



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

LN15:2017

**LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO
DE LA CALIDAD EN SALUD**

Tegucigalpa, M.D.C. Honduras C.A.

Noviembre, 2017



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

LN15: 2017

LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN SALUD

Numero de referencia
LN 15: 2017



AUTORIDADES DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Dr. Octavio Sánchez Midence

Secretario de Estado en el Despacho de Salud

Dra. Karina Silva

Sub Secretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Elvia María Ardón

Directora General de Normalización

Dr. Roberto Cosenza

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Silvia Yolanda Nazar Hernández

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Roxana Aguilar

Directora General de Desarrollo de Recursos Humanos

APROBACIÓN

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización, mediante **RESOLUCIÓN No 25 DGN - LN15: 2017 del 10 de Abril del 2018**, me permito aprobar el documento **“Lineamientos Técnicos para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud”**

Contenido

1. Introducción.....	1
2. Acrónimos, símbolos y términos abreviados.....	2
3. Términos y Definiciones	2
4. Objeto.....	3
5. Campo de aplicación.....	3
6. Marco de referencia.....	3
7. Metodología de Mejoramiento continuo de la calidad en salud.....	7
7.1 <i>Gestión del MCCS</i>	7
7.1.1 Microgestión:	7
7.1.2 Mesogestión:	8
7.1.3 Macrogestión:	9
7.2 <i>Desarrollo de la Metodología de MCCS¹².....</i>	10
7.2.1 Paso 1: Identificación de problemas, objetivos y equipo de mejoramiento.....	13
7.2.2 Paso 2: Análisis de procesos.....	17
7.2.3 Paso 3: Desarrollo de intervenciones de mejoramiento.....	27
7.2.4 Paso 4: Implementación de las Ideas de Cambio.....	29
7. Bibliografía.....	33
8. Anexos.....	34

1. Introducción

Desde hace algunos años, las organizaciones sanitarias en Honduras, especialmente la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social, han venido desarrollando e implementando procesos para mejorar la calidad de la atención en salud con la finalidad proteger la salud y garantizar la seguridad y satisfacción de la población.

La calidad y el mejoramiento de la Atención en Salud se han convertido en una de las estrategias más importantes para todas las organizaciones sanitarias, a través de la cual se alcanza progresivamente los resultados esperados.

Se ha avanzado en establecer de manera más precisa el marco normativo y regulatorio necesario para darle contexto al enfoque de calidad en Honduras, incluyendo la oficialización de la Política Nacional de Calidad en Salud del 2011 y la Estrategia Nacional de Calidad del 2017. Si bien es cierto existen documentos oficiales emitidos por la Unidad de Gestión de Calidad de la Secretaría de Salud relacionados al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud, otras organizaciones sanitarias implementan su propia metodología de mejoramiento continuo, en las organizaciones sanitarias, se ha trabajado mucho en la puesta en práctica de dicho mejoramiento en los diferentes niveles de atención, aunque no de forma homologada. Por ello, los presentes lineamientos especifican y detallan las directrices que deben ser cumplidas para que el entendimiento teórico y la aplicación práctica del Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud (MCCS) y sean homogéneos independientemente de la organización que lo aplique dentro de Honduras.

2. Acrónimos, símbolos y términos abreviados

ATA: Registro de atenciones médicas y no médicas
ES: Establecimiento de Salud
IHSS: Instituto Hondureño de Seguridad Social
MAS: Mejoramiento la Atención en Salud
MCC: Mejora continua de la calidad
MCCS: Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud
MNS: Modelo Nacional de Salud
PSEIS: Productos y Servicios de Interés Sanitario
SESAL: Secretaría de Salud de Honduras
SNCS: Sistema Nacional de Calidad en Salud

3. Términos y Definiciones

Atención de Calidad⁷: es lo que sucede en todos los puntos de prestación de un servicio a lo largo de un continuum de atención, es función de la habilidad del sistema para producir atención que dará respuesta a las necesidades del usuario de manera efectiva, adaptativa y respetuosa.

Atención en salud: es el conjunto integrado y armónico de sistemas diseñados e implementados para cubrir las demandas y necesidades de la población a través de una oferta de servicios compuesta por una parte asistencial y otra no asistencial.

Calidad³: es hacer lo correcto, correctamente, siempre. La calidad se conceptualiza en dos dimensiones, la primera es la calidad técnica la cual se define a través en estándares, normas, protocolos de atención y directrices basados en evidencia; mientras que la segunda dimensión es la calidad percibida entendida como la expresión del usuario sobre los servicios recibidos considerando un trato digno, sin discriminación, con respeto total a su identidad y derechos y sin la ocurrencia de eventos adversos.

Organizaciones Sanitarias: son todas las instituciones relacionadas de manera directa o indirecta a la atención en salud y que pertenecen al Sector Salud de acuerdo a lo estipulado en el Código de Salud de Honduras.

4. Objeto

Proporcionar las directrices esenciales que deben seguirse para estandarizar las acciones a desarrollar para en el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.

Establecer las claves para la gestión del MCCA y proporcionar los instrumentos y herramientas que deben utilizarse en MCCA.

5. Campo de aplicación

Los Lineamientos son de aplicabilidad en todo el sector salud, en lo público y no público.

Su uso es posible en la parte asistencial y no asistencial de la atención en salud en cualquier organización sanitaria, independientemente de su nivel de complejidad y tipología.

6. Marco de referencia

Los Lineamientos para el MCCA están respaldados y basados en lo siguiente:

- Constitución de la República de Honduras¹: establece en su Artículo 145, el reconocimiento del derecho a la protección de la salud, así como el deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad.
- Código de Salud de Honduras²: establece la conformación del sector salud, lo cual permite definir la extensión del ámbito de aplicabilidad de los presentes lineamientos.

- Política Nacional de Calidad en Salud³: Define a la Mejora Continua de la Calidad, como el mecanismo interno de la calidad y como una de las grandes prioridades a desarrollar a nivel nacional. Para esto, y entre otros aspectos, esta Política manda a trabajar en lo siguiente:
 - La organización de equipos multidisciplinarios que serán los responsables de la aplicación del método y herramientas de calidad en los diferentes niveles o ámbitos de trabajo.
 - La formación de facilitadores que brindaran asesoría técnica permanente en métodos y herramientas de calidad a los equipos como un elemento fundamental de institucionalización de la MCC.
 - Documentar permanente el trabajo de MCC realizado por los equipos.
 - Intercambiar experiencias permanentemente para el aprendizaje entre equipos de sus logros e innovaciones.

- Mejora Continua de la Calidad: Se define como los cambios introducidos en los procesos de atención y gestión en salud para la corrección de la brecha existente entre la calidad esperada y observada, es un proceso que debe ser desarrollado a nivel de los proveedores y ser de su responsabilidad, ya que allí es donde toma lugar el producto y servicio clave y final de todo el sistema de calidad: la excelencia e innovación permanente.

- Modelo Nacional de Salud⁴: establece como uno de sus principios la Calidad, tanto en su perspectiva técnica como en la calidad percibida. Para esto se establece las pautas que llevan a incorporar el enfoque de la calidad y calidez en el componente de atención, gestión, y financiamiento del MNS, de tal manera que sea posible integrar las acciones relacionadas a la calidad en el trabajo cotidiano de las organizaciones sanitarias.

- Estrategia Nacional de Calidad en Salud⁵: contiene tres ejes a desarrollar para su cumplimiento, el tercer eje es denominado “Innovación y Mejora Continua” cuyo Objetivo estratégico 13 establece lo siguiente: Desarrollar estructuras, lineamientos, incentivos y mecanismos para la implementación de programas de mejora continua de la calidad en el marco de la Gestión de la Calidad en los servicios de salud. Y de manera más específica, define como una estrategia para alcanzar este objetivo el definir lineamientos para la conformación de procesos y programas sostenibles de mejora continua en los servicios de salud.

- Modelo de Gestión Hospitalaria⁶: derivado de los mandatos del MNS, este modelo establece las directrices, los procesos y procedimientos que deben ser aplicados en los establecimientos de salud del segundo nivel de atención en Honduras, asegurando la implementación de actividades tendientes a la gestión con calidad.
- Mejoramiento la Atención en Salud, MAS⁷:

El MAS es el método de MCC que ha venido aplicándose en Honduras durante ya varios años. Se fundamenta en “El Modelo para el Mejoramiento” que es utilizar la ciencia médica establecida, organizar la oferta de atención para permitir usar ese conocimiento, y encontrar soluciones que son sencillas de implementar. El mejoramiento de la calidad integra el contenido de la atención con el proceso de brindar atención.

- Plan estratégico institucional SESAL 2014-2018⁸:

Este Plan manifiesta que el Sistema Nacional de Calidad en Salud, SNCS, identifica la calidad de la atención como un principio básico de la atención en salud, estableciendo que la calidad es el “conjunto de procesos, procedimientos, normas y reglamentos que, de forma ordenada y transparente desarrollan los actores del SNCS bajo el liderazgo de la SESAL, como entidad rectora, encaminado a la normalización y la vigilancia de la calidad de los Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario, PSEIS, y de los procesos de atención, gestión y producción, con el fin de proteger la salud y garantizar la seguridad y satisfacción de la población .

Establece que los dos grandes componentes del SNCS son la normalización y reglamentación técnica, y la vigilancia, las cuales son función del Estado, conducidas por la Secretaría de Salud en su carácter rector. Y hace énfasis en que para asegurar la calidad, se deben implementar los siguientes mecanismos: Mecanismos externos de calidad: habilitación, certificación, acreditación; y Mecanismos internos de calidad: mejora continua de la calidad.

De lo anterior se definen como prioridades en el área de calidad las siguientes: Habilitación de establecimientos de interés sanitario; Certificación y recertificación de los recursos humanos en salud; Mejora continua de la calidad; y Subsistema de información de calidad en salud.

- Plan estratégico institucional IHSS 2016-2020⁹:

Establece como uno de sus ejes estratégicos la “Calidad y calidez en la prestación de servicios” a través del mejoramiento de la administración de salud, previsión y prevención de los riesgos con el fin de satisfacer las necesidades de la población asegurada y beneficiaria, orientado a mejorar su calidad de vida. Este eje incluye: Calidad y calidez en las prestación de servicios de la institución, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección a los riesgos de salud, Mejora de la atención hospitalaria, Mejora de la atención ambulatoria, Mejora de atención en pago de pensiones de invalidez, vejez y muerte, y Fortalecer la prevención del entorno laboral del trabajador.

- Reglamento del Consejo Institucional de calidad del IHSS (CONCALIHSS)¹⁰: El IHSS como la organización sanitaria de Honduras más compleja después de la SESAL, ha establecido la conformación y el funcionamiento de la estructura orgánica que le da sustento al enfoque de calidad dentro del IHSS, definiendo también las funciones inherentes a esta estructura en su nivel nacional, intermedio y local.
- Ley Nacional del Sistema de Calidad¹¹: establece a este sistema como la infraestructura nacional encargada de las actividades de desarrollo y demostración de la calidad para promover confianza en las transacciones de bienes y servicios. El Sistema Nacional de la Calidad está adscrito a la Secretaría de Planificación y Cooperación Externa de Honduras.

Como parte de sus objetivos establece que el Sistema de Calidad debe contribuir a fortalecer la gestión que realicen las entidades públicas y privadas competentes para proteger la salud, el ambiente y los derechos del consumidor.

7. Metodología de Mejoramiento continuo de la calidad en salud¹².

El Mejoramiento continuo de la calidad en salud (MCCS), debe ser entendido como el conjunto de pasos y acciones destinados a comprender el trabajo en términos de sistemas y procesos para poder desarrollar soluciones a través de equipos de mejoramiento, poniendo a prueba cambios y midiendo sus efectos en la implementación respectiva, privilegiando el aprendizaje compartido.

Debido a que los presentes lineamientos son de naturaleza genérica y de uso en cualquier organización sanitaria, la definición y especificación de las estructuras relacionadas a la gestión del MCCS deben ser establecidas en cada una de estas organizaciones.

7.1 Gestión del MCCS

Para que el proceso de MCCS funcione correctamente se requiere contar con el contexto necesario que permita tener las condiciones esenciales para estos fines. Es decir, debe existir una gestión del MCCS entendida como la mejor forma de organizar y desarrollar dicho mejoramiento.

Para la gestión del MCCS es indispensable la participación de todas las instancias claves en una organización sanitaria, cada una de las cuales realizará acciones específicas y relacionadas con su ámbito territorial y de servicios que corresponda.

La gestión del MCCS se desarrolla en tres niveles que se describen a continuación:

Microgestión
Mesogestión y
Macrogestión

7.1.1 Microgestión: se entiende como el conjunto coordinado e integrado de acciones desarrolladas a nivel local donde actúan los equipos de mejoramiento para garantizar los resultados esperados de la atención en salud.

Para el desarrollo de la Microgestión del MCCS debe tomarse en cuenta las siguientes directrices:

- ✓ Organizar equipos de mejoramiento integrados por los actores claves relacionados con el problema a resolver. Estos equipos se organizan en relación a uno o varios problemas específicos de atención en salud y se mantienen activos hasta llegar a la resolución de dichos problemas. Una vez se identifican nuevos problemas se organizan equipos de mejoramiento con base en estas las nuevas problemáticas identificadas.
- ✓ Cada equipo de mejora debe tener un coordinador, quien se encarga de organizar las acciones necesarias para el buen funcionamiento del equipo de mejoramiento.
- ✓ Deben definirse de manera precisa las necesidades a lo interno de cada equipo de mejoramiento para permitir su funcionamiento correcto
- ✓ En su primera reunión de trabajo el equipo debe definir los roles, responsabilidades, y metodología de trabajo de cada uno de los miembros.
- ✓ Elaborar el plan de implementación del MCCS de acuerdo a los problemas a resolver.
- ✓ El responsable designado dentro del equipo debe llevar un registro del proceso de mejoramiento.
- ✓ Cada equipo debe buscar, de ser necesario, asesoramiento técnico en MCCS o para el funcionamiento correcto de dicho equipo
- ✓ Cada equipo debe mantener líneas abiertas de comunicación a lo interno del equipo y con las instancias de Mesogestión.
- ✓ Rendir cuentas de los resultados de los procesos de MCCS de acuerdo al marco normativo vigente relacionado a petición y rendición de cuentas.

7.1.2 Mesogestión: se entiende como el conjunto coordinado e integrado de acciones, desarrolladas por las jefaturas locales y las instancias estructurales intermedias de las organizaciones sanitarias, para asegurar el funcionamiento y los resultados esperados del trabajo de los equipos de mejoramiento.

Para el desarrollo de la Mesogestión del MCCA debe tomarse en cuenta las siguientes directrices:

- ✓ Cada estructura intermedia de una organización sanitaria debe contar con una persona y/o instancia organizativa responsable de conducir el trabajo en calidad dentro del ámbito territorial y de servicios que le corresponda.
- ✓ Fomentar la organización y funcionamiento de equipos de mejoramiento
- ✓ Debe constituirse y funcionar un equipo para el entrenamiento y asesoría de los equipos de mejoramiento a nivel local
- ✓ Debe asegurarse la cadena de suministros de acuerdo a sus competencias, para que los equipos de mejoramiento cuenten con los recursos indispensables para resolver los problemas identificados
- ✓ Implementar los mecanismos de comunicación e información necesarios para darle seguimiento al trabajo y los resultados de los equipos de mejoramiento.
- ✓ Rendir cuentas de los resultados de los procesos de MCCA de acuerdo al marco normativo vigente relacionado a petición y rendición de cuentas.

7.1.3 Macrogestión: se entiende como el conjunto coordinado e integrado de acciones, desarrolladas por las instancias estructurales de alcance nacional o general de las organizaciones sanitarias, para asegurar el funcionamiento y los resultados esperados del trabajo de los equipos de mejoramiento.

Para el desarrollo de la Macrogestión del MCCA debe tomarse en cuenta las siguientes directrices:

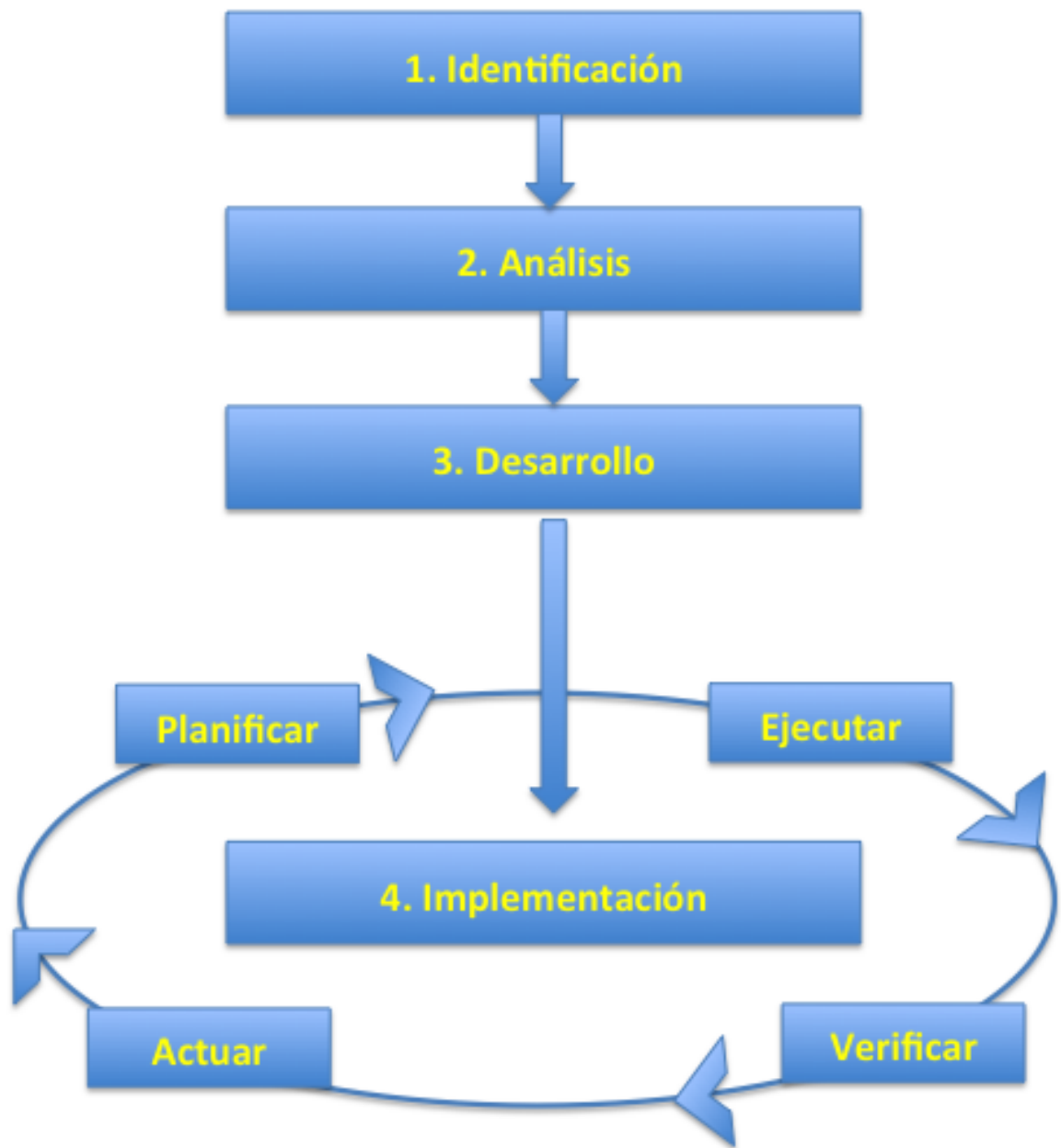
- ✓ Garantizar la existencia del marco normativo necesario para regular el MCCA.
- ✓ Contar con una instancia organizativa responsable de armonizar el trabajo en calidad dentro del ámbito territorial y de servicios que le corresponda.
- ✓ Debe constituirse y funcionar un equipo para el entrenamiento y asesoría de los facilitadores del nivel intermedio

- ✓ ~~Debe~~ Asegurarse la cadena de suministros, de acuerdo a sus competencias, para que los equipos de mejora cuenten con los recursos indispensables para resolver los problemas identificados
- ✓ Definir e implementar los mecanismos de comunicación e información necesarios para darle seguimiento al trabajo y los resultados del nivel intermedio.
- ✓ Pedir cuentas de los resultados de los procesos de MCCA de acuerdo al marco normativo vigente relacionado a petición y rendición de cuentas.
- ✓ Rendir cuentas de los resultados de los procesos de MCCA a la sociedad civil de acuerdo al marco normativo vigente relacionado a petición y rendición de cuentas.

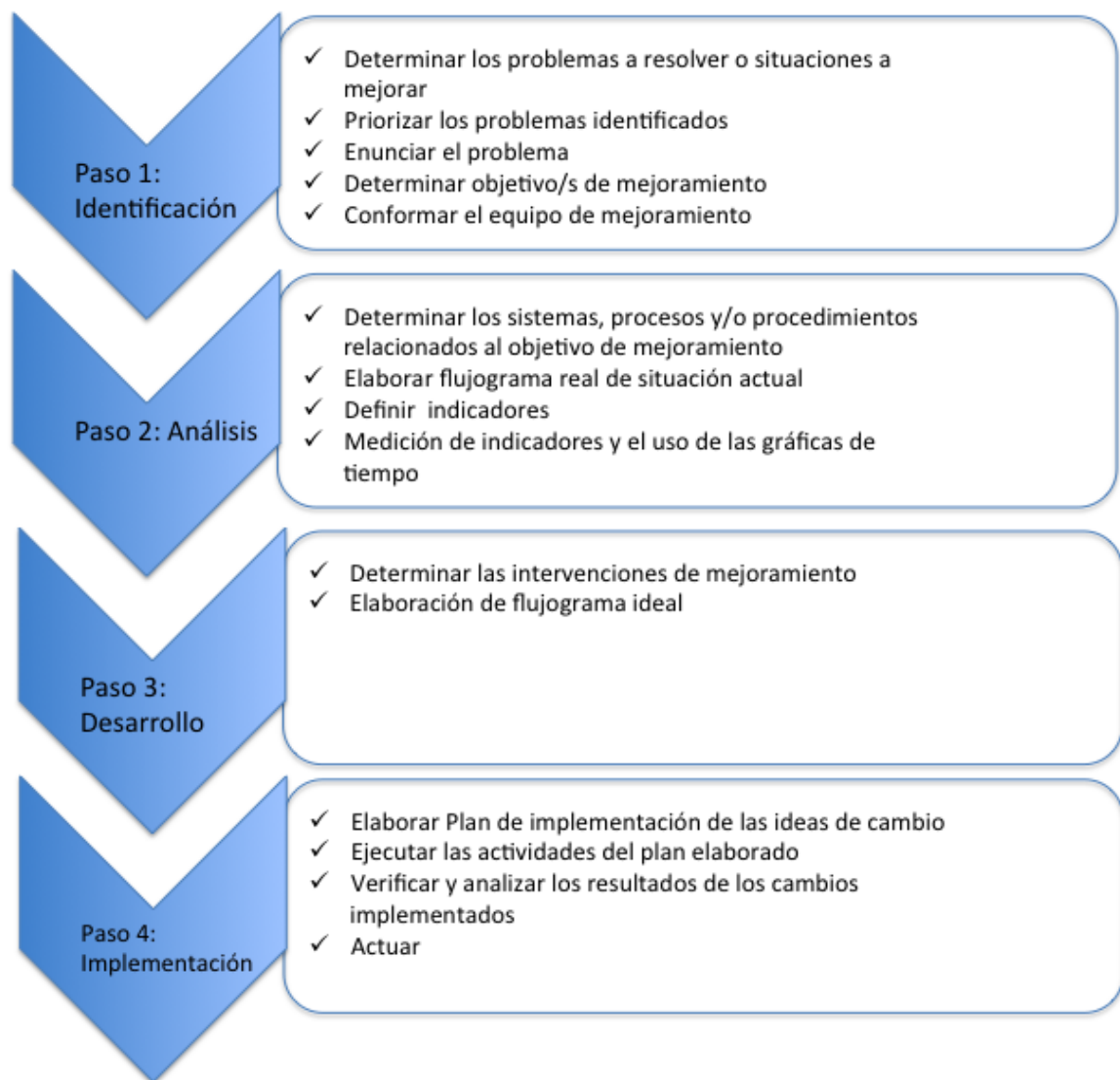
7.2 Desarrollo de la Metodología de MCCA¹²

El modelo en el cual se basa la metodología de MCCA se deriva del Ciclo para el Aprendizaje y Mejoramiento, alternativamente conocido como el Ciclo PEVA: Planificar, Ejecutar, Verificar, Actuar, en inglés conocido como PDCA: PLAN, Do, Check, Act, propuesto por Walter Shewhart y mejorado por Edwards Deming (Ciclo de Deming). En este modelo, se propone un cambio del cual se piensa es probable que produzca mejoras. Sin embargo, el que produzca o no mejoras es una hipótesis que necesita ser probada o descartada; y para hacerlo se desarrolla un plan para poner a prueba el cambio, se implementa el plan y se estudia el efecto de esta prueba para conocer si el cambio generó las mejoras esperadas. La acción a tomar posteriormente depende del resultado de la prueba.

La Metodología de MCCA está compuesto por cuatro pasos cuya representación gráfica general es la siguiente:

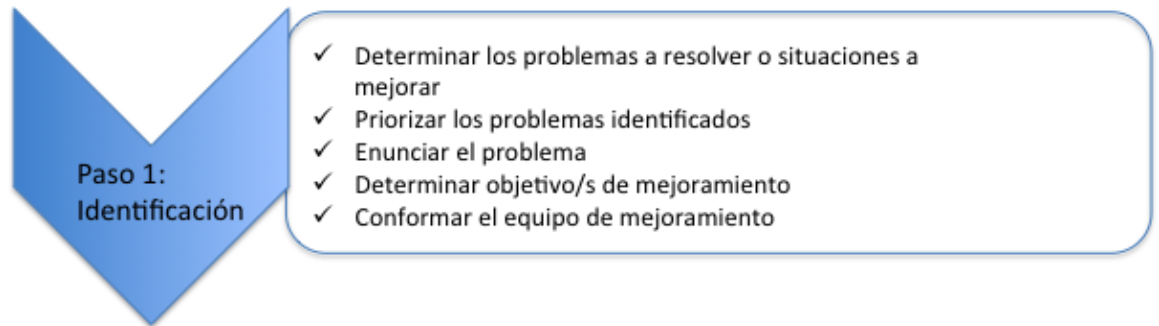


Y de manera más específica, el detalle gráfico de los cuatro pasos de la metodología de MCCS se puede observar a continuación:



De acuerdo a las representaciones gráfica precedentes, el desarrollo secuencial de los cuatro pasos y sus directrices se describen a continuación:

7.2.1 Paso 1: Identificación de problemas, objetivos y equipo de mejoramiento



Para el desarrollo de este paso deben seguirse las directrices descritas a continuación:

7.2.1.1 Determinar los problemas a resolver o situaciones a mejorar, incluyendo análisis de posibles causas y condicionantes. La identificación de los problemas puede surgir de reuniones gerenciales, equipos de conducción, o equipos técnicos de las organizaciones sanitarias, analizando los resultados de los indicadores de salud o problemas emergentes.

Para esto es posible apoyarse en algunos aspectos como:

- ✓ Las prioridades de salud existentes
- ✓ Los datos que muestran dónde hay mayores necesidades (p. ej., informes de producción, informes de monitoreo y/o evaluación, datos de uso de servicios, datos epidemiológicos, etc.)
- ✓ Prioridades reconocidas por donantes y entes financiadores
- ✓ Datos e información generada por usuarios, profesionales, comunidades, y otras partes interesadas.

Puede apoyarse de herramientas como: técnicas como lluvia de ideas, Pareto, Ishikawa, árbol de problemas, entre otras (Ver anexo 9.1).

7.2.1.2 Priorizar los problemas identificados, ya que la experiencia y la evidencia demuestran que no es posible intentar resolverlos todos al mismo tiempo. Para fines de priorización se pueden utilizar, entre otras, las siguientes técnicas:

- ✓ Priorización simple (método de pares)
- ✓ Método de Hanlon

7.2.1.3 Enunciar el problema priorizado: los principales problemas priorizados tiene que ser enunciados de forma objetiva y clara, para lo cual debe tomarse en cuenta lo siguiente:

- ✓ Estar expresado como una condición negativa.
- ✓ Expresar quién o quiénes son afectados por el problema
- ✓ Especificar su ubicación (¿dónde ocurre?).

Se recomienda no utilizarse las expresiones **“carencia de”** o **“falta de”**, por cuanto ellas por si solas no expresan la naturaleza del problema.

Ejemplo de problema enunciado:

- ✓ Alto porcentaje de infección por el virus del Zika en embarazadas que acuden a control prenatal en el Hospital General Atlántida.

7.2.1.4 Determinar objetivo/s de mejoramiento

Una vez enunciado el problema, se procede a construir el/los objetivos de mejoramiento, dichos objetivos una vez alcanzados se convierten en los elementos que resuelven o minimizan los problemas identificados.

Todo objetivo de mejoramiento cuando está construido correctamente debe poseer en su enunciado los siguientes elementos:

- ✓ Un límite definido que especifica el alcance de la meta de mejoramiento (¿Qué se quiere mejorar? ¿Dónde?, ¿Para quienes se quiere mejorar?

- ✓ Metas numéricas específicas para los resultados que sean ambiciosas pero factibles de alcanzar (¿cuánto?)
- ✓ Un marco de tiempo (¿hasta cuándo?)
- ✓ Orientación o pautas sobre cómo alcanzar el objetivo propuesto (¿cómo?).

Puede apoyarse de la Metodología SMART para orientar sus objetivos.

Ejemplo de Objetivo de Mejoramiento:

Reducir en un 25% la infección por el virus del Zika en las embarazadas nuevas que acuden a control prenatal al Hospital General Atlántida, en un período de 3 meses comprendido del 15 de Junio al 15 de Septiembre del 2017, mediante la reorganización del servicio de consejería en Zika, quedando consignada la atención en el expediente mediante la hoja de consejería Zika.

Límite: Reducir en un 25% la infección por el virus del Zika en las embarazadas que acuden a control prenatal al Hospital General Atlántida

Meta: 25%

Marco de tiempo: período de 3 meses comprendido del 15 de Junio al 15 de Septiembre del 2017.

Orientación: mediante la reorganización del servicio de consejería en Zika, quedando consignada la atención en el expediente mediante la hoja de consejería Zika.

7.2.1.5 Conformar el equipo de mejoramiento

El desarrollo específico del MCCS se realiza a través de un equipo de mejoramiento, por lo que es necesario identificar y definir los actores claves quienes formarán parte de dicho equipo.

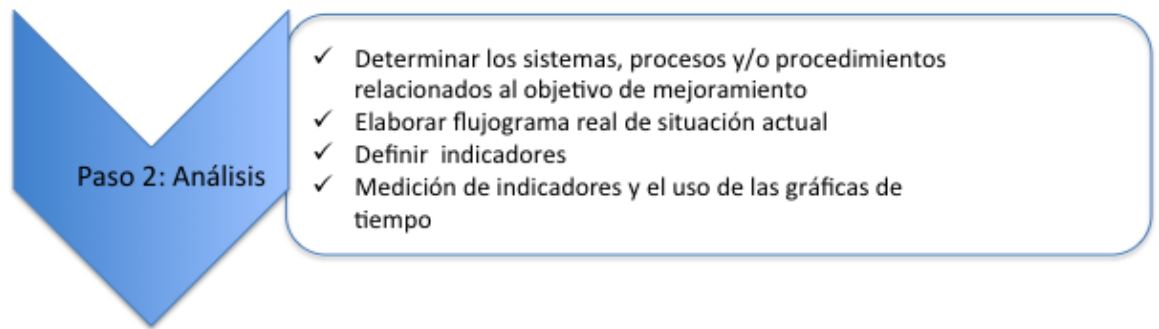
Este equipo se conforma de manera puntual y específica para resolver determinados problemas y sus integrantes deben ser acordes a lo que se espera resolver y el equipo permanece hasta que se resuelve el problema, para después formar equipos de mejoramiento con base en estos nuevos problemas.

El trabajo en equipo es fundamental en el MCCS debido a lo siguiente:

- ✓ Un principio de la organización de equipos es que debe estar integrado por las personas que mejor conocen los problemas que enfrentan, sin excluir personal clave de otras disciplinas que también intervienen en la atención en salud.
- ✓ Los procesos de atención de la salud se componen de pasos interdependientes ejecutados por diferentes personas que desempeñan distintas funciones a nivel profesional.
- ✓ En los procesos de atención en salud, los defectos en la calidad de atención a menudo ocurren cuando se transfiere la atención de persona a persona a lo largo de diferentes pasos.
- ✓ Dada la oportunidad, el personal frecuentemente puede identificar los problemas y generar ideas para resolverlos.
- ✓ La participación optimiza las ideas, fomenta la aceptación de las propuestas y reduce la resistencia al cambio.
- ✓ Alcanzar las metas de forma conjunta aumenta la confianza en sí mismo de cada miembro del equipo, lo cual empodera a las organizaciones.

En cada equipo de mejoramiento debe haber un coordinador a quien se le asigna las responsabilidades de organizar las actividades del equipo, mantener los archivos del equipo, y servir como vínculo para comunicarse con niveles más altos de la organización sanitaria, y el resto de integrantes se denominan miembros del equipo quienes son las personas que trabajan y comparten su conocimiento y experiencia mientras desarrollan y documentan las actividades realizadas para alcanzar los objetivos de mejoramiento del equipo.

7.2.2 Paso 2: Análisis de procesos



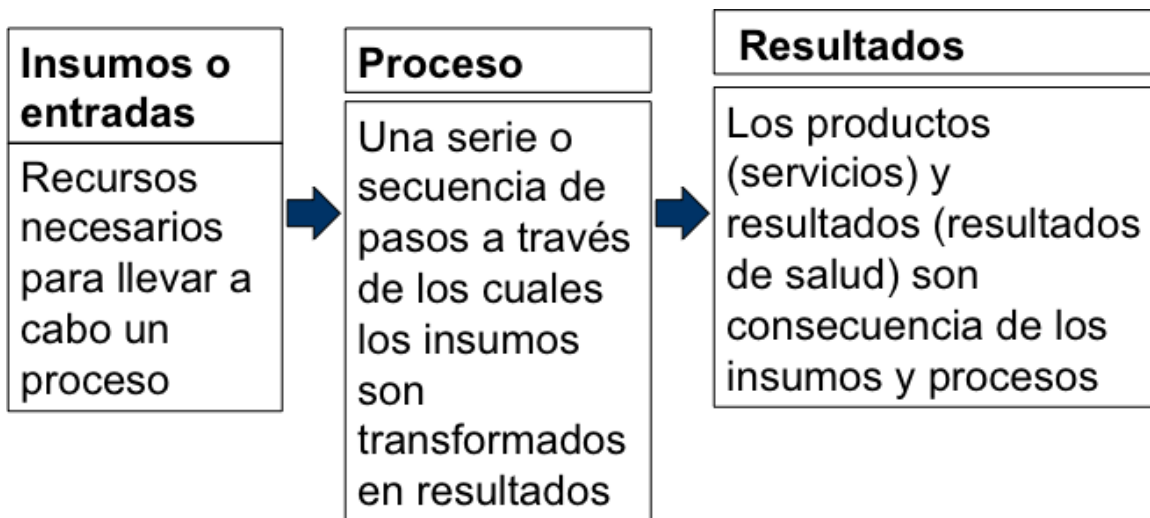
Este paso se enfoca en entender el sistema, procesos y/o procedimientos en los que se genera el objetivo de mejoramiento.

Es desarrollado por el equipo de mejoramiento, cumpliendo con las siguientes directrices:

7.2.1.6 Determinar los sistemas, procesos y/o procedimientos relacionados al objetivo de mejoramiento

Se requiere para avanzar en el método de MCCS, establecer con base a cada objetivo de mejoramiento definido, cuál o cuáles son los nichos donde se ubica el origen del problema a resolver y dónde se encuentran las posibles soluciones a este problema.

Las organizaciones sanitarias están estructuradas en sistemas, entendidos como el conjunto ordenado de elementos que se encuentran interrelacionados y que interactúan entre sí, por lo que cada sistema sólo puede ser comprendido y analizado con un enfoque de entradas, procesos y resultados. Este enfoque se presenta gráficamente así:



Esto es fundamental entenderlo e identificarlo en cada organización que desarrolle MCCS ya que si no se hace será imposible fortalecer, con base técnica, los equipos de mejoramiento que se requieran en cada caso.

Para determinar los sistemas y los procesos involucrados en el objetivo de mejoramiento deben tomarse en cuenta, al menos, los siguientes elementos:

7.2.1.7 Realizar un levantamiento del o los procesos implicados en el objetivo de mejoramiento

Para esto debe aplicarse la metodología de elaboración de flujogramas (ver Anexo 9.2) de la situación actual. Esta metodología comprende aspectos cruciales como:

- Todos los servicios ofrecidos deben ser concebidos como el enfoque de entradas, procesos y resultados y deben expresarse como pasos individuales interconectados.
- Los procesos son de importancia clave porque representan el cómo utilizar los recursos para obtener los resultados. Aunque la falta de recursos ocasionaría problemas en el mejoramiento;

incluso si todos los recursos estuviesen disponibles, esto no garantiza que se llegue a donde se ha propuesto.

- Una de las formas de entender un proceso es convertirlo en un diagrama. La diagramación de un proceso se conoce como diagrama de flujo o flujograma. Los flujogramas son un método simple que tiene su origen en la ciencia de la ingeniería.
- Hay cuatro etapas para crear el flujograma de un proceso:
 - a) Decidir sobre los puntos de inicio y final del proceso a diagramar.
 - b) Identificar los pasos del proceso.
 - c) Vincular los pasos mediante flechas que indican la dirección en la que se desarrolla el proceso.
 - d) Revisar el diagrama para asegurarse que verdaderamente describe el proceso.
- Una vez construido el flujograma debe analizarse valorando al menos lo siguiente:

a) ¿Es adecuada la secuencia de pasos?

El equipo de mejoramiento debe revisar si existe coherencia entre los pasos contenidos en el flujograma, tanto a lo interno del proceso como en sus posibles relaciones con otros procesos, y el análisis realizado debe determinar si los pasos existentes están ordenados lógicamente al momento del levantamiento.

b) ¿Es necesario este paso?

Debe valorarse si existen pasos que no contribuyen a la efectividad del proceso, ya que en algunas ocasiones se encuentran pasos que pueden ser omitidos mejorando la eficiencia y disminuyendo retrasos. Lo esencial para definir la necesidad de un paso es entender si ese paso al ser removido causaría el colapso del proceso, si esto no es así el paso puede ser eliminado.

c) ¿Hay pasos faltantes?

En el análisis del proceso debe definirse la necesidad de incorporar pasos que mejoren el funcionamiento del proceso analizado y las salidas esperadas. Definir pasos faltantes dará pautas para establecer ideas de cambio cruciales para el proceso y sus resultados.

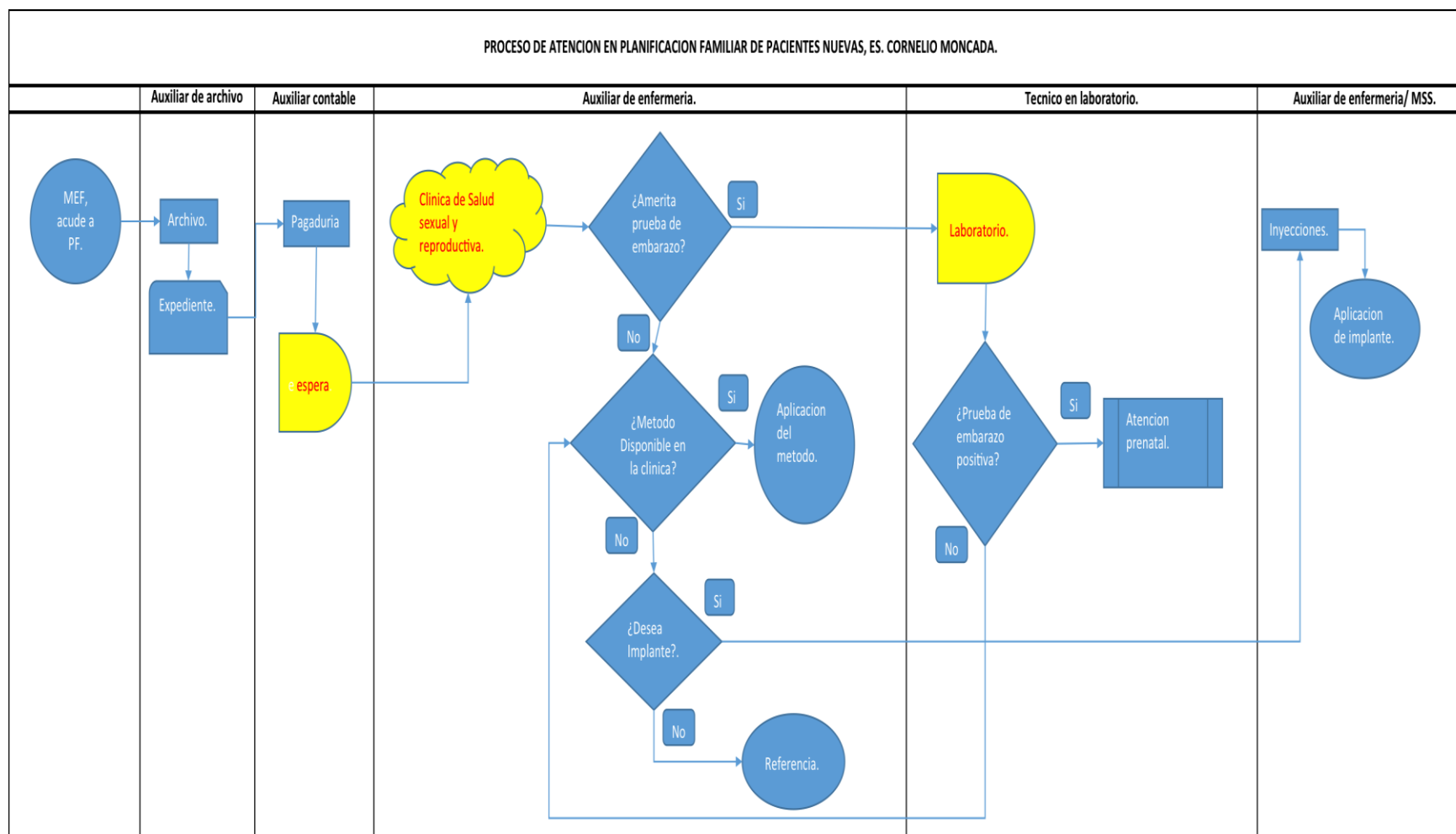
d) ¿Dónde se ubican los retrasos/ errores?

Al definir los “cuellos de botella” o pasos en donde el proceso se enlentece o bien pueden generarse problemas importantes, cada equipo de mejoramiento puede analizar si estas situaciones pueden arreglarse eliminando, agregando o modificando los pasos analizados. Debe recordarse el postulado de Pareto el cual aplicado al MCCS puede interpretarse diciendo que si atacamos el 20% de los retrasos/errores estaremos mejorando el 80% del proceso.

e) ¿Hay pasos poco claros?

Cuando se analiza un proceso es esencial determinar si hay pasos que requieren ser definidos de manera más precisa, es decir no siempre se necesita eliminar o agregar pasos sino modificar los ya existentes para garantizar el buen entendimiento de los mismos y como consecuencia su ejecución correcta. La clarificación de un paso requiere definir, entre otros aspectos: al o los responsables de ejecutarlo y sus funciones, definir los instrumentos necesarios para el paso, modificar la temporalidad de ejecución, o bien definir de manera precisa los recursos a utilizar.

Ejemplo de flujograma Real:



Al estudiar cada paso del proceso, es indispensable identificar los actores claves involucrados en el mismo; estos deben inmediatamente integrarse al EMCC para alcanzar el mejoramiento propuesto.

7.2.1.8 Definir indicadores

Los indicadores son puntos de referencia que brindan información cualitativa o cuantitativa, conformada por uno o varios datos, constituidos por números, hechos, o medidas, que permiten seguir y comparar el desenvolvimiento de un proceso y su evolución. Se pueden expresar a través de Tasa, Razón o Porcentaje.

Todo indicador debe ser cuantificable, claro e inequívoco, de tal manera que sea reconocido fácilmente por todos aquellos que lo usan y entre los atributos de un buen indicador están la disponibilidad, especificidad, confiabilidad, sensibilidad y alcance.

Establecer indicadores permite medir si se ha alcanzado el objetivo de mejoramiento propuesto. Consecuentemente, la medición es esencial para saber si existe avance en el trabajo realizado por los equipos de mejoramiento ya que no se puede mejorar lo que no se mide.

Existen indicadores de entrada, proceso y resultados.

Se debe entender como indicadores de entrada o de estructura a los que miden la organización de un sistema o de un proceso, es decir valora los recursos que le dan contexto al sistema o al proceso. Mientras que los indicadores de proceso se focalizan en cómo la atención es otorgada, miden si todos los pasos de un proceso se hicieron correctamente, y deben vincularse a un resultado. Por otro lado, los indicadores de resultado son los que miden la efectividad de la atención en salud, el grado en que la atención otorgada al usuario produjo el efecto deseado o pueden reflejar aspectos deseados o adversos.

Para la definición correcta de indicadores se requiere:

- ✓ Vincularla directamente a los objetivos de mejoramiento
- ✓ Usarla para orientar el mejoramiento.
- ✓ Integrarla a la rutina diaria de los equipos
- ✓ Servir como parte del aprendizaje de los equipos de mejoramiento
- ✓ Concentrarla en mediciones clave sin abrumar a los equipos con una recolección y análisis de datos interminables
- ✓ Tomar en cuenta que deben tenerse indicadores de entradas, procesos y resultados desde un inicio del mejoramiento.

Cualquier indicador cuantitativo debe ser expresado abarcando los siguientes elementos:

- ✓ **Nombre del Indicador**, el cual debe reflejar la naturaleza del indicador
- ✓ **Construcción**, (Numerador/Denominador), estableciendo el numerador: comprende todas las observaciones que representan los cambios esperados, no puede ser mayor que el denominador y el denominador: comprende todas las observaciones existentes incluyendo a las que representan o no a los cambios esperados.
- ✓ **Fuente**, estableciendo la fuente del numerador y la fuente del denominador
- ✓ **Persona/s responsable/s** de recolectar o reportar los datos
- ✓ **Periodicidad de medición**, puede ser semanal, mensual, trimestral, semestral, anual, etc.

Ejemplo de Indicadores:

De Entrada o de estructura:

Nombre del indicador: % de personal capacitado para brindar consejería en ZIKA.

Construcción: **Numerador:** No. de personas capacitadas para brindar consejería en ZIKA / **Denominador:** Total de personas que laboran en el servicio y mes evaluado.

Fuente numerador: Planillas de personas capacitadas en el servicio

Fuente denominador: Planillas de personal que labora en el servicio

Responsable/s de recolectar o reportar los datos: nombre del responsable del Equipo de mejoramiento

Periodicidad de medición: Mensual

Indicador De proceso:

Nombre del indicador: % de embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital General Atlántida y que recibieron consejería en ZIKA.

Construcción: Numerador: No. de embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital General Atlántida y que recibieron consejería en ZIKA en el periodo evaluado/ **Denominador:** Total de embarazadas que acudieron a control prenatal en el Hospital General Atlántida en el periodo evaluado.

Fuente numerador: ATA, Expediente clínico y libro de registro de consejería en ZIKA

Fuente denominador: ATA, AT2 R

Responsable/s de recolectar o reportar los datos: nombre del responsable del Equipo de mejoramiento

Periodicidad de medición: Mensual

De resultado:

Nombre del indicador: % de reducción de la infección por el virus del Zika en las embarazadas nuevas que acuden a control prenatal al Hospital General Atlántida.

Construcción: Numerador: No. de casos nuevos de embarazadas con ZIKA que acudieron a control prenatal en el Hospital General Atlántida en el periodo evaluado / **Denominador:** Total de embarazadas nuevas que acudieron a control prenatal en el Hospital General Atlántida en el periodo evaluado.

Fuente numerador: ATA, Expediente clínico

Fuente denominador: ATA, AT2 R

Responsable/s de recolectar o reportar los datos: nombre del responsable del Equipo de mejoramiento

Periodicidad de medición: Mensual

Es importante que el equipo de mejoramiento identifique indicadores que puedan ser capaces de medir, de acuerdo a los objetivos de mejoramiento planteados, aspectos claves del enfoque entradas, procesos y resultados.

7.2.1.9 Medición de indicadores y el uso de las gráficas de tiempo

Para la medición de indicadores deben desarrollar los instrumentos de verificación necesarios que contengan el detalle especificado y los criterios para asegurar el cumplimiento de cada indicador. Este instrumento deberá establecer cada uno de los elementos identificados en la expresión nominal del indicador, es decir las fuentes para el numerador y denominador, el responsable de su obtención y la periodicidad de medición.

Es importante tener una primera medición del o los indicadores definidos, como línea inicial de base previo al desarrollo de intervenciones y así determinar la brecha existente.

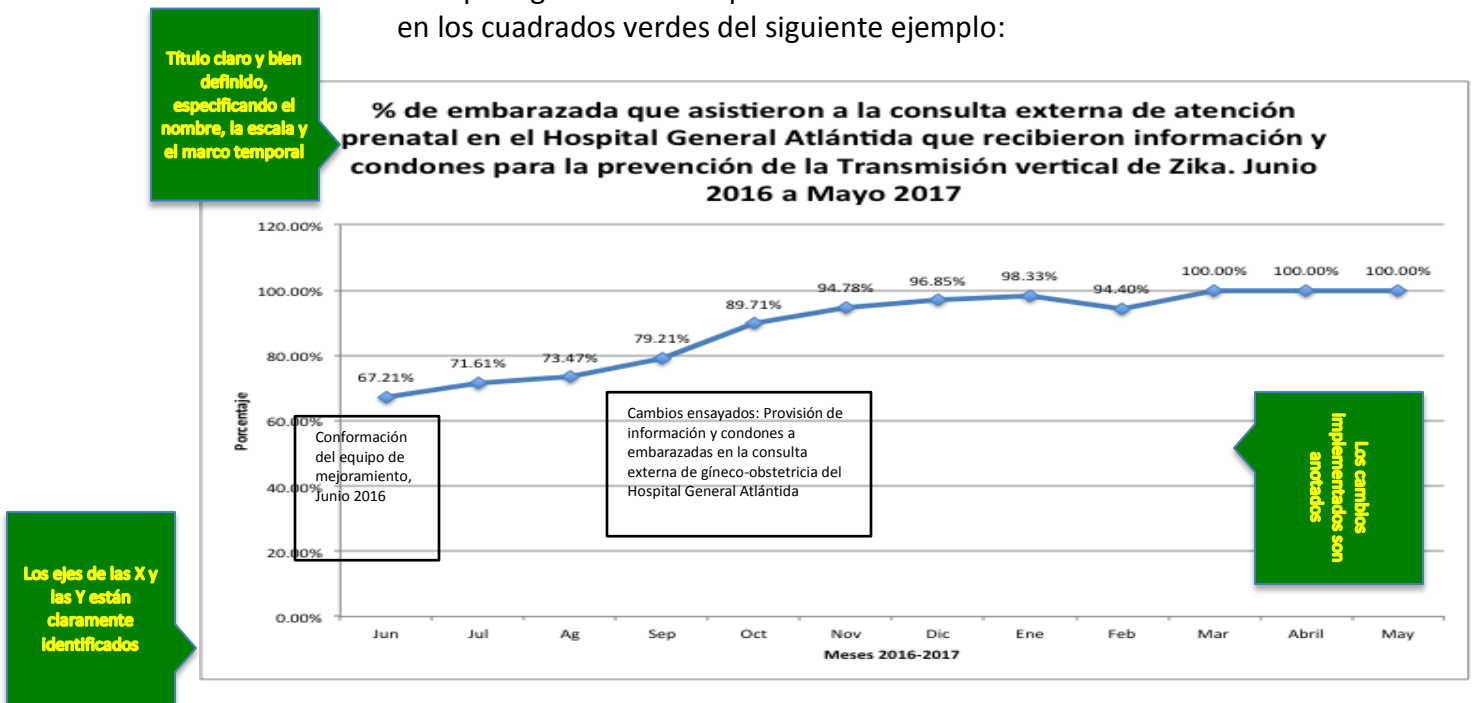
Las subsiguientes mediciones de los indicadores deben realizarse de acuerdo a la periodicidad establecida para identificar los errores existentes lo más pronto posible. Para graficar el avance en el logro de los indicadores se debe utilizar las gráficas de serie de tiempo y cada equipo debe graficar cada medición inmediatamente después de haber medido el indicador.

La medición del/los indicadores de mejoramiento deben realizarse a través de los instrumentos elaborados para tal fin y archivar los instrumentos para futuros procesos de mejoramiento o cuando el equipo sea auditado para validar los resultados.

Los resultados de la medición de indicadores deben ser enviados a la instancia de monitoreo que corresponda con base en la periodicidad definida para cada indicador.

Para el análisis del comportamiento de las ideas de cambio a implementar, debe revisarse si se están logrando los indicadores para lo cual los equipos de mejoramiento deben usar y entender las gráficas de serie de tiempo, en las cuales se relacionan una o más variables contra su evolución a lo largo de los puntos de medición en el tiempo con base en la periodicidad previamente establecida. En las gráficas de tiempo, los equipos deben vigilar periódicamente el comportamiento del o los indicadores para verificar si el objetivo de mejoramiento se está logrando y así poder tomar decisiones oportunas en caso de que no se esté logrando lo deseado.

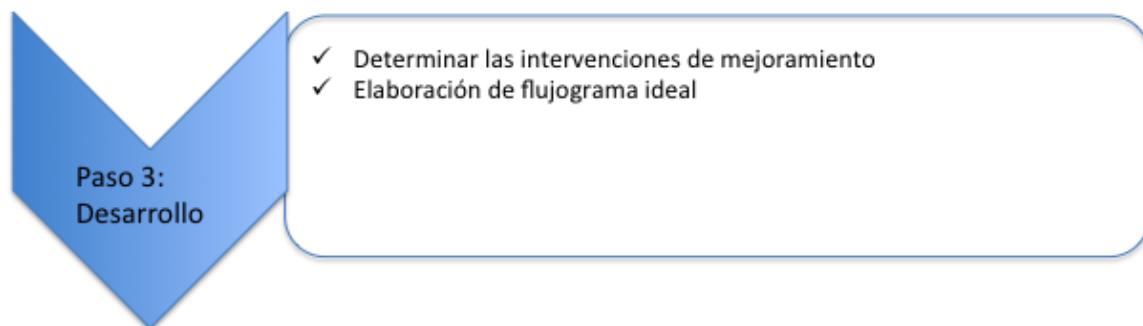
Cualquier gráfico de tiempo debe contar con los elementos descritos en los cuadrados verdes del siguiente ejemplo:



		Jun	Jul	Ag	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May
Numerador	No. de embarazadas a las que se les dio información sobre Zika y se les entregó condones	123	111	144	141	157	109	123	177	118	133	154	166
Denominador	Total de Embarazadas que asistieron a Atención Prenatal	183	155	196	178	175	115	127	180	125	133	154	166

Se definen numerador y denominador, y se anotan los valores de cada uno

7.2.3 Paso 3: Desarrollo de intervenciones de mejoramiento



7.2.1.10 Con base en los pasos realizados previamente, el equipo de mejoramiento que involucra a los actores clave debe considerar posibles intervenciones que puedan generar el mejoramiento buscado. Todas las intervenciones consideradas serán organizadas en función de su importancia y posibilidad de ser puestas en práctica para determinar cuáles se implementarán primero.

Para realizar este paso, cada equipo de mejoramiento puede revisar, entre otras, las siguientes fuentes de datos e información:

- La literatura sobre la materia
- Marco normativo vigente
- Sesiones de lluvia de ideas del equipo de mejoramiento
- Estándares o puntos de comparación/referencia
- La gestión del conocimiento existente

Las intervenciones desarrolladas por el equipo de mejoramiento, deben estar orientadas a:

- Algo que no haya hecho anteriormente o al menos no hacerlo de la misma manera
- Algo que pueda implementarse rápidamente
- Algo que ha funcionado en otro lugar

Evitar lo siguiente:

- ✓ Cambios de bajo impacto
- ✓ Restricciones técnicas que limiten la implementación de las intervenciones propuestas, tales como falta de personal capacitado, equipamiento o insumos necesarios para desarrollar las intervenciones.

Cualquier intervención de mejoramiento debe responder a las siguientes preguntas claves:

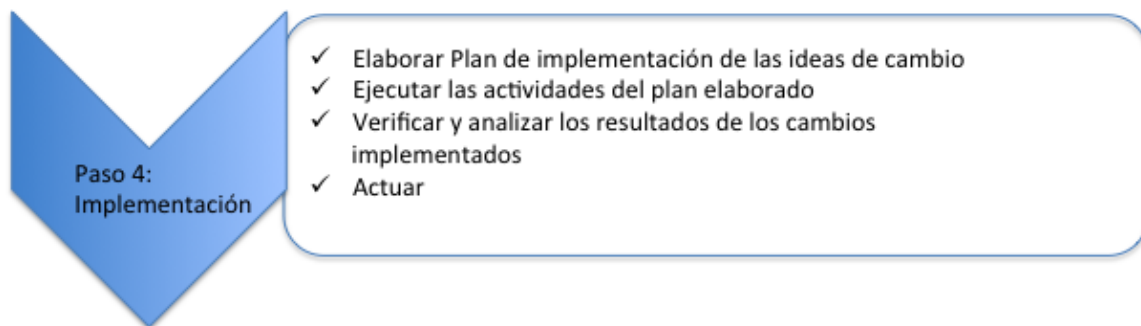
- ✓ ¿Qué cambio se pondrá a prueba?
- ✓ ¿Por qué el cambio propuesto resultará en mejora?
- ✓ ¿Cómo funcionará el cambio propuesto?
- ✓ ¿Cuáles son los resultados esperados con el cambio propuesto?

Ejemplo de intervención de mejoramiento:

- ✓ Capacitar a todo el personal de la Preclínica para brindar la consejería de Zika a todas las embarazadas nuevas que acuden a control Prenatal en el Hospital General Atlántida.
- ✓ Brindar Consejería en Zika a todas las embarazadas nuevas que asisten a control Prenatal en el Hospital General Atlántida, mediante Implementación de la Consejería en Zika en la Preclínica para la prevención de la infección por el virus del Zika en las embarazadas.

7.2.1.11 Una vez determinadas las intervenciones de mejoramiento, el equipo debe elaborar el flujograma ideal incluyendo la representación de los cambios propuestos.

7.2.4 Paso 4: Implementación de las Ideas de Cambio



Para el desarrollo de este paso deben seguirse estas directrices:

7.2.1.12 **Planear:** Elaborar Plan de implementación de Ideas de Cambio

Una vez definidos las intervenciones de mejoramiento, el equipo debe construir un Plan de implementación de ideas de cambio, en un formato previamente definido para este efecto, este plan debe estar diseñado para que con su ejecución sea posible alcanzar el objetivo de mejoramiento.

Todo Plan de implementación debe abarcar, al menos, los siguientes aspectos (ver anexo 9.4):

- ✓ Los cambios que se implementarán
- ✓ Las actividades que se realizarán para cada cambio
- ✓ La temporalidad en la que se realizarán las actividades
- ✓ El o los responsables de realizar las actividades
- ✓ Los recursos/insumos que se necesitan

7.2.1.13 **Ejecutar las actividades** del Plan elaborado

Para la puesta en práctica del Plan elaborado, es importante que el equipo implemente un cambio a la vez, si implementa varios no podrá definir cuál fue el cambio que realmente logró el resultado.

Además debe ponerse a prueba los cambios grandes, inicialmente a escala pequeña, y luego ir incrementando la escala gradualmente.

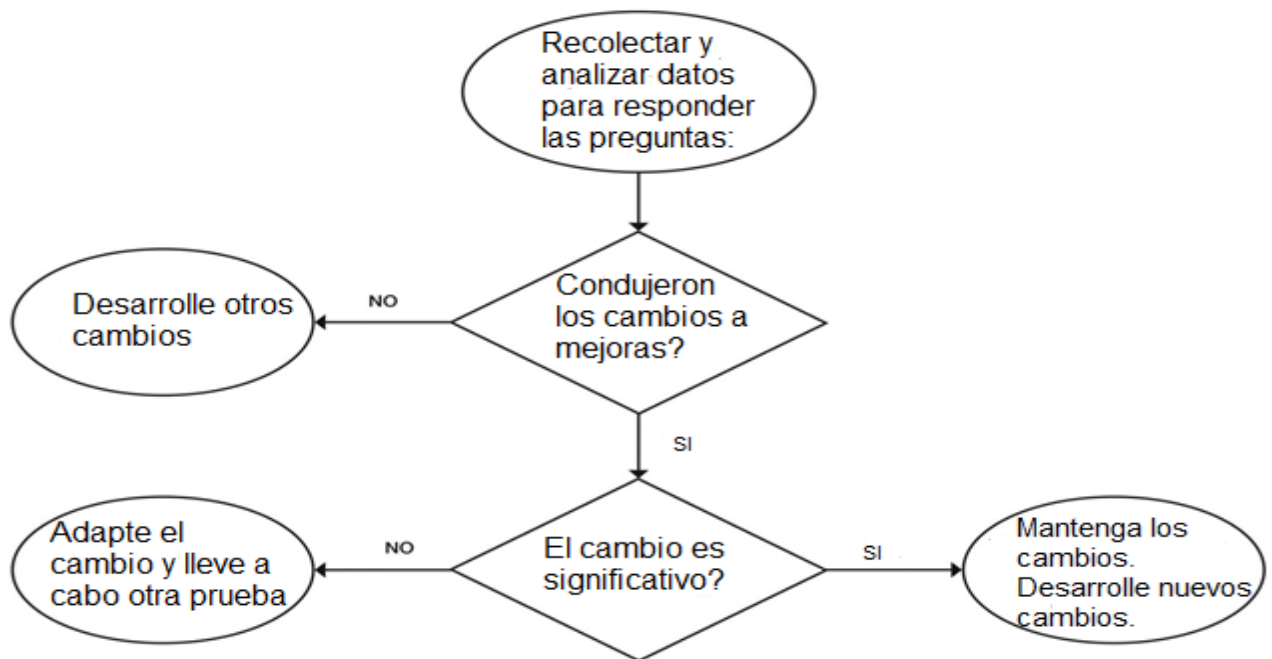
Debe asegurarse que existan y que estén disponibles los recursos e insumos necesarios para la implementación de las ideas de cambio.

7.2.1.14 **Verificar y analizar** los resultados de los cambios implementados

La verificación y análisis debe iniciar durante la implementación de las ideas de cambio, sin esperar necesariamente a que se termine la implementación para medir y analizar.

Para esto es esencial reconocer que los resultados negativos son una oportunidad para aprender, tomar en cuenta cómo cambian las condiciones a través del tiempo (mensualmente, patrones estacionales, variables externas), y que las intervenciones implementadas deben analizarse usando los gráficos de tiempo para valorar si se ha conseguido lo esperado y su nivel de logro.

Las etapas a seguir para la verificación y análisis se presenta a continuación:



7.2.1.15 Actuar

Es el paso que permite la adopción de los cambios probados y exitosos.

En esta parte se debe responder a preguntas esenciales tales como:

- ✓ ¿Hay suficiente evidencia para estandarizar el cambio implementado?
- ✓ ¿Qué actividades se deben realizar para estandarizar el cambio?
- ✓ ¿Cuál será el próximo ciclo a desarrollar?

Cuando el equipo haya logrado el o los objetivos de mejoramiento y los logros sean sostenibles, cada equipo debe elaborar una síntesis del aprendizaje en el formato diseñado

para tal fin con el propósito de compartir sus experiencias y lecciones aprendidas con otros equipos de mejoramiento.

Todo lo realizado por el equipo de mejoramiento debe ser registrado o documentado y resguardado en los formatos físicos o electrónicos, para que esté disponible cuando se requiera.

Si bien la aplicación de la metodología de MCCA es permanente, cuando se ha probado, con las evidencias necesarias, que las intervenciones funcionan y son estables, el equipo de mejoramiento debe remitir sus evidencias, conclusiones y recomendaciones a las instancias que correspondan, de tal manera que los cambios exitosos puedan oficializarse y estandarizarse en toda la organización sanitaria que requiera aplicarlas.

7. Bibliografía

1. Constitución de la República de Honduras, Decreto Número N° 131, 11 de Enero 1982
2. Código de Salud de Honduras, Decreto Número 65-91 del Congreso Nacional, 27 de diciembre de 1996
3. Política Nacional de Calidad en Salud, Honduras, SESAL Febrero de 2011
4. Modelo Nacional de Salud , SESAL, Mayo de 2013
5. Estrategia Nacional de Calidad en Salud, SESAL, Acuerdo No. 1805-2017, del 14 de Julio de 2017
6. Modelo de Gestión Hospitalaria, SESAL, Acuerdo No. 145, 20 de marzo de 2014.
7. Mejoramiento la Atención en Salud –MAS-, Taylor L, Ottosson A, Massoud MR. 2016. Mejorando la Atención en Salud. Guía de Capacitación para Facilitadores. Publicado por el Proyecto ASSIST de USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).
8. Plan estratégico institucional SESAL 2014-2018, SESAL, Julio 2014
9. Plan estratégico institucional 2016-2020, IHSS, Enero 2016
10. Reglamento de Funcionamiento del Consejo Institucional de Calidad del Instituto Hondureño de Seguridad Social (CONCALIHSS), Consejo Directivos de la Calidad (CDC) y los Consejos Locales de Calidad (CLC), IHSS, Junio de 2017.
11. Ley Nacional del Sistema de Calidad, Decreto 29-2011 del Congreso Nacional de Honduras.
12. Mejorando la Atención en Salud. Guía de Capacitación para Facilitadores. Publicado por el Proyecto ASSIST de USAID. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC).

8. Anexos

Herramientas de identificación, priorización y análisis de causa-efecto de problemas

TÉCNICAS DE ANÁLISIS CAUSA-EFECTO

Lluvia de ideas

Es una técnica grupal que permite la obtención de una significativa cantidad de aportes sobre el objeto de análisis. Sus fases son las siguientes:

- Definición del enunciado del objeto de análisis.
- Elección de un facilitador de la sesión y del grupo de trabajo (conocedores del tema – implicados en el proceso)
- Las normas para la sesión serán:
 - No existen jerarquías, la opinión de todos los participantes tiene el mismo valor.
 - No está permitida la crítica de las ideas; sí se permite la recolección de ideas de otros participantes y su procesamiento.
 - Sólo se enuncian las propuestas; y se deja el análisis para después de la sesión.
- Las ideas obtenidas se analizan, permitiéndose la discusión de ideas, su agrupación o su descarte.

Técnica de Pareto

El Diagrama de Pareto constituye un sencillo y gráfico método de análisis que permite discriminar entre las causas más importantes de un problema (los pocos y vitales) y las que no lo son (los muchos y triviales).

Las ventajas del Diagrama de Pareto pueden resumirse en:

- Permite centrarse en los aspectos cuya mejora tendrá más impacto, optimizando por tanto los esfuerzos.

- Proporciona una visión simple y rápida de la importancia relativa de los problemas.
- Ayuda a evitar que se empeoren algunas causas al tratar de solucionar otras y ser resueltas.
- Su visión gráfica del análisis es fácil de comprender y estimula al equipo para continuar con la mejor

La relación 80/20 establecida por Pareto, ha sido encontrada en distintos campos. Por ejemplo, el 80% de los problemas de una organización son debidos a un 20% de las causas posibles. El 80% de los defectos de un producto se debe al 20% de causas potenciales, el 80% del ausentismo es causado por un 20% de empleados, etc.

Evidentemente, la relación no debe ser exactamente 80/20, pero sí se puede asumir que unas pocas causas son responsables de la mayor parte de los problemas.

Una importante aplicación del Principio de Pareto está en el diseño de programas de mejora de la Calidad. Una acción de mejora deberá tener como objetivo a los pocos vitales y no los muchos triviales.

Los pasos a seguir para la elaboración de un diagrama de Pareto son:

1. Seleccionar los datos que se van a analizar, así como el periodo de tiempo al que se refieren dichos datos.
2. Agrupar los datos por categorías, de acuerdo con un criterio determinado.
3. Tabular los datos:

Comenzando por la categoría que contenga más elementos y, siguiendo en orden descendente, calcular las frecuencias:

- Absoluta.
- Absoluta acumulada.
- Relativa unitaria.
- Relativa acumulada.

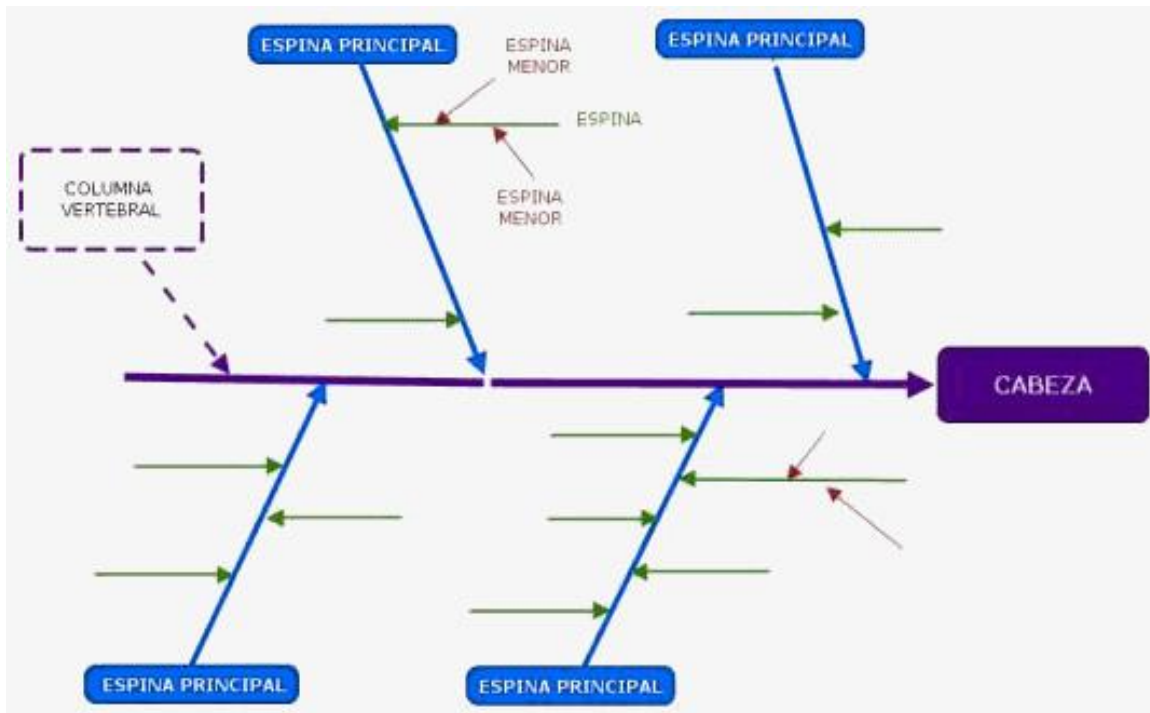
4. Dibujar el diagrama de Pareto.
5. Representar el gráfico de barras correspondiente que en el eje horizontal, aparecerá también en orden descendente.

6. Delinear la curva acumulativa: Se dibuja un punto que represente el total de cada categoría. Tras la conexión de estos puntos se formará una línea poligonal.
7. Identificar el diagrama, etiquetándolo con datos como: título, fecha de realización, periodo estudiado
8. Analizar el diagrama de Pareto.

Técnica de Ishikawa o diagrama de espina de pescado

El diagrama de Ishikawa, conocido también como causa-efecto o diagrama de espina de pescado, es una forma de organizar y representar las diferentes teorías propuestas sobre las causas de un problema.

Permite representar gráficamente el conjunto de causas que dan lugar a una consecuencia, o bien el conjunto de factores y sub-factores (en las “espinas”) que contribuyen a generar un efecto común (en la “cabeza” del diagrama).



El diagrama se elabora de la siguiente manera:

1. Se debe concretar cuál va a ser el problema o “efecto” a solucionar, se dibuja una flecha y se pone el tema a tratar al final de la misma.
2. Identificar las causas principales a través de flechas secundarias que terminan en la flecha principal, se pueden establecer categorías dependiendo de cada problema.
3. Se debe identificar las causas secundarias a través de flechas que terminan en las flechas secundarias, esto se puede realizar mediante un análisis de cada parámetro, escribiendo cada causa de forma concisa.
4. Se puede hacer una asignación de la importancia de cada factor.
5. Se usan 5 categorías para definir el esquema de Ishikawa: materiales, equipos, métodos de trabajo, recurso humano, medio ambiente; conocidas como las 5M's.

Se puede establecer una relevancia de las causas principales para tratar unas antes que otras, además se puede añadir cualquier otra información que sea de utilidad para el proceso y ayude a la resolución del problema.

Técnica de árbol de problemas

También conocido como método del árbol, técnica del árbol de problemas, análisis situacional o análisis de problemas, esta herramienta nos permite mapear o diagramar el problema.

Es una forma de representar el problema logrando de un vistazo entender qué es lo que está ocurriendo (problema principal), por qué está ocurriendo (causas) y que es lo que esto está ocasionando (los efectos o consecuencias).

La estructura de un árbol de problemas es:

- En las raíces se encuentran las causas del problema
- El tronco representa el problema principal
- En las hojas y ramas están los efectos o consecuencias

Para qué sirve un árbol de problemas:

- Permite desglosar el problema, las causas y sus efectos, mejorando su análisis.
- Hay una mejor comprensión del problema al desagregarlo en causas y consecuencias
- Se vincula con otras herramientas de investigación y análisis como árbol de soluciones
- Facilita la realización de otros componentes importantes de una investigación o proyecto en su fase de planificación, por ejemplo el análisis de interesados, análisis de riesgos y objetivos.

Pasos para elaborar un árbol de problemas:

1. Analizar la situación: Qué está ocurriendo, por qué está ocurriendo y que esta desencadenando. Hay que recolectar datos que permitan entender la situación problemática. Esto por sí solo ya dará gran cantidad de insumos para el siguiente paso.
2. Identificar los principales problemas de la situación que has analizado: Cualquier técnica para generar ideas es útil. Una lluvia de ideas en equipo definiendo por consenso cuál es el principal problema, suele ser una buena alternativa.
3. Determinar los efectos y las causas del problema principal: hay que identificar las causas (raíces) y los efectos o consecuencias (hojas o ramas) del problema planteado. Lo mejor es hacerlo en equipo buscando llegar a un consenso.
4. Dibujar el árbol.
5. Profundizar en las causas y efectos: Resolver el problema central será mucho más fácil en la medida en que se determinen las causas y efectos raíz. Es decir, si ya se determinó una causa, ¿es posible que esta causa sea ocasionada por algo más a su vez?.

TÉCNICAS DE PRIORIZACIÓN

Técnica de Priorización simple (método de pares)

En la jerarquización por pares se registran en tarjetas, como máximo 5 ó 6 opciones seleccionadas y se presentan a los responsables de priorizarlas en forma de parejas, cruzándolos entre si hasta realizar todas las opciones posibles. Luego se solicita a las personas que justifiquen su respuesta.

Ventajas del método de pares

- Favorecer una ponderación cuidadosa.
- Ofrece un resultado claro y fácilmente entendible.

Desventajas: del método de pares

- Criterios no visualizados.
- Procedimiento poco flexible.

- No se puede utilizar para muchas alternativas y para grupos muy grandes de problemas a priorizar.

Método de Hanlon

El método Hanlon es un instrumento que clasifica los problemas y los recursos con los que se cuenta, priorizando la problemática con base a la magnitud del problema, severidad, eficacia de la solución y factibilidad de la intervención. Este método constituye una tecnología en salud para la toma de decisiones adecuadas.

El método de Hanlon es un método para el establecimiento de prioridades basado en magnitud del problema, severidad del problema, eficacia de la solución, factibilidad de programa o de la intervención. Está basado en cuatro componentes:

- A: Magnitud del problema
- B: Severidad del problema
- C: Eficacia de la solución (o bien la resolución del problema)
- D: Factibilidad de programa o de la intervención.

La clasificación ordenada de los problemas se obtiene por el cálculo de la siguiente fórmula:

$$(A + B) C \times D$$

Una vez aplicada la fórmula a cada problema, es posible priorizarlos con base a la puntuación obtenida siendo el más prioritario el que tenga el mayor puntaje y así sucesivamente.

Elaboración de flujogramas

Un Flujograma o diagrama de flujo es una herramienta gráfica que permite visualizar los pasos de un proceso. Los flujogramas son como los planos o mapas de un proceso.

Son útiles porque para mejorar cualquier proceso o resolver cualquier problema, es necesario poder ver gráficamente los pasos del proceso para identificar dónde está fallando o dónde hay variación.

El flujograma tiene tres componentes primordiales:

- ✓ inicio/fin
- ✓ acciones
- ✓ decisiones

Para construir un flujograma, primero se describen en palabras el proceso y sus pasos para posteriormente representarlo gráficamente.

Simbología usada en un flujograma:

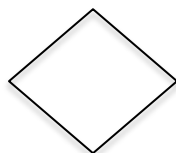
Inicio o finalización: se usa este símbolo para el primer y último paso de un proceso.



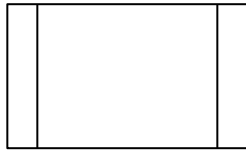
Paso: este símbolo representa un paso típico del proceso. Es la forma más usada en casi todos los procesos.



Decisión: este símbolo indica un punto en el que el resultado de una decisión indica el siguiente paso. Puede haber varios resultados, pero con frecuencia solo hay dos: sí y no.



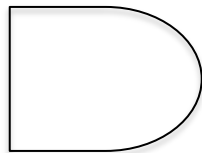
Subproceso: este símbolo indica un conjunto de pasos que se combinan para crear un subproceso o procedimiento que está definido en otro flujograma.



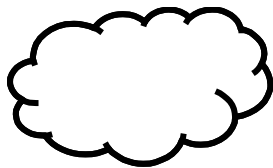
Documento: este símbolo representa la generación de un documento.



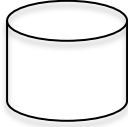
Retraso: este símbolo indica que dentro del proceso diagramado se encuentra un punto que enlentece dicho proceso.



Nube: este símbolo sirve para identificar un paso que no es claro dentro del proceso



Almacenamiento: este símbolo indica la generación de datos o información que se guarda en forma física y/o electrónica.



Líneas de flujo: es el símbolo que permite identificar la direccionalidad de avance en el flujograma por lo que establece la secuencia que siguen los pasos entre sí.

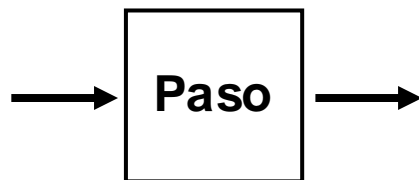


Conector: este símbolo representa que el flujo continúa donde se ha colocado un símbolo idéntico (que contiene la misma letra).

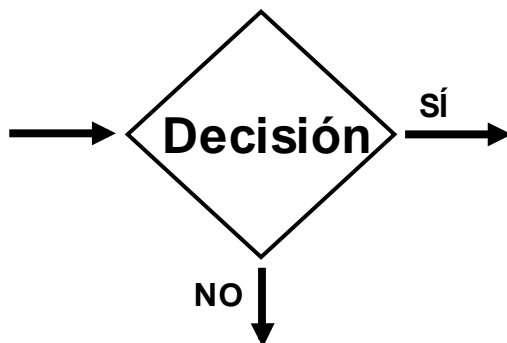


Cómo crear el crear el flujograma de un proceso:

Líneas de flujo



Una línea de flujo deriva de un paso



Dos líneas de flujo derivan de una decisión

Debe plantearse una pregunta cuya respuesta sea sí / no

Sistema de información

Los datos y la información son esenciales durante los cuatro pasos del MCCS, de tal manera que resulta clave que se tomen en cuenta los siguientes aspectos para asegurar las condiciones necesarias relacionadas a esto:

Es importante utilizar el conjunto de herramientas para documentar el aprendizaje del mejoramiento en el formato de plan de implementación.

Debe mantenerse canales fluidos de comunicación con la meso y macrogestión del MCCS para retroalimentación de los avances y para gestión de recursos necesarios para el logro de resultados.

Origen de datos:

- ✓ El dato se produce una sola vez, debe evitarse la duplicación en la generación de datos para minimizar el riesgo de tergiversarlos.
- ✓ La fuente del dato debe estar definida de manera precisa, lo usual es que la fuente del dato sea única, si existe más de una fuente debe analizarse la conveniencia de simplificar a una sola fuente.
- ✓ La fuente de los datos debe tener claridad precisa de cuando y cómo generar el dato.

Procesamiento de datos:

- ✓ Una vez recolectados los datos deben ser procesados por la o las personas definidas para esto.
- ✓ El procesamiento debe ser idealmente electrónico por lo que sería esencial dotar a los equipos de mejoramiento con el acceso a los recursos necesarios para hacerlo.
- ✓ Los equipos de mejoramiento pueden encargarse de procesar los datos pero lo recomendado es que cada organización sanitaria debe contar con instancias orgánicas específicamente constituidas para estos fines, de tal manera que se le facilite el trabajo a los equipos.

Generación de información:

- ✓ El ordenamiento coherente de datos procesados se entenderá como “información”
- ✓ La información suele ser presentada en forma de reportes, informes, gráficos, entre otros.
- ✓ Debe definirse claramente al o los responsables de procesar los datos para generar la información requerida.
- ✓ Debe precisarse claramente la periodicidad de generación de información, el responsable de emitirla y los destinatarios de dicha información.
- ✓ Se debe generar mecanismos de validación interna a la generación de información, a través de los cuales se mida la validez del dato y de la propia información generada, enfocándose sobre todo en la posibilidad del error humano.

Análisis de información:

- ✓ El análisis de la información debe privilegiar metodologías como las de gráficas de serie de tiempo, gráficos de rachas, benchmarking, entre otros.
- ✓ Cualquier tipo de metodología de análisis utilizada debe orientar a pensar y definir el por qué el comportamiento ha sido como es, deben definirse posibles causas y razones para el comportamiento observado, así como posibles acciones para fortalecerlo, si era lo esperado, o para corregirlo si no era lo esperado.
- ✓ El análisis debe culminar en la toma de decisiones para continuar o cerrar los ciclos de aprendizaje y mejoramiento.

Modelo de documento de registro o documentación para el MCCC

a. Encabezado: Logotipo de la Organización Sanitaria

Título: Registro y Documentación del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud

Nombre de la Institución/ Código

Coordinador del EMCCC

Miembros del EMCCC

Fecha de Inicio y Fecha de Finalización

b. Registro de Paso 1

- Metodología utilizada para identificación de problemas
- Listado de problemas identificados
- Metodología utilizada para priorización de problemas
- Listado de problemas priorizados (máximo 10 problemas)
- Problema(s) enunciado(s)
- Objetivos de mejoramiento elaborados, según el o los problemas enunciados.
- Conformación del equipo de mejoramiento (nombre, profesión, cargo en el equipo y en el sitio de trabajo, medios de contacto)

c. Registro de Paso 2

- Definidos los sistemas, procesos o procedimientos relacionados a los objetivos de mejoramiento
- Flujograma/s actuales
- Matriz de indicadores

Indicador	Construcción del indicador N / D x 100	Fuente Numerador	Fuente denominador	Periodicidad	Técnica de recolección de datos	Responsables Nombre Completo/ Cargo

Resultados y análisis de medición inicial de indicadores

d. Registro de Paso 3

- Intervenciones de mejoramiento elaboradas
- Flujograma/s ideales elaborados

e. Registro de Paso 4

- Matriz de Plan de Implementación

Planear					Ejecutar		Verificar				Actuar
Ideas de cambio a implementar	¿Actividades?	¿Recursos, Insumos, Infraestructura necesarios para llevar a cabo la actividad?	Tarea	¿Dónde?	¿Cuándo? Fecha	¿Responsable? Nombre y cargo del responsable	¿El cambio fue implementado?	¿Cuándo se inició el cambio?/ ¿Cuándo finalizó el cambio?	¿El cambio fue efectivo? ¿Lo condujo a un mejoramiento?	Observaciones. Registre lo que el cambio produjo o razones ¿porque no fue efectivo?	¿Cómo se va a proceder? Si el cambio funciona: Estandarice Si no fue significativo: adopte el cambio y vuelva a probar Sino funciona: desarrolle o implemente otros cambios
								FI:			
								FF:			
								FI:			
								FF:			
								FI:			
								FF:			
								FI:			
								FF:			
								FI:			
								FF:			
								FI:			
								FF:			
								FI:			
								FF:			
								FI:			
								FF:			
								FI:			
								FF:			

- Registro o informe de seguimiento de la ejecución del Plan de implementación (actividades realizadas y no realizadas, razones o causas de actividades sin ejecutar, ajustes al plan, resultados de monitoreo de indicadores)
- Informe de análisis de cambios implementados (registro escrito del análisis de gráficas de tiempo)
- Informe de remisión de evidencias de cambios exitosos

