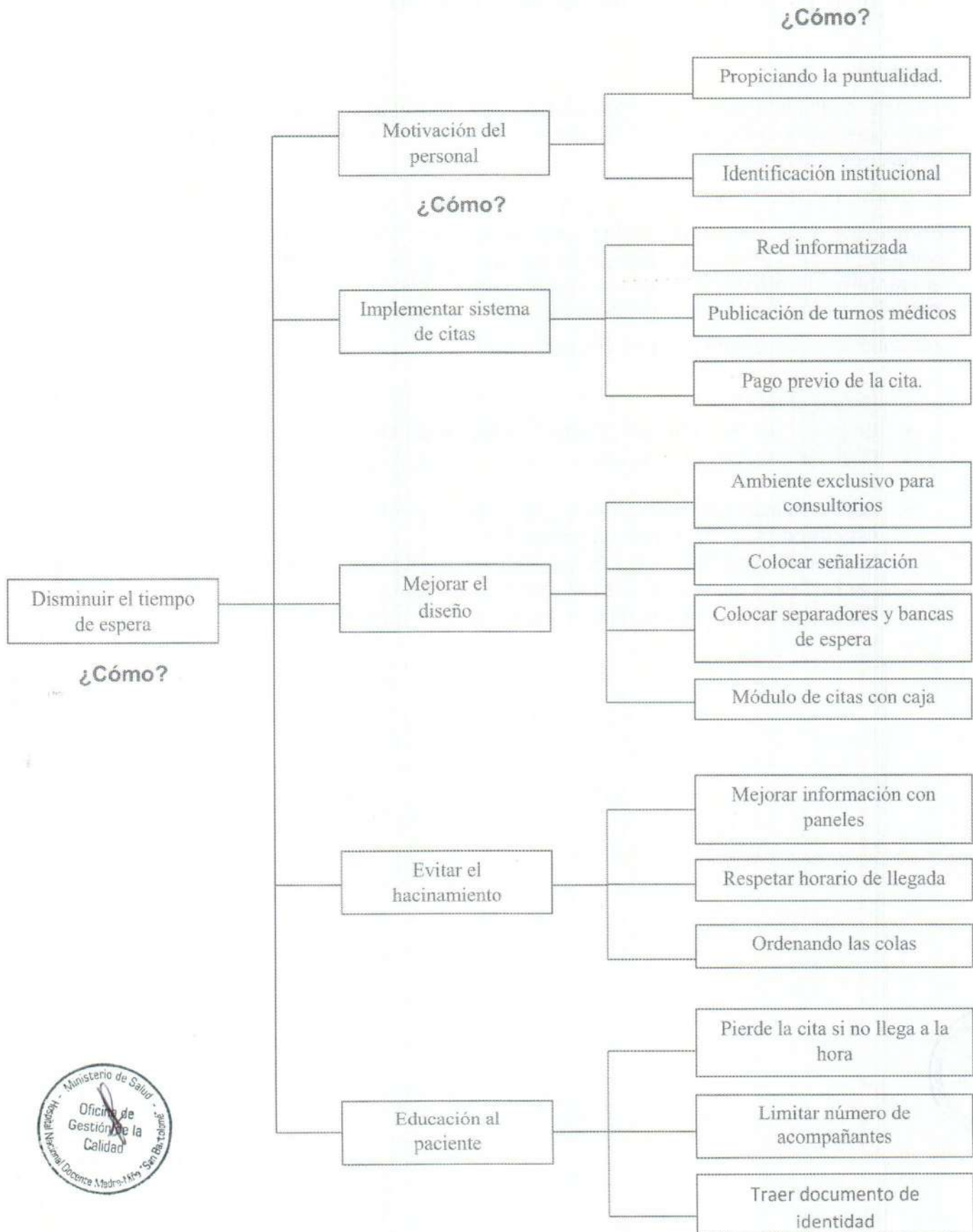
Permite tomar secuencialmente decisiones ante dos o más posibilidades considerar secuencialmente varias soluciones alternativas en vez de solo identificar la solución aparentemente obvia, determinando pasos específicos que se deben seguir para implantar soluciones finales. Utiliza la técnica del ¿Cómo? ¿Cómo?

¿Cuáles son los pasos para su elaboración?

- Definir el problema.
- Empezar por preguntarse ¿**Cómo** resolver el problema?
- Graficar un rectángulo y colocar la solución que respondió al punto número uno.
- Abrir ramificaciones de acuerdo a las posibles acciones que se vayan explorando al preguntarse ¿**Cómo** hacerlo?
- Repetir en cada una de las ramificaciones la pregunta ¿**Cómo** hacerlo? - para obtener alternativas de solución en cada una.
- Repetir el mismo procedimiento las veces que sea necesario.



DIAGRAMA DE ARBOL



ANEXO N°16

ANÁLISIS COSTO/BENEFICIO (*)

¿Qué es?

El análisis costo/beneficio es el proceso de colocar cifras en dólares en los diferentes costos y beneficios de una actividad. Al utilizarlo, podemos estimar el impacto financiero acumulado de lo que queremos lograr.

¿Cuándo se utiliza?

Se debe utilizar el Análisis Costo/Beneficio al comparar los costos y beneficios de las diferentes decisiones. Un Análisis Costo/Beneficio por si solo puede no ser una guía clara para tomar una buena decisión. Existen otros puntos que deben ser tomados en cuenta ej. La moral de los empleados, la seguridad, las obligaciones legales y la satisfacción del cliente.

¿Cómo se utiliza?

El Análisis Costo/Beneficio involucra los 6 siguientes pasos:

- 1) Llevar a cabo una lluvia de ideas o reunir datos provenientes de factores importantes relacionados con cada una de las decisiones.
- 2) Determinar los costos relacionados con cada factor. Algunos costos como la mano de obra serán exactos mientras que otros deberán ser estimados.
- 3) Sumar los costos totales para cada decisión propuesta.
- 4) Determinar los beneficios en dólares para cada decisión.
- 5) Poner las cifras de los costos y beneficios totales en la forma de una relación donde los beneficios son el numerador y los costos son el denominador.

BENEFICIOS

COSTOS

- 6) Comparar las relaciones Beneficios a Costos para las diferentes decisiones propuestas. La mejor solución, en términos financieros es aquella con la relación más alta de beneficios a costos.

$$B/C = \frac{\text{BENEFICIOS (POSITIVOS - NEGATIVOS)}}{\text{COSTOS}}$$

El valor B/C puede cambiar considerablemente si los beneficios negativos son considerados como costos. Además, el B/C debe ser mayor o igual a 1.0 para que sea un proyecto económicamente ventajoso.

(*) Sociedad Latinoamericana para la Calidad



ANALISIS COSTO BENEFICIO

OPORTUNIDAD	COSTO	BENEFICIO	COSTO	DESEABLE		
				B/C	SI	NO
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
COSTOS TOTALES	C	BENEFICIOS TOTALES	B			



ANEXO N° 17

MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE SOLUCIONES

¿Qué es?

Es una herramienta cualitativa que permite seleccionar una opción a partir de una lista de opciones en base a variables o criterios elegidos. Un criterio es una pauta o parámetro que permite evaluar, tomar una decisión colectiva por consenso y seleccionar una solución óptima.

¿Cuándo se utiliza?

Evaluar distintas opciones ponderándolas respecto a criterios de interés para una alternativa propuesta como solución al problema, de manera que se intenta objetivar la elección.

¿Cuáles son los pasos para su elaboración?

- ✓ Identificar las alternativas de solución propuestas por el equipo.
- ✓ Definir los criterios de ponderación.
- ✓ Construir la matriz, asignando una columna para el listado de alternativas de solución propuestas para el logro de cada objetivo específico, una columna para cada criterio y finalmente una para el total.
- ✓ Para cada criterio se asigna un puntaje para su priorización (valor alto, medio y bajo). Cada evaluador registra su puntaje de valoración.
- ✓ Se suman los puntajes por criterio y se totalizan.
- ✓ La alternativa con mayor puntaje es la seleccionada.

Criterios para la priorización

- Pertinencia. - ¿Qué tan oportuna, adecuada y conveniente es la alternativa propuesta?
- Factibilidad. - ¿Es posible (disponibilidad de los recursos necesarios) y aceptable implementar la alternativa?, ¿Cuál es el impacto sobre la causa identificada?,
- Sustentabilidad. - ¿Es una solución a corto o largo plazo?

Los valores a otorgar para la puntuación en cada criterio se definen por consenso de manera convencional antes de realizar el desarrollo:

Alto = 5 Medio = 3 Bajo = 1

Cuando la evaluación es realizada por un equipo, cada persona asignará una puntuación para cada uno de los problemas de acuerdo a cada criterio. Todos los puntajes asignados por criterio se suman y se escogerá el puntaje más alto obtenido.





MATRIZ DE PRIORIZACION DE SOLUCIONES

OBJETIVOS ESPECIFICOS	SOLUCIONES PROPUESTAS	CRITERIOS DE VALORACIÓN			TOTAL
		PERTINENCIA	FACTIBILIDAD	SUSTENTABILIDAD	
1					
2					
3					

Puntaje Alto = 5 Medio = 3 Bajo = 1





ANEXO N° 18
DIAGRAMA DE GANTT DE PILOTO

Problema:

.....
.....

Objetivo

ACTIVIDAD	TAREAS	RESPONSABLE	SEMANAS					
			1	2	3	4	5	6



ANEXO N° 19
MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE PILOTO

ACTIVIDADES	TAREAS	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA	FECHA EJECUTADA	ESTADO DE AVANCE			MEDIOS DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
					C	I	Nc		
OBJETIVO ESPECIFICO 1									
1.1	1.1.1 1.1.2 1.1.3								
1.2									
1.3									
1.4									
1.5									
TOTALES									
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO					%.....				

FECHA DE PROXIMO SEGUIMIENTO.....





ANEXO N° 20 DIAGRAMA DE GANTT DE PLAN DE ACCIÓN DE PROYECTO DE MEJORA

NOMBRE DEL PROYECTO DE MEJORA

OBJETIVO GENERAL

ACTIVIDAD	TAREAS	RESPONSABLE	MESES										COSTO
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
OBJETIVO ESPECIFICO 1													
1.1	1.1.1												
	1.1.2												
	1.1.3												
1.2	1.2.1												
	1.2.1												
	1.2.3												
OBJETIVO ESPECIFICO 2													
2.1	2.1.1												
	2.1.2												
	2.1.3												
2.2	2.2.1												
	2.2.2												
	2.2.3												

ANEXO N° 21
MODELO DE ACTA DE REUNIONES DE SOCIALIZACIÓN

ACTA N° -----EM-HONADOMANI-SB-2021

Siendo las horas del (dd) de (mm) de (aaa) se dio inicio a la reunión de socialización de en
.....

ASUNTO

.....
.....
.....

DESARROLLO DE LA REUNION (Descripción de las presentaciones realizadas, preguntas de los participantes)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CONCLUSIONES

- 1)
- 2)
- 3)

EVIDENCIAS

REGISTRO DE PARTICIPANTES

Nombres y apellidos	Departamento/Servicio/Oficina	Firma

Siendo las horas se termina la reunión.



ANEXO 22
MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE PLAN DE ACCIÓN DE
PROYECTO DE MEJORA.

COLUMNA N° 1.- Describir las actividades propuestas para la resolución del problema priorizado.

COLUMNA N° 2.- Puntualizar los responsables involucrados para llevar a cabo las actividades propuestas, especificando nombres y puestos.

COLUMNA N° 3.- Consignar fecha programada de las actividades propuestas.

COLUMNA N° 4.- Consignar fecha real de ejecución de las actividades.

COLUMNA N° 5.- Señalar estado de avance del cumplimiento de actividades propuestas.

COLUMNA N° 6.- Indicar las fuentes de verificación.

COLUMNA N° 7.- Señalar observaciones, identificando las causas que interfieren en la implementación de las actividades (soluciones). Establecer la fecha de la próxima visita de seguimiento.

C : Cumple

I : Incompleto

Nc : No cumple

➤ Indicar porcentaje de cumplimiento.





MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE PLAN DE ACCION DE PROYECTO DE MEJORA

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PRODUCTO	FECHA PROGRAMADA	FECHA EJECUTADA	ESTADO DE AVANCE			MEDIOS DE VERIFICACION	OBSERVACIONES
					C	I	Nc		
OBJETIVO ESPECIFICO 1									
1.1									
1.2									
1.3									
1.4									
1.5									
	TOTALES								
	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO				%				

FECHA PRÓXIMO SEGUIMIENTO.....





ANEXO 23
MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE INDICADORES

Nombre del indicador							
Valor de medición basal	% de variación con el estándar/meta comprometida	Estándar/ meta comprometida	1era medición	2da medición	3era medición	4ta medición	Medición obtenida al término del proyecto

ANEXO N° 24 GRÁFICOS DE CONTROL

¿Qué es?

El gráfico de control es una herramienta que sirve para monitorear el comportamiento de un proceso. Su utilidad radica en que permite cuantificar la variación de un proceso, ubicar un proceso, monitorear un proceso en tiempo real y determinar cuándo tomar acción en un proceso específico.

¿Cuándo se usa?

Se usa durante la recolección de datos en la operación del proceso.

¿Cómo se elabora?

En estos gráficos se controla la variación de una determinada característica que sea medible, como, por ejemplo, dimensiones, pesos, etc.

- Determinar el proceso a observar
- Se determina un tamaño de muestra apropiado
- Tomar mediciones y agrupar en el orden en que se obtienen los datos
- Calcular el valor promedio de las medidas obtenidas y su rango (restar valor máximo del mínimo).
- Obtener al menos 25 muestras
- Graficar los límites de control superior e inferior de acuerdo a fórmulas estadísticas.

Ejemplo

En el presente cuadro se muestra el tiempo promedio que demora en ser atendido el paciente desde que llega al establecimiento hasta que ingresa al consultorio externo de medicina pediátrica (en minutos), información tomada durante 8 semanas de lunes a viernes ($n=5$).

Medición de tiempo de espera para atención de usuario
Consulta externa de Medicina Pediátrica

Días	SEMANAS							
	1	2	3	4	5	6	7	8
L	50	135	89	32	127	177	70	142
M	30	78	76	28	72	54	112	100
M	120	37	72	98	72	54	31	150
J	60	60	54	74	68	82	74	160
V	90	50	39	68	21	93	83	138
$\bar{X}$	70	72	66	60	72	92	74	138
$\bar{R}$	90	98	50	70	106	123	81	60



Paso 1:

Agrupar en el orden que se obtienen los datos y hallar la media y el rango.
Para hallar la media de la primera semana (siendo K=5)

$$X_1 = \frac{50+30+120+60+90+70}{5} = 70$$

5

(Procediendo de la misma forma hasta la semana 8)

Rango para la primera semana:

El valor mayor **menos** el menor: $120 - 30 = 90$, del mismo modo hasta completar la semana 8.

Paso 2:

Calcule el promedio de la media del proceso y el promedio del rango

$$\bar{X}_t = \frac{70+72+66+60+72+92+74+138}{8} = 80.50 \text{ Promedio de la media - Limite central}$$

$$\bar{R} = \frac{90+98+50+70+106+123+81+60}{8} = 84.75 \text{ Promedio del Rango}$$

8

Calcular los Límites :

LSC = $\bar{X} + A_2 \bar{R}$ (Limite Superior de Control)

$A_2 = 0.577$ (ver cuadro de valores, dado que el tamaño de la muestra es $n=5$)

$$LSC = 80.50 + (0.577) (84.75) = 129.40$$

LIC = $\bar{X} - A_2 \bar{R}$ (Limite Inferior de Control)

$$LIC = 80.50 - (0.577) (84.75) = 31.60$$

Donde: $\bar{X}$: Valor promedio $\bar{R}$: Rango promedio

(*) A_2 : Constante (cuadro de valores)

Cuadro de Valores

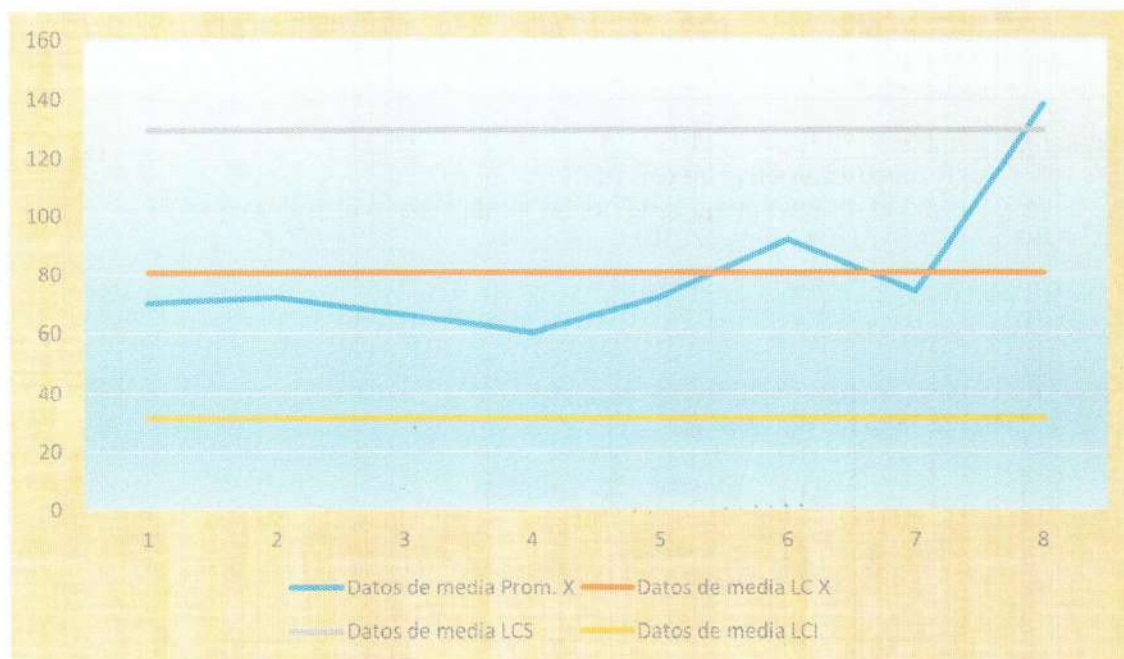
Tamaño de la muestra o subgrupo (n)	Factor A2 (*)
2	1,880
3	1,023
4	0,729
5	0,577
6	0,483
7	0,419
8	0,373
9	0,337
10	0,308



**Tiempo de espera para atención en Consultorio externo de
Medicina Pediátrica**

Semanas	Datos de media			
	Prom. $\bar{X}$	LC $\bar{X}$	LCS	LCI
1	70	80.5	129.4	31.6
2	72	80.5	129.4	31.6
3	66	80.5	129.4	31.6
4	60	80.5	129.4	31.6
5	72	80.5	129.4	31.6
6	92	80.5	129.4	31.6
7	74	80.5	129.4	31.6
8	138	80.5	129.4	31.6

**Gráfico de Control de tiempo de espera en la atención semanal
Consultorio externo de Medicina Pediátrica**



Como se puede observar en el gráfico, el tiempo promedio por semana que demora en ser atendido un usuario desde que llega al establecimiento hasta que ingresa al consultorio externo de medicina pediátrica es de 80.5 minutos, encontrándose dentro de los límites permisibles (LIC= 31.6 min. y LCS= 129.4 min.), excepto en la semana 8 en que el tiempo promedio es de 138 minutos, el cual se encuentra fuera del límite de control superior (129,40 min.), lo que indica una variación inusual (acontecimientos no planificados como la tardanza o inasistencia de personal entre otros), por lo que el equipo de mejora deberá analizar las causas que ocasionaron esta situación y concentrar sus esfuerzos en eliminarla y encauzar el proceso dentro de los límites establecidos.

ANEXO N° 25

ESTRUCTURA DE INFORME DE EVALUACIÓN DE
PROYECTO DE MEJORA

- 1) NOMBRE DEL PROYECTO
- 2) OBJETIVO GENERAL
- 3) OBJETIVOS ESPECIFICOS
- 4) ACTIVIDADES
- 5) INDICADORES
- 6) COSTOS
- 7) FUENTES DE VERIFICACION
- 8) CONCLUSIONES
- 9) LECCIONES APRENDIDAS

