"ES COPIA FIEL"

Capitán de Corbeta SN. (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMST"
Héctor VELANDO Bejarano
00069589

RESOLUCIÓN DIRECTORAL
Nº R.D. 006-2022 MGP/DISAMAR
FOLIO .....010 - 011.....

14 FEB. 2022

Resolución Directoral

Visto, el memorándum Nº 060 del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud, de fecha 04 de febrero del 2022, mediante el cual remite el Manual de Procedimiento del Proceso de Mejora Continua en las IPRESS Navales";

CONSIDERANDO:

Que, la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, con Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud". La calidad en la prestación de los servicios de salud es una preocupación permanente del Sector Salud, siendo la calidad el eje de todos los procesos en la prestación de los servicios de salud;

Que, el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" está definido como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud del sector y sus dependencias públicas de los tres niveles (nacional, regional y local), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión;

Que, con Resolución Directoral Nº 025-2020 MGP/DISAMAR, de fecha 07 de diciembre del 2020, se aprobó el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud 2021-2022, mediante el cual se detalla la Política de Gestión de Calidad, objetivos generales y específicos de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud de la Dirección de Salud de la Marina;

Que, mediante Acta de Reunión Nº 008-022, de fecha 28 de enero del 2022, el Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad y los responsables de cada proceso, elaboraron y aprobaron el proyecto del manual de procedimiento del proceso de mejora continua en las IPRESS Navales, con la validación interna del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud de la Dirección de Salud de la Marina;

Que, el Jefe de la Oficina de Asesoría Legal de la Dirección de Salud de la Marina, remite el proyecto del Manual de Procedimiento del Proceso de Mejora Continua en las IPRESS Navales, para continuar con el trámite de aprobación correspondiente;

"ES COPIA FIEL"

Capitán de Corbeta SN. (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMST"
Héctor VELANDIA Balcázar
DNI 09469588

Estando a lo informado en el documento de vistos y con las visaciones de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud y Oficina de Asesoría Legal de esta Dirección;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Manual de Procedimiento del Proceso de Mejora Continua en las IPRESS Navales, que como anexo forman parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo 2°.- El Comando de la Unidad o Dependencia con IPRESS Naval, serán los responsables de la implementación, difusión y monitoreo del citado Manual; así como, del cumplimiento de los lineamientos establecidos para la Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud de la Institución.

Artículo 3°.- La Dirección de Salud de la Marina, a través de la Oficina de Gestión de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud, supervisará el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en el Manual de Procedimiento del Proceso de Mejora Continua en las IPRESS Navales.

Artículo 4°.- La Oficina de Relaciones Públicas procederá a publicar la presente Resolución con los anexos respectivos, en la página web de la Dirección de Salud de la Marina.

Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.

Antonio VILDOSO Concha
Contralmirante
Director de Salud de la Marina

DISTRIBUCIÓN:
Copia: IPRESS NAVALES (c/a)
JEF.OFIC.GEST.CAL. (c/a)
JEF.OFIC.REL.PÚB. (c/a)
Archivo.

"ES COPIA FIEL"

Capitán de Corbeta SN. (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMST"
Héctor VELANDO Bejarano

DIRECCIÓN DE SALUD DE LA MARINA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTO DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA EN LAS IPRESS NAVALES

2022

"ES COPIA FIEL"

Capitán de Corbeta SN-(O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMST"
Héctor VELANDO Bejarano

HOJA DE AUTORIZACIÓN

INSTITUCIÓN: DIRECCIÓN DE SALUD DE LA MARINA
NOMBRE: MANUAL DE PROCEDIMIENTO DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA EN LAS IPRESS NAVALES
VERSIÓN: 01
FECHA DE ELABORACIÓN: FEBRERO 2022
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: FEBRERO 2026
DOCUMENTO ELABORADO: OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE DISAMAR

C. de N. SN (O) Luis Martín LOAYZA RodríguezJefe de la Oficina
TS2. Enf. Jorge Luis CHINGA Ramos — Encargado del proceso de Atención al Usuario
OM1 Enf. Rossivet AGUSTIN Franco — Encargada del proceso de Acreditación y Autoevaluación
Lic. Enf. Ingrid CALLE Samaniego — Encargada del proceso de Seguridad del Paciente
Lic. Psi. Karina CHUQUIZUTTA Benavides — Encargada de los procesos de Mejora Continua y Auditoría de la Calidad en Salud
Sec. Gisella NUÑEZ Casas — Secretaria de la Oficina

VALIDACIÓN INTERNA:

C. de N. SN (O) Luis Martín LOAYZA RodríguezJefe de la Oficina

VALIDACIÓN EXTERNA DISAMAR:

C. de C. CJ Raúl FIGUEROA Quiquia — Jefe de la Oficina de Asesoría Legal

APROBADO POR:

Calm. Antonio VILDOSO Concha — Director de Salud de la Marina

ÍNDICE

		PÁG.
INTRODUCCIÓN		4
I.	FINALIDAD	5
II.	BASE LEGAL	5
III.	ALCANCE	5
IV.	SITUACIÓN GENERAL	7
V.	RESPONSABILIDADES	8
VI.	DEFINICIONES OPERACIONALES	10
VII.	OPORTUNIDADES DE MEJORA	12
VIII.	ETAPAS DESARROLLO DE PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD	12
IX.	COMPONENTES DEL PROYECTO DE MEJORA EN SALUD	17
X.	ANEXOS	18
	ANEXO "A": Siglas para el proceso de mejora continua	19
	ANEXO "B": Formato de la ficha técnica del proyecto de mejora continua	20
	ANEXO "C": Guía para la supervisión actividades proceso mejora continua	21
	ANEXO "D": Técnicas y herramientas para la mejora continua	23
XI.	APÉNDICES	
	APENDICE I: Simbología para diseño de flujograma	33
	APENDICE II: Formato matriz de priorización de problemas	34
	APENDICE III: Formato ejemplo diagrama de operaciones	35
	APENDICE IV: Formato ejemplo diagrama de causa efecto	36
	APENDICE V: Formato grafico de GANTT	37
	APENDICE VI: Formato hoja de control	38
	APENDICE VII: Formato ejemplo diagrama global de proceso	39
	APENDICE VIII: Formato ejemplo diagrama del árbol de problemas	40
	APENDICE IX: Formato ejemplo guía de puntuación	41
XII.	ACTA DE CONOCIMIENTO Y CONFORMIDAD	42

INTRODUCCIÓN

La Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad, responsabilidad asignada al Ministerio de Salud como órgano rector en Salud a nivel nacional, órgano que dispone la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Salud estableciendo como uno de sus procesos principales la Mejora Continua de la Calidad, proceso basado en el Manual para la Mejora Continua de la Calidad, cuya finalidad es estandarizar conceptos y uniformizar las herramientas y técnicas para la mejora continua de la calidad en los servicios y establecimientos de salud.

Los cambios sociales y culturales, exigen a las instituciones implementar la mejora continua, esta implica la implantación de un sistema, basado en el aprendizaje continuo de la organización, el seguimiento de una filosofía de gestión, y la participación activa y compromiso de todo el personal de la IPRESS, para el logro de los objetivos y las metas organizacionales, así como el éxito y crecimiento de desarrollo personal.

La Marina de Guerra del Perú, para el cumplimiento de las normatividad vigente del Ministerio de Salud, designa a la Dirección de Salud de la Marina como órgano en Salud a nivel Institucional, en cuya estructura orgánica de asesoría se encuentra la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud responsable del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud en las IPRESS Navales.

En ese sentido, la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud de la Dirección de Salud de la Marina, para el cumplimiento de la misión encomendada, elabora el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el cual describe las actividades del proceso de mejora continua que deben realizar las IPRESS Navales, y en adición se ha creído conveniente elaborar el presente manual, como herramienta de gestión adicional que permite a los encargados administrar eficaz y eficientemente su proceso en las IPRESS Navales para la presentación y ejecución de intervenciones y proyectos de mejora en Salud.

I. FINALIDAD

Promover y estandarizar la mejora continua de la calidad en las IPRESS navales a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad en salud.

II. BASE LEGAL

1. Ley General de Salud, Ley N° 26842 de fecha 15 de julio de 1997.
2. Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657 de fecha 28 de enero del 2002.
3. Resolución Ministerial N° 519-2006 del Ministerio de Salud, que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
4. Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, que aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad".
5. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
6. Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA de fecha 03 de febrero del 2012, que aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad".
7. Norma Internacional ISO 9001-2015: Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos.
8. Resolución Directoral N° 025-2020/DISAMAR de fecha 07 de diciembre del 2020, que aprueba el Plan del Sistema de Gestión de Calidad en Salud periodo 2021-2022.

III. ALCANCE

El presente manual es de aplicación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de la Marina de Guerra del Perú:

Nivel y Categoría III-1:

1. Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara",

Nivel y Categoría I-4:

2. Hospital de la Base Naval del Callao "Practicante Manuel Ugarte y Moscoso",
3. Clínica Naval de Iquitos;

Nivel y Categoría I-3:

4. Policlínico Naval San Borja,
5. Policlínico Naval de Ancón,

Nivel y Categoría I-2:

6. Posta Naval de Ventanilla,

Comandos de las Unidades y Dependencias con IPRESS que a continuación se detallan:

7. Base Naval de Paita.
8. Enfermería Villa Naval de Tumbes.
9. Base Naval de San Juan de Marcona.
10. Base Naval de Chimbote.
11. Sanidad de la Escuela Naval del Perú.
12. Instituto de Educación Superior Tecnológico Público Naval CITEN.
13. Estación Naval de la Comandancia General de la Marina.
14. Estación Naval de Submarinos.
15. Centro de Entrenamiento de Operaciones Especiales.
16. Sanidad de la Base Aeronaval del Callao.
17. Servicio de Policía Naval.
18. Grupo de Salvamento.
19. Comandancia de la Tercera Zona Naval.
20. Capitanía Guardacostas Lacustre de Puno.
21. Estación Naval de Mollendo.
22. Capitanía Guardacostas Fluvial de Puerto Maldonado.
23. Estación Naval de Pucallpa.
24. Estación Naval de Pichari.
25. Base Naval de Iquitos.
26. Estación Naval del Estrecho.
27. Puesto de Salud SIMA Iquitos.

Nivel y Categoría I-1:

28. Tópico CEBE "Santa Teresa de Courdec".
29. Enfermería Institución Educativa "Stella Maris".
30. Enfermería y Servicio de Psicología Liceo Naval "Germán Astete"
31. Liceo Naval "Almirante Guise"
32. Enfermería Institución Educativa Inicial "Niño Jesús de Praga"

Ofertas Flexibles (OF): Categoría asignada para las Unidades que desplazan recursos humanos, medicinas, material y equipamiento médico, brindan atención integral en salud complementaria a la red local.

33. PIAS "Lago Titicaca" (CPMPIAS – 3120).
34. B.A.P. "TACNA".
35. B.A.P. "PISCO".
36. Plataforma Itinerante de Salud PISSA

IV. SITUACIÓN GENERAL

1. El artículo VI del Título preliminar de la ley N° 26842, Ley General de la Salud de fecha 15 de julio de 1997, establece que es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

2. El Artículo 2° de la Ley del Ministerio de Salud, Ley N° 27657 de fecha 28 de enero del 2002, establece que el Ministerio de Salud es el ente rector del Sector Salud que conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana, a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

3. Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA de fecha 30 de mayo del 2006 vigente a la fecha, se aprobó el documento técnico del 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.

4. Que, mediante Resolución Ministerial N° 640-2006, el Ministerio de Salud aprueba el "Manual para la Mejora Continua de la Calidad", cuyo objetivo es contar con un documento de consulta que provea la información necesaria al personal de salud sobre la aplicación de herramientas y técnicas de la calidad y la elaboración de proyectos de mejora continua.

5. Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, de fecha 29 de octubre del 2009, se aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional.

6. Que, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA de fecha 03 de febrero del 2021, se aprueba la Guía Técnica cuyo objetivo es brindar al personal de las organizaciones de salud un documento de consulta que provea la metodología para la elaboración de proyectos de mejora de la calidad, así como la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad.

7. Que, mediante la norma internacional ISO 9001-2015, se aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad, norma que especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad.

8. Que, dentro de este contexto, la Dirección de Salud de la Marina con Resolución Directoral N° 025-2020/DISAMAR de fecha 07 de diciembre del 2020 aprueba el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, cuya finalidad es mejorar la calidad de la atención en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de la Marina de Guerra del Perú, mediante el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios.

V. RESPONSABILIDADES

a. Director de Salud de la Marina

(1) Aprobar el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que incluya las actividades del proceso de mejora continua que, deben ser desarrolladas por las IPRESS navales.
(2) Gestionar la asignación presupuestal para la implementación de acciones y proyectos de mejora en salud para las IPRESS Navales.
(3) Promover la participación de las IPRESS navales, en concursos de proyectos de mejora de salud a nivel Institucional y extra institucional.
(4) Emitir reconocimiento por los logros obtenidas en la participación de concursos de proyectos de mejora de salud a nivel Institucional y extra institucional.

b. Comandos de las Unidades y Dependencias con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

(1) Comprometer a todo el personal de la IPRESS, en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y en las actividades del proceso de mejora continua.

(2) Nombrar con documento Oficial al responsable y los integrantes del equipo o equipos del proceso de mejora continua por servicios (mínimo 3 integrantes por equipo).

(3) Promover la elaboración e implementación de proyecto(s) de mejora continua en salud.

(4) Elevar al DISAMAR la ficha técnica del proyecto de mejora continua en salud, para la aprobación correspondiente.

(5) Remitir a DISAMAR, el o los proyectos de mejora continua en salud para el control respectivo.

(6) Remitir a DISAMAR el informe trimestral del avance y ejecución de las actividades del proceso de mejora continua.

(7) Gestionar ante DISAMAR la capacitación de los integrantes del proceso de mejora continua.

(8) Gestionar la asignación presupuestal para la implementación de oportunidades de mejora en las áreas críticas de la IPRESS.

c. Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud de DISAMAR

(1) Elaborar el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que incluya las actividades del proceso de mejora continua que deben ser desarrolladas por las IPRESS navales.

(2) Programar capacitaciones a los integrantes del proceso de mejora continua de las IPRESS navales.

(3) Gestionar capacitaciones extra institucional para los integrantes del proceso de mejora continua de las IPRESS navales.

(4) Supervisar el desarrollo de las actividades del proceso de mejora continua de las IPRESS Navales.

(5) Remitir al DISAMAR, el informe trimestral de las supervisiones a las IPRESS Navales, del avance de las actividades del proceso de mejora continua.

d. Responsable del proceso de mejora continua de la OGCHS de DISAMAR

(1) Identificar y programar las actividades del proceso de mejora continua según normatividad vigente del Ministerio de Salud, para ser incluidas en el Plan del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
(2) Mantener actualizado los datos del personal responsable del proceso de mejora continua de las IPRESS navales.
(3) Elaborar la programación de capacitación a los responsables del proceso de mejora continua de las IPRESS navales.
(4) Realizar y elaborar el informe de la Supervisión trimestral de la IPRESS, de acuerdo a la lista de verificación de supervisión al proceso de mejora continua.
(5) Consolidar la matriz de oportunidad de mejora de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud de las IPRESS navales.
(6) Evaluar y consolidar las fichas técnicas de los proyectos de mejora continua presentadas por las IPRESS navales.
(7) Realizar el seguimiento de avance de las actividades del proceso de mejora continua de las IPRESS navales.

e. Responsable del proceso de mejora continua de la IPRESS naval

(1) Elaborar el cronograma de actividades del proceso de mejora continua de la IPRESS.
(2) Ejecutar las actividades del proceso de mejora continua de la IPRESS.
(3) Elaborar el informe trimestral del avance del proceso de mejora continua.
(4) Realizar el seguimiento a la implementación de las acciones y proyectos de mejora.
(5) Elaborar la ficha técnica del proyecto de mejora continua.
(6) Implementar un registro de acciones y proyectos de mejora.
(7) Analizar los resultados del proceso de mejora continua, difundirlos y socializarlos con el personal de la IPRESS.

VI. DEFINICIONES OPERACIONALES

a. Acciones de mejora.- Conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
b. Acciones correctivas.- Actividades que se realizan después de haber encontrado deficiencias en los procesos de la organización encaminadas a mejorarlos.

c. **Acciones de Innovación.**- Son acciones nuevas para agilizar o eliminar actividades en un proceso sin alterar el resultado esperado.

d. **Acciones preventivas.**- Se realizan para prevenir deficiencias en la ejecución de procesos futuros.

e. **Equipo de mejora.**- Conjunto de personas que buscan resolver un problema. Se forma para trabajar en un periodo de tiempo determinado y debe estar integrado por representantes de todas las áreas o servicios que intervienen en el proceso que se desea mejorar.

f. **Enfoque sistémico.**- Condición de la gestión de calidad que implica que todo trabajo se realiza con enfoque de sistemas y procesos integrados.

g. **Herramientas de calidad.**- Instrumentos que permiten ordenar, medir, comparar y estructurar la información, de manera que simplifiquen y hagan objetivas las concepciones teóricas y la secuencia de procesos complejos y que permitan generar nuevas ideas para resolver las diferentes oportunidades de mejora que se van presentando.

h. **Institucionalización.**- Fase final del ciclo de proyectos de mejora en la que un proceso mejorado se convierte en parte integral y programada de una organización.

i. **Proyecto Colaborativo de mejora.-** Un proyecto colaborativo de mejora es una forma de aprendizaje compartido que reúne a un gran número de equipos para trabajar juntos a fin de lograr rápidamente mejoras significativas en los procesos, calidad, y eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir estos métodos a otros sitios.

j. **Proyecto de mejora.**- Son proyectos orientados a generar resultados favorables en el desempeño y condiciones del entorno a través del uso de herramientas y técnicas de calidad. (Ver Anexo 05, Ficha Individual de Proyecto de Mejora).

k. **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 proyecto.

l. **Gestión de la Calidad.**- Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

m. Mejoramiento Continuo de la Calidad.- Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad, con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.

n. Proceso.- Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

o. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.- Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

VII. OPORTUNIDADES DE MEJORA

Las IPRESS navales identifican oportunidades de mejora que se presentan durante el desarrollo permanente de las actividades de salud, que deben ser analizadas con el propósito de tomar las decisiones más acertadas e implementar las acciones y/o proyectos de mejora en beneficio de los usuarios del Sistema de Salud, utilizando las técnicas y herramientas para la gestión de la calidad en salud. Entre estas oportunidades de mejora, tenemos:

a. Recomendaciones de las Auditorías de caso y gestión de la calidad.
b. Resultados de indicadores del sistema de salud.
c. Resultados de encuesta de los usuarios.
d. Reporte de eventos adversos.
e. Sugerencias y reclamos de los usuarios.
f. Resultados del proceso de autoevaluación y evaluación externa.
g. Resultados de supervisiones institucional y extra institucional.

VIII.- ETAPAS PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD

1. ETAPA DE ESTUDIOS

Es la etapa que da inicio mediante la presentación de la documentación de base que describe y justifica el proyecto, incluye:

a. Identificación de la oportunidad de mejora:

El objetivo es determinar qué vamos a mejorar, podría implicar un problema que necesita solución, un proceso que requiere redefinición o un sistema que necesite mejorar. Las oportunidades de mejora se pueden identificar de muchas formas; un evento adverso o el reclamo de un usuario puede ser la consecuencia de la discrepancia entre las expectativas de los usuarios y el servicio prestado.

b. Planteamiento del problema

Identificada la oportunidad de mejora, se define claramente el asunto o el problema que se va a abordar. Consiste en realizar la descripción concreta de un proceso que necesita mejorar, el área general de atención donde debe partir el mejoramiento de la calidad y el por qué priorizar el trabajo en ese proceso. Al plantear el problema, es importante evitar la enumeración de posibles causas o soluciones y centrar las energías en describir el problema. También es importante destacar que la forma de plantear los problemas debe tener una creación cuidadosa, para no dejar caer culpas sobre una persona o un servicio específico.

c. Determinación de las causas

Tiene como objetivo identificar las principales causas o causas raíz del problema, para elegir la solución más acertada. En esta etapa los integrantes del equipo de mejora plantean preguntas como ¿por qué sucede este problema?, ¿con qué frecuencia?. Las causas que generan un problema no siempre son evidentes e identificables fácilmente.

d. Determinación de indicadores para medir los logros

Los indicadores son las medidas que muestran el comportamiento de un proceso y son variables o características factibles de medir para probar el logro de las metas de mejoramiento de la calidad. Son esenciales para comprender el resultado de una intervención o solución y para determinar si se debe seguir adelante con la implementación.

e. Recopilación de datos basales

Es una parte importante y a menudo necesaria del mejoramiento de la calidad, cuando los datos existentes no son suficientes para identificar o analizar los problemas o para desarrollar, probar o implementar las soluciones a los problemas. Los datos cualitativos como los cuantitativos permiten comprender la situación en que existe un problema, probar hipótesis de sus causas y demostrar la eficacia de las intervenciones.

Los datos cualitativos emplean palabras para describir una situación y pueden proporcionar información acabada acerca del motivo por el cual puede ocurrir un problema. Este tipo de datos se recopila mediante diversas técnicas, como conversaciones con grupos representativos, entrevistas sin estructura, observación y juego de roles.

Los datos cuantitativos describen el problema mediante cifras que proporcionan información como promedios y variabilidad. Para los datos cuantitativos se emplean una amplia variedad de métodos, entre los que se incluyen el muestreo para encuestas formales y el análisis de los datos existentes.

f. Planteamiento de hipótesis sobre los cambios o intervenciones

El objetivo es proponer una solución que resuelva el problema al eliminar sus causas. Tener en consideración los siguientes aspectos:

- Elaborar una solución no siempre es una tarea directa y muchas soluciones fallan porque no fueron meditadas cuidadosamente antes de su implementación.
- El mejor criterio es estar abierto a todas las posibilidades y pensar creativamente, primero para preparar una lista de las potenciales soluciones y luego para revisar cada una cuidadosamente antes de seleccionar una de ellas.
- Estas soluciones deben enfrentar las causas de fondo o causas raíz que se identificaron previamente.
- Para poder escoger las soluciones adecuadas, es necesario contar con una buena lista de opciones. Es aquí donde la creatividad del equipo de mejora cobra importancia.

g. Priorizar las causas raíz a intervenir

Los integrantes de los equipos de mejora, utilizan su criterio para seleccionar y fijar prioridades, para luego pasar a la siguiente etapa de probarlas e implementarlas. Los criterios siguientes, enunciados claramente pueden ayudar a los equipos a escoger una solución a partir de una lista:

- Necesidad.
- Económicamente accesibles.
- Sin efectos negativos en otros procesos o actividades.
- Factibles de implementar.
- Tienen respaldo de la administración.
- Tienen respaldo de la organización.
- Son eficientes.
- Son oportunos.

Dentro de lo posible, los criterios se deben limitar a tres o cuatro, dado que un número excesivo haría que este paso fuera difícil de manejar.

h. Formular el plan de acción o plan de cambios

Los planes de acción son documentos debidamente estructurados, por medio de ellos se busca "materializar" los objetivos previamente establecidos, dotándoles de un elemento cuantitativo y verificable a lo largo del proyecto, para contribuir a alcanzar los objetivos superiores. El plan de acción compromete el trabajo de una gran parte del personal, estableciendo plazos, responsables y un sistema de seguimiento y monitoreo de todas las acciones diseñadas. Un plan de acción efectivo debe contar con:

- Objetivo claro, conciso y medible.
- Estrategias que reflejen el camino a seguir para lograr el objetivo.
- Actividades precisas.
- Tareas que describan los pasos exactos para el cumplimiento de las estrategias.
- Resultados/Productos.
- Tiempos reales de cumplimiento en inicio y fin de cada tarea.
- Responsables directos de cada tarea.
- Seguimiento constante y evaluación de cumplimiento. Implica tomar decisiones acerca de quién, qué, dónde, cuándo, cómo.

2. ETAPA DE EJECUCIÓN O IMPLEMENTACIÓN

Etapa en que el proyecto se convierte progresivamente en realidad a través del uso de recursos y actividades previstas, también es denominada fase operativa del proyecto.

3. ETAPA DE SEGUIMIENTO

Etapa de seguimiento del proyecto a lo largo del tiempo para que, en caso de que haya desviaciones negativas, se introduzcan medidas correctivas.

Recopilación y comparación de los datos

En esta etapa de seguimiento, los procesos que han implementado las soluciones efectivas emiten datos a través de sus indicadores, estos datos recopilados, procesados y convertidos en información nos indican qué tan bien funcionan los cambios realizados. El equipo de mejora debe controlar periódicamente los indicadores para asegurar que las pruebas se están realizando de acuerdo al plan y comunicar el avance a todos los involucrados. Documentar los éxitos y obstáculos que se presentan mientras se lleva a cabo la prueba ayudan a evaluar la solución. Cada problema o error es una oportunidad para mejorar y esto aplica tanto a las pruebas e implementación de las soluciones como a la identificación de los problemas.

4. ETAPA DE EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se debe verificar si los resultados alcanzados guardan relación con los objetivos planteados. Con la ayuda de los datos recopilados y otra información (formal o informal) obtenida durante la etapa anterior, el equipo de mejora debe responderse a las siguientes preguntas:

- ¿Cumplimos con nuestros criterios de éxito?.
- ¿La solución tuvo los resultados deseados?.
- ¿Qué opinaron los usuarios acerca del cambio?.
- ¿Qué aspectos de la prueba resultaron bien?.
- ¿Qué aspectos fueron difíciles?.
- ¿La solución generó problemas imprevistos para terceros o para otros procesos?.
- ¿Con qué tipo de oposición nos encontramos?.

Según los resultados obtenidos en el seguimiento, se determinar si la solución fue exitosa, si amerita ser modificada, si debería abandonarse del todo y ensayar otra.

5. ETAPA DE ESTANDARIZACIÓN E INSTITUCIONALIZACIÓN

Es la oficialización del proceso mejorado en la organización, que permita a través de indicadores y metas evaluar el desempeño futuro de los procesos mejorados y también la implantación de un programa de actividades para asegurar la continuidad, sostenibilidad y mejora de los resultados. Para asegurar que las mejoras sean sostenibles, el equipo de mejora tendrá que buscar oportunidades para normar el mejoramiento y transformarlo en permanente a través de procedimientos o actividades como la preparación o revisión de manuales y la inserción del nuevo material en capacitaciones.

IX.- COMPONENTES DEL PROYECTO DE MEJORA EN SALUD

a Título del proyecto.
b Equipo de mejora.
c Dependencia.
d Población Objetivo.
e Lugar de ejecución.
f Duración.
g Antecedentes.
h Justificación.
i Objetivos.
j Metodología.
k Resultados esperados.
l Cronograma de actividades.
m Propuesta de financiación.

X. ANEXOS

ANEXO "A": SIGLAS PARA EL PROCESO DE MEJORA CONTINUA.

ANEXO "B": FORMATO FICHA TÉCNICA PARA EL PROYECTO DE MEJORA CONTINUA.

ANEXO "C": GUIA PARA LA SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA.

ANEXO "D": TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA CONTINUA.

ANEXO "A"

SIGLAS Y PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESO DE MEJORA CONTINUA

DENOMINACIÓN	SIGLA	DENOMINACIÓN	SIGLA
Dirección de Salud de la Marina	**DISAMAR**	Dirección del Centro Médico Naval "CMST"	**DICEMENA**
Director del Centro Médico Naval	**DCMN**	Director de la IPRESS	**DIPRESS**
Centro Médico Naval "CMST" Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud	**CMN** **OGCHS**	Secretaría de la IPRESS Jefe de la Oficina de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud	**SIPRESS** **JOGCHS**
Representante del CMN	**RCMN**	Jefe de la IPRESS	**JIPRESS**
Jefe de Departamento	**JD**	Jefe del Servicio	**JS**
Jefe de la Oficina de Asesoría Legal	**JOAL**	Jefe de la Unidad	**JU**
Superintendencia Nacional en Salud	**SUSALUD**	Unidad de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	**UGIPRESS**
Institución Prestadora de Servicios de Salud	**IPRESS**	Institución Administradora del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Marina	**IAFAS**
Presidente del Comité de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud primer nivel	**PCCHS**	Comité de la Calidad y Humanización de los Servicios de Salud	**CCHS**
Jefe de Mejora Continua	**JMC**	Encargado del proceso de Mejora Continua	**EPMC**
Acción de Mejora	**AM**	Proyecto de Mejora Continua	**PMC**

ANEXO "B"

FORMATO DE LA FICHA TÉCNICA DEL PROYECTO DE MEJORA CONTINUA

FICHA TÉCNICA DEL PROYECTO DE MEJORA CONTINUA N° ..... - 202...

IPRESS		FECHA:	
PROYECTO		INICIO:	
AREA		TÉRMINO:	

1. ANTECEDENTES

2. PROPOSITO DEL PROYECTO

3. OBJETIVO DEL PROYECTO

4. ALCANCE

5. ROLES Y RESPONSABILIDADES

6. PRESUPUESTO

ITEM	REQUERIMIENTO	MEDIDA	C.U.	C.T.

7. MÉTRICOS (LOGROS)

MÉTRICO	% ACTUAL	% OBJETIVO	COMENTARIOS

Responsable del proyecto de mejora Firma y antefirma	Responsable del proceso de mejora Firma y antefirma

ANEXO "C"

GUÍA PARA LA SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA

IPRESS						REFERENCIA MN	
PERIODO	1ER. TRIMESTRE		2DO. TRIMESTRE		3ER. TRIMESTRE		4TO. TRIMESTRE
FECHA			HORA INICIO			HORA TÉRMINO	
SUPERVISADO	RESPONSABLE DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA						

CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO (CC)

(2) SI CUMPLE	(1) CUMPLE PARCIALMENTE	(0) NO CUMPLE	(NA) NO APLICA

N°	CRITERIO DE SUPERVISIÓN	FUENTE VERIFICABLE (*)	CC	OBSERVACIÓN
I	**DEL PLAN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**			
1.1	Legajo de entrega de cargo que contenga documentos de gestión y dispositivos legales del proceso.	**Legajo**		
1.2	Documento de nombramiento del responsable e integrantes del proceso.	**Orden Interna/ Memorándum**		
1.3	Capacitación de los integrantes del proceso.	**Constancia/Lista de asistencia**		
1.4	Participación en la elaboración del plan anual del SGCS	**Cronograma de actividades/ Acta de reunión**		
II	**DE LA EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD SEGÚN CRONOGRAMA ESTABLECIDO EN EL PLAN:**			
2.1	Informe trimestral al DISAMAR del avance de ejecución del plan anual del SGCS.	**Oficio**		
2.2	Difusión y socialización a todo el personal de la IPRESS, los resultados y normatividad vigente del proceso.	**Memorándum/ Lista asistencia/ Evidencias fotográficas**		
2.3	Reunión con el Director/Jefe de la IPRESS y el JOGCHS/CCCHS/EPMC para priorizar y coordinar las acciones de mejora relacionados a los reclamos, eventos adversos u observación de un organismo supervisor en la IPRESS.	**Acta de reunión Informe**		

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SNP (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMSI"
Héctor VELANDO Bejarano

II	**DE LA EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD SEGÚN CRONOGRAMA ESTABLECIDO EN EL PLAN:**			
2.4	Consolidación de las acciones de mejora procedentes de los procesos del SGCS.	**Matriz / Informe / Memorándum**		
2.5	Proyecto de mejora en proceso, mínimo (1)	**Informe Proyecto Mejora**		
2.6	Desarrollo del proyecto de mejora según la metodología de la Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora del MINSA.	**Informe trimestral Proyecto mejora**		
2.7	Informa los resultados de la experiencia de mejora al Director/Jefe de la IPRESS y al DISAMAR, vía JOGCHS/CCCHS/EPMC	**Oficio/Memo/ Informe**		
2.8	Informa al DISAMAR, la implementación de las oportunidades de mejora emitidas por los organismos supervisores externos.	**Oficio, Matriz Memorándum Informe**		
2.9	Gestiona la institucionalización de la experiencia de mejora	**Resolución Directoral/Orden Interna**		

.....	.....
ANTEFIRMA Y FIRMA	**ANTEFIRMA Y FIRMA**
RESPONSABLE DEL PROCESO DE LA IPRESS	**RESPONSABLE DE LA SUPERVISIÓN DE DISAMAR**

ANEXO "D"

TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS PARA LA MEJORA CONTINUA

Para la mejora continua de la gestión de la calidad en salud, se utilizan técnicas y herramientas que facilitan el desarrollo de las actividades y proyectos de mejora; sirven para detectar problemas, mientras que otras parten de mediciones o datos obtenidos del proceso a controlar y a partir del análisis de estos datos, se obtienen los resultados deseados.

a. TÉCNICAS DE TRABAJO EN GRUPO

El trabajo en grupo se basa en el principio de que nadie puede conocer mejor el trabajo que aquel que lo realiza diariamente. Además, con estas técnicas se consigue aumentar el grado de participación de todas las personas que integran la organización. Entre estas tenemos:

a.1 Lluvia de ideas

Es una técnica básica en el trabajo en grupo, se utiliza con el fin de generar ideas en un breve 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 motiva a los integrantes a que participen en la aportación de ideas que sirvan para resolver una determinada situación.

Esta técnica es utilizada frecuentemente para:

- Abordar un problema.
- Encontrar soluciones alternas de un problema.
- Enunciar los elementos individuales de un proceso antes de organizarlos.
- Generar planteamientos de un problema

Para llevar a cabo una sesión de lluvia de ideas es necesario que exista un líder o moderador que coordine las fases a realizar.

a.2 Diagrama de afinidades

Es una técnica cualitativa que plantea una forma de organizar la información reunida en sesiones de lluvia de ideas. Ayuda a agrupar elementos que estén relacionados y como resultado de ello, cada grupo se une alrededor de un tema o concepto clave.

El Diagrama por afinidad es una técnica que se utiliza cuando:

- Se está tratando de solucionar un problema que tiene muchas causas.
- Si el problema está desorganizado.
- Se quieren determinar temas claves de un gran número de ideas.
- Cuando se desea alcanzar rápidamente consenso de grupo.

Los pasos que debe seguir cada grupo para aplicar esta técnica son los siguientes:

- Transferir los datos obtenidos por la lluvia de ideas a notas o tarjetas.
- Clasificar las tarjetas en grupos similares.
- Establecer cabeceras para cada grupo de ideas por afinidad.
- Graficar el diagrama de afinidad.
- Corroborar la coherencia y conformidad de los participantes con el diagrama elaborado.

b. HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Una de las principales características de la Gestión de la Calidad en Salud, es que, es susceptible de medirse en cualquier circunstancia y momento. Esta capacidad de medición es un punto importante para la mejora.

b.1 Matriz de priorización de problemas:

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. Se utiliza en las siguientes situaciones:

- Identificar los problemas a evaluar.
- Definir los criterios de ponderación.
- Priorizar los elementos enunciados y describirlos en criterios ponderados.
- 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).
- Se suman los puntajes por criterio y se totalizan
- La alternativa con mayor puntaje es la seleccionada.

Para diseñar la matriz de priorización de problemas se considera los siguientes criterios:

- **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

Cada uno de los participantes de manera individual, asigna un puntaje a cada criterio. El puntaje individual se totaliza para cada problema. El problema o alternativa seleccionada será el que obtenga el mayor puntaje de todos los problemas evaluados. 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. Dentro de la matriz de priorización, se pueden utilizar otros criterios de calificación, como: Magnitud, Severidad.

b.2 Hoja de registro de datos o check list:

Es un documento donde se recoge de forma fácil y estructurada todo tipo de datos para su posterior análisis. En función de los datos a recoger, se diseña la hoja y se anotan los datos indicando la frecuencia de observación.

La hoja de registro de datos se utiliza en las siguientes situaciones:

- Facilitar las tareas en el recojo de datos.
- Evitar la posibilidad de errores o malos entendidos.
- Permitir el análisis rápido de los datos.

b.3 Diagrama de flujo:

El diagrama de flujo, flujograma, fluxograma, cursograma o flow chart, es la representación gráfica de un proceso, procedimiento o rutina.

El diagrama de flujo se utiliza en las siguientes situaciones:
- 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.
- Ayuda a determinar en forma global cómo se relacionan las fases de un proceso.

b.4 Diagrama de operaciones:

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, proporciona una base inicial para una crítica posterior.

El diagrama de operaciones 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.

Para construir el diagrama de operaciones considerar la siguiente información:
- Identificar el servicio y el proceso a estudiar.
- 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.

b.5 Diagrama global de procesos:

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

El diagrama global de procesos permite 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.

El diagrama global de procesos se realiza de acuerdo al formato del Apéndice c:

- 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 .

b.6 Diagrama del árbol:

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 soluciones.

Su utilización 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.

El diagrama de árbol se elabora considerando la siguiente información:
- 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.

b.7 Diagrama causa efecto:

Es una herramienta que representa la relación entre un efecto (problema) y todas las posibles causas que lo ocasionan. Es denominado Diagrama de Ishikawa o Diagrama de Espina de Pescado por ser parecido con el esqueleto de un pescado. Complementa la lluvia de ideas ayudando a investigar los factores contribuyentes.

El diagrama de causa – efecto se utiliza para clarificar las causas 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.

El diagrama de causa efecto se construye de acuerdo al formato del Apéndice e, considerando la siguiente información:
- Elaborar un enunciado claro de problemas.
- Empezar con dibujar el diagrama de esqueleto de pescado colocando el problema en el cuadro de la derecha.
- Identificar 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 graficar las espinas grandes oblicuas a la flecha central o esqueleto.

- Graficar las causas principales en oblicuas a la flecha central.
- Cuando sea posible determinar las causas de 2do. y 3er nivel de acuerdo a cada elemento analizado, se grafican como oblicuas a las categorías.

b.8 Diagrama de Gantt

Matriz donde se ubican actividades, tiempo programado para realizarlas y responsables del cumplimiento de las mismas. Se utiliza para:

- Programar actividades.
- Vigilar el cumplimiento de un proyecto en el tiempo.
- Determinar el avance en un momento dado.
- Asignar responsabilidades de cada ejecución.
- Se utiliza en la representación de los proyectos como cronograma de actividades.

Es importante para:

- Identificar y listar todas las acciones que se deben realizar para cumplir con un proyecto.
- Determinar la secuencia de ejecución de las acciones.
- Definir los responsables de ejecutar cada acción.
- Escoger la unidad de tiempo adecuada para establecer el diagrama.
- Estimar el tiempo de inicio y término que se requiere para ejecutar cada acción.
- Se puede agregar y graficar una columna más al final incluyendo indicadores o puntos de control.

c. OTRAS HERRAMIENTAS ESTADÍSTICAS DE GESTIÓN DE CALIDAD

c.1 Hoja de control:

Es una herramienta cuantitativa que ayuda a recopilar datos en forma ordenada. Los datos analizados y depurados se convertirán luego en información. Las hojas de control recaban datos para que puedan ser fácilmente analizados con el fin de detectar patrones de comportamiento.

c.2 Histograma:

Es un gráfico de barras verticales que representa la distribución de un conjunto de datos. Un histograma considera variables continuas (tales como alturas, pesos, densidades, períodos de tiempo, temperaturas, etc.), variables discretas (pacientes, equipos) y despliega su distribución ordenada. Se usa para mejorar procesos, productos y servicios al identificar patrones de ocurrencia:

- Recopilar el número de datos de la muestra.
- Construir una tabla de frecuencias basadas en los valores obtenidos.
- Calcular el rango de los datos (restar la cantidad más pequeña de la más grande)
- Determinar el número de intervalos o clases (k) que se usarán en el histograma.
- Se obtiene de la raíz cuadrada del total de datos *n*
- Determinar el ancho (H) de cada intervalo o clase dividiendo el rango entre el número de barras.
- Construir el histograma basada en la tabla de frecuencias.

c.3 Gráfico 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. Se utiliza 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. Para su diseño se define el período de tiempo que utilizará para recolectar la información (datos). Ejemplo: un mes, un trimestre, un año.

c.4 Diagrama de Pareto:

Es una herramienta cuantitativa en la cual se combina un gráfico de barras con un gráfico lineal. Permite visualizar que sólo unas pocas causas (20%) tienen un efecto significativo (80%) sobre una problemática determinada. Su aplicación permite dirigir la mayor atención y esfuerzo a los problemas realmente importantes, o bien determina las principales causas que influyen en un determinado problema. Para su diseño se utiliza la hoja de verificación, es decir que con la lista de causas y los totales individuales, se añaden columnas para los totales acumulados, la composición porcentual y los porcentajes acumulados.

c.5 Diagrama de Dispersión:

Permite analizar la relación que existe entre los valores de una variable que nos interesa (dependiente) y los valores de otra variable que influya en la primera y sea fácil de medir (independiente). Se utiliza para poner de manifiesto si el comportamiento de una variable influye o no en el comportamiento de otras, es decir, si la variación de una característica puede ser causa del efecto en otra. Se utiliza para:

- Recopilar los pares de datos de una muestra de al menos 30 datos.
- Determinar la escala del dibujo para que la amplitud de los ejes sea aproximadamente la misma.
- Colocar los puntos en el gráfico. Cada punto corresponde a un par de datos (x, y). Si hay más de un punto con las mismas coordenadas se rodea con un círculo.

c.6 Gráficos de Control:

Es una gráfica con una línea central que muestra el promedio de los datos producidos. Tiene límites de control superiores e inferiores basados en cálculos estadísticos. Se utiliza para determinar el centrado y la variación de procesos y para localizar los patrones o tendencias poco comunes en los datos. En este gráfico se controla la variación de una determinada característica que sea medible, como, por ejemplo, dimensiones, pesos, etc.; se utiliza para:

- 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.

XI. APÉNDICES

APÉNDICE I: Simbología para diseño de flujograma.

APÉNDICE II: Formato matriz de priorización de problemas.

APÉNDICE III: Formato ejemplo diagrama de operaciones.

APÉNDICE IV: Formato ejemplo diagrama de causa efecto.

APÉNDICE V: Formato gráfico de Gantt.

APÉNDICE VI: Formato Hoja de control.

APÉNDICE VII: Formato ejemplo diagrama global de procesos.

APÉNDICE VIII: Formato ejemplo diagrama del árbol de problema.

APÉNDICE IX: Formato ejemplo guía de puntuación.

Apéndice I

SIMBOLOGÍA PARA DISEÑO DE FLUJOGRAMA

Símbolo	Significado	Explicación
	Paso de tipo operación	Representa cualquier tarea del proceso que lleve implícita una acción física o intelectual (excepto las de inspección o almacenaje).
	Paso de inspección	Se corresponde con tareas de verificación del trabajo realizado en determinada actividad del proceso. Sus acciones más comunes son: clasificar, observar, supervisar, auditar, probar, revisar, verificar, entre otras.
Sí / No	Paso de decisión	Representa cualquier punto de decisión. Siempre tendrá al menos dos salidas.
	Paso de almacenaje	Se corresponde con una etapa del proceso que sitúa un producto, información o servicio en una zona de conservación (archivo, almacén o refrigerador) o posición (cola) para utilizarlo o proporcionar el servicio más adelante.
	Paso de demora	Corresponde a actividades que implican un retraso o pausa en el flujo del proceso.
	Línea de flujo	Muestra la dirección y sentido del flujo del proceso y representa el progreso de los pasos en la secuencia.
	Documento	Se utiliza con el objetivo de especificar los documentos confeccionados, conocidos o consultados en cada etapa.
	Conector de tareas	Se utiliza para el caso de que el diagrama no se pueda hacer en una sola hoja.

SÍMBOLO	SIGNIFICADO	SÍMBOLO	SIGNIFICADO
	Terminal: Indica el inicio o la terminación del flujo del proceso.		**Actividad:** Representa la actividad llevada a cabo en el proceso.
	Decisión: Señala un punto en el flujo donde se produce una bifurcación del tipo "Sí" – "No".		**Documento:** Documento utilizado en el proceso.
	Multidocumento: Refiere un conjunto de documentos. Por ejemplo, un expediente.		**Inspección / Firma:** Aplicada en aquellas acciones que requieren de supervisión.
	Conector de un Proceso: Conexión o enlace con otro proceso, en el que continúa el diagrama de flujo. Por ejemplo, un subproceso.		**Archivo:** Se utiliza para reflejar la acción de archivo de un documento o expediente.
	Base de Datos: Empleado para representar la grabación de datos.		**Línea de Flujo:** Indica el sentido del flujo del proceso.

Apéndice II

FORMATO MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Listado de problemas	Criterios					Puntaje total
	Magnitud (1 a 5)	Frecuencia (1 a 5)	Tendencia (1 a 5)	Vulnerabilidad (1 a 5)	Factibilidad (1 a 5)	
P1						
P2						
P3						
P4						
P5						

EJEMPLO MATRIZ DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS

Problemas de interés	Frecuencia	Importancia	Factibilidad	Total
Bajo nivel de motivación	4 1+1+1+1(*)	11 3+1+5+2	10 3+5+1+1	25
Escasa capacitación	8 1+1+3+3	15 2+5+3+5	10 3+3+3+1	33
No hay definición de las responsabilidades en las diferentes áreas	14 3+3+3+5	6 1+1+1+3	16 5+3+5+3	36
Desconocimiento del nivel de satisfacción del usuario interno	16 5+3+5+3	16 5+5+5+1	16 1+5+5+5	48
Bajo nivel de comunicación	8 3+3+1+1	8 3+1+1+3	10 5+1+3+1	26
Infraestructura inadecuada para propiciar la participación en la mejora	8 3+3+1+1	10 3+5+1+1	14 3+3+5+3	32
Directores no sensibilizados	10 3+3+3+1	14 3+5+3+3	14 3+3+5+3	38

Apéndice III

"ES COPIA FIEL"
Capitán de Corbeta SN. (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CMST"
Héctor VELANDO Bejarano

FORMATO EJEMPLO DIAGRAMA DE OPERACIONES (tiempos y movimientos)

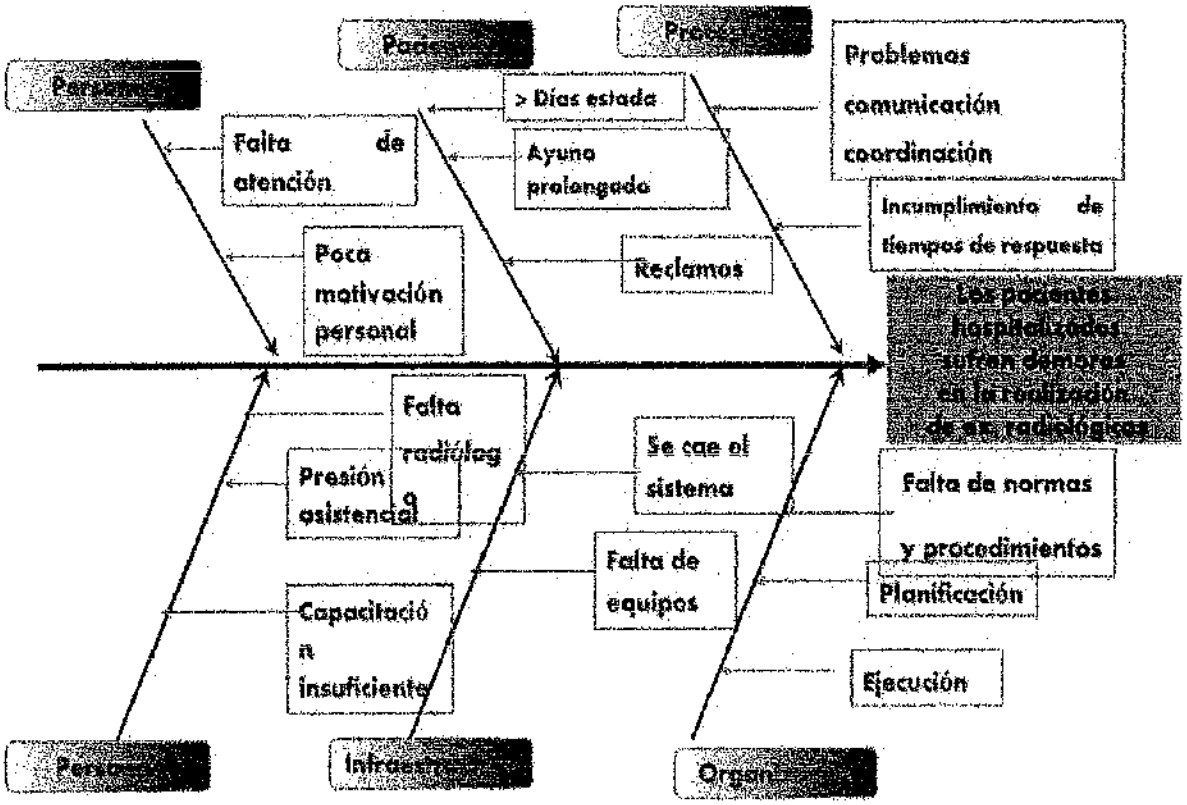
FECHA	18 de Marzo 2011	Nº HOJAS	1
IPRESS:	HOSPITAL A		
SERVICIO:	CONSULTORIO EXTERNO		
PROCESO:	ATENCIÓN MEDICINA GENERAL		
RESPONSABLE:	JEFE DE SERVICIOS MÉDICOS		

DESCRIPCIÓN	PASOS ACTUALES	PASOS PROPUESTOS
INICIO / FIN	2	
ACTIVIDAD	4	
DOCUMENTO	0	
ARCHIVO	0	
TRASLADO	4	2
ESPERA	3	
TOTAL DE PASOS:	13	11

ITEM	DESCRIPCIÓN	inicio/fin	actividad	documento	archivo	traslado	espera	Actividades a eliminar	Actividades a simplificar	Tiempo normal	Tiempo promedio	OBSERVACIONES
1	Ingreso de paciente									6''	5''	
2	Traslado a triaje									6''	6''	
3	Espera en triaje									1'40''	1'10''	
4	Atención triaje									2'	2'	RECIBE TICKET
5	Traslado admisión									4''	4''	
6	Espera en admisión									1'30''	1'20''	
7	Atención admisión									3'10''	2'55''	
8	Desplaza caja							X		5''	5''	
9	Atención caja									1'	1'	
10	Traslado a consultorio							X		15''	12''	
11	Espera en atención								X	30'15'	20'35'	
12	Atención médica									8'10''	6'30''	RECIBE RECETA
13	Salida del paciente del hospital									15''	9''	
	TOTALES	2	4	0	0	4	3	2	1	42'14	35'11''	Tiempo ahorrado 10'25''

Apéndice IV

FORMATO EJEMPLO DIAGRAMA DE CAUSA EFECTO (descubrir causa – raíz)



Apéndice V

FORMATO GRÁFICO DE GANTT

GRÁFICO DE GANTT														
IPRESS													FECHA	
PROCESO														
RESPONSABLE														
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	AÑO												COSTO
		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
Planificación del proyecto	Luis Ramos													
Conformación de los equipos de mejora	Luis Ramos													
Reuniones de análisis causa-raíz	Marco Sánchez													
Elaboración y aprobación del plan de acción	Rosa Palacios													
Implementación del plan de acción	Eliana Ríos													
Análisis y retroalimentación de resultados	Rosaura Paz													
Informe final	Beatriz Velarde													

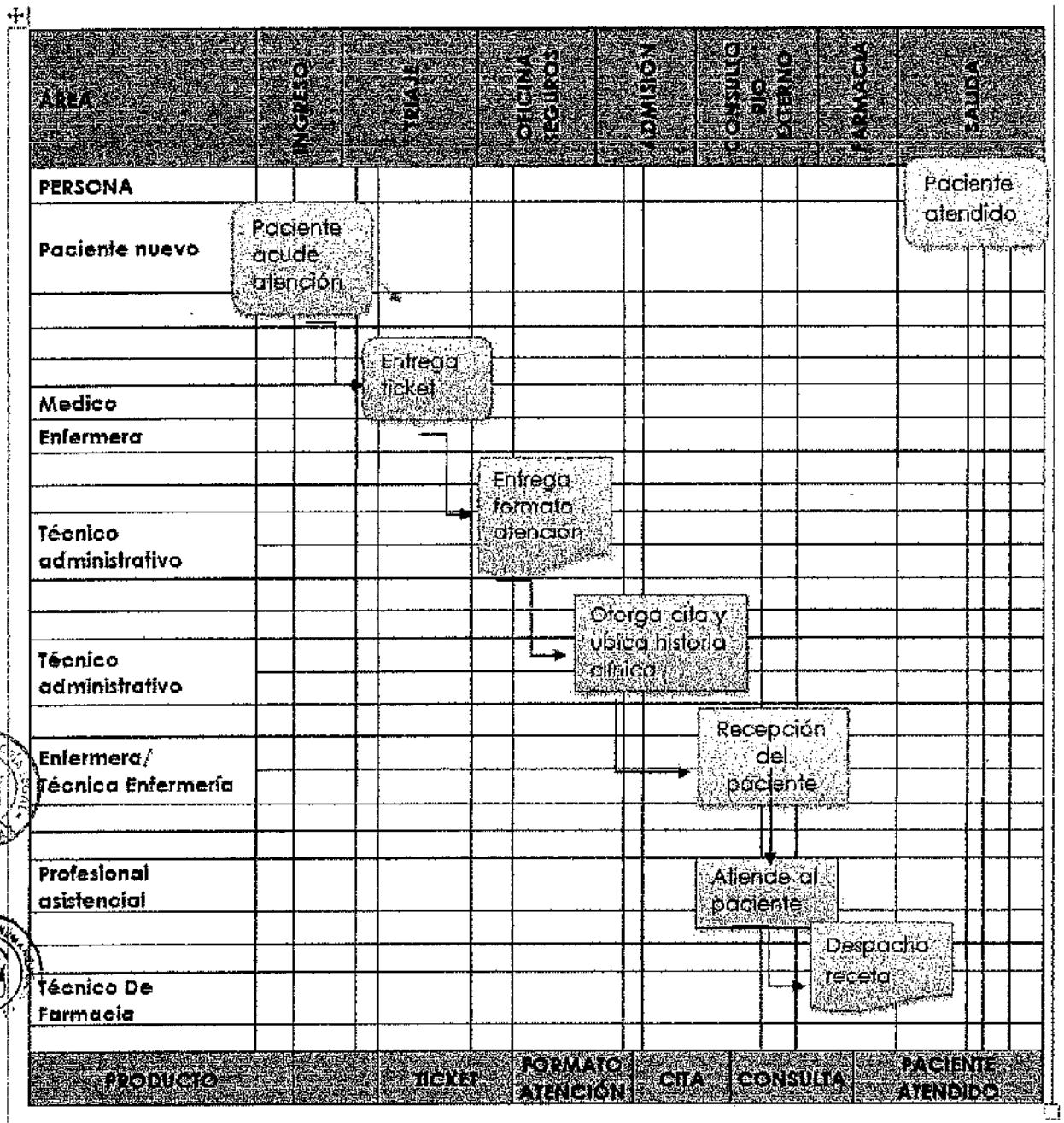
Apéndice VI

FORMATO HOJA DE CONTROL

HOJA DE CONTROL					
IPRESS				ÁREA	
NOMBRE				FECHA	
ÍTEM	DESCRIPCIÓN	C	I	NC	OBSERVACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
PORCENTAJE DE AVANCE					
C = CUMPLE		I = INCOMPLETO		NC = NO CUMPLE	

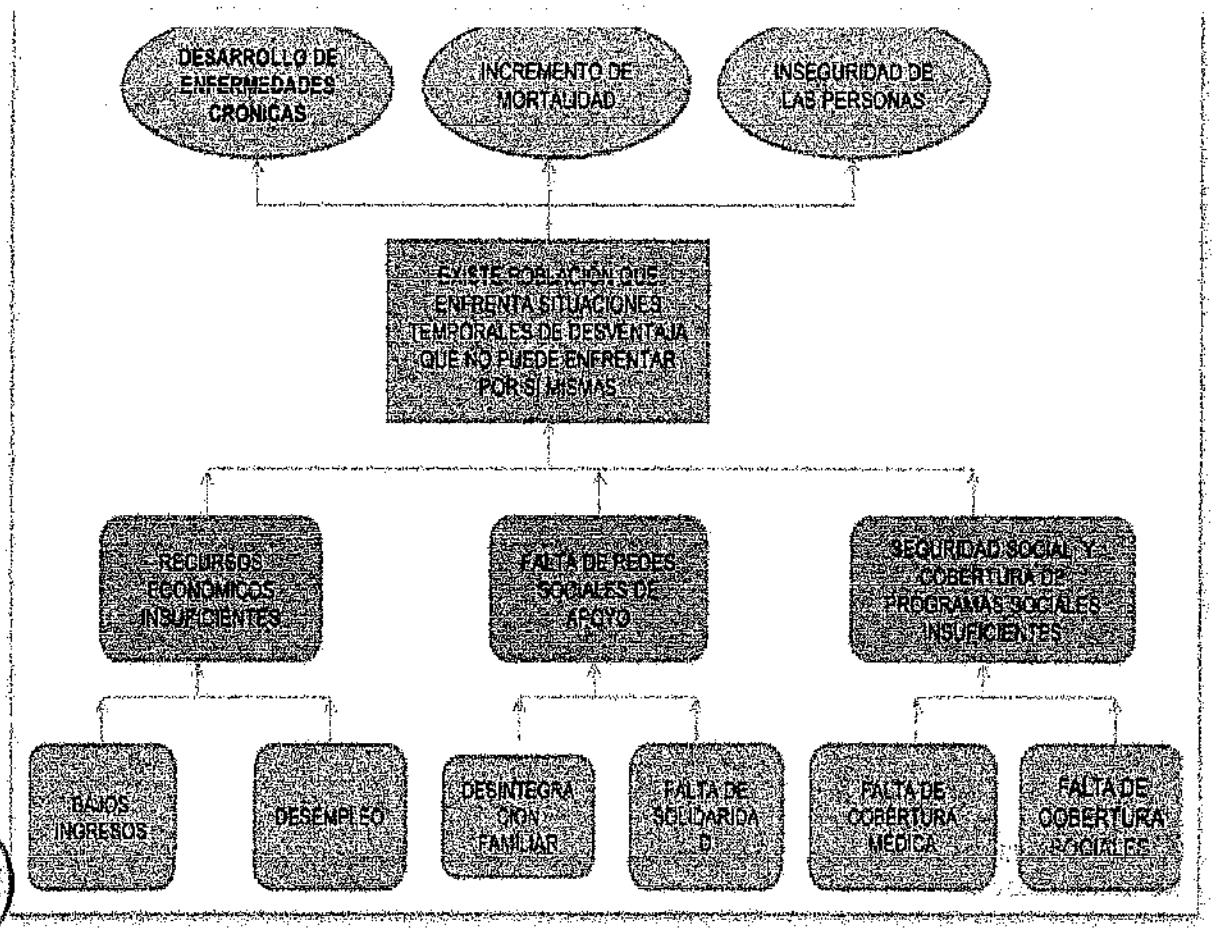
Apéndice VII

FORMATO EJEMPLO DIAGRAMA GLOBAL DE PROCESO



Apéndice VIII

FORMATO EJEMPLO DIAGRAMA DEL ÁRBOL DE PROBLEMA



Apéndice IX

FORMATO EJEMPLO GUÍA DE PUNTUACIÓN

CRITERIOS	POCAS EVIDENCIAS 0-5%	REQUISITOS BASICOS 10-35%	RESULTADOS AVANZADOS 40-65%	RESULTADOS COMPLETADOS INTEGRADOS 70-95%	RESULTADOS EXCELENTES 100%
1.-Liderazgo y compromiso de la alta dirección	No existe evidencia del compromiso y participación de la alta dirección	Indicios de que la alta dirección se compromete y participa	Muchas pruebas de que la alta dirección se compromete y participa contribuyendo al éxito del proyecto	La alta dirección participa y apoya al equipo de proyecto en el logro de sus objetivos.	El compromiso y participación de la alta dirección permite que el equipo desarrolle al máximo el potencial de trabajo.
2.- Identificación y selección del proyecto de mejora	No existen indicios de procedimientos sólidos información	Información existente para los principales aspectos del criterio	Procedimientos sólidos e información relevante para la mayor parte de ellos requisitos del criterio	Los procedimientos utilizados cumplen ampliamente los aspectos del criterio	Los procedimientos utilizados cubren completamente los aspectos comentados en el criterio
3.- Método de solución de problemas y herramientas de calidad	Inexistente o incorrecta aplicación del método de solución de problemas	Algunos elementos de aplicación correcta del método de solución de problemas	El uso del método de solución de problemas y de herramientas de la calidad es consistente	El uso del método de solución y de las herramientas de la calidad es consistente y existe una correcta incorporación de las herramientas	La aplicación del método de solución de problemas y de las herramientas de la calidad cumplen con los requisitos metodológicos
4.-Gestión del proyecto y trabajo en equipo	No hay indicios de la existencia de elementos básicos de una gestión del proyecto	Se conocen y aplican los elementos de gestión de proyectos y se usan técnicas para el trabajo en equipo	Se conoce y aplica la gestión de proyectos y las técnicas para el trabajo en equipo.	La gestión del proyecto y la técnicas para el trabajo en equipo son llevadas a cabo y contribuyen decisivamente al éxito del proyecto	Gestión del proyecto y trabajo en equipo altamente eficiente aprovecha al máximo capacidades de

CRITERIOS	POCAS EVIDENCIAS 0-5%	REQUISITOS BASICOS 10-35%	RESULTADOS AVANZADOS 40-65%	RESULTADOS COMPLETOS E INTEGRADOS 70-95%	RESULTADOS EXCELENTES 100%
5.- capacitación	No existen planes, capacitación inexistente	Existen planes basados en la identificación de necesidades de capacitación	Los aspectos clave de la capacitación son abordados en detalle	La capacitación es integrada y sistemática, incluye planeación, diseño, desarrollo y evaluación.	La capacitación permite incrementar el desempeño de los miembros del equipo al máximo
6.- innovación	No existe pruebas o indicios del uso de la creatividad de los miembros del equipo	Elementos de creatividad presentes en el proyecto.	Elementos de creatividad en el proyecto que apunta a lograr soluciones innovadoras de bajo costo	Innovadoras formas de trabajo con resultados importantes en el uso de recursos	Uso de la creatividad a un nivel en el que se logran soluciones originales
7.- resultados	Resultados pobres o nulos en comparación a los recursos invertidos	Existe evidencia sobre el impacto de resultados positivos para la organización	Importantes resultados para la organización y existencia de pruebas de la relación causa-efecto.	Resultados muy superiores a la inversión en el proyecto y abundantes pruebas e la relación causa-efecto.	El beneficio obtenido con el proyecto es el máximo alcanzable con las posibilidades de los recursos
8.- sostenibilidad y mejora	No existe un programa o el existente no permite el logro del objetivo	Existen planes, basados en un análisis previo que comprenden algunos aspectos para la sostenibilidad	Se aborda los aspectos clave para la sostenibilidad con cierto detalle	El programa tiene un enfoque sólido, con coherencia y lógica, orientado a asegurar la sostenibilidad de los resultados	El programa existente es consistente para garantizar la sostenibilidad de los logros obtenidos.

"ES COPIA FIEL"

Capitán de Corbeta SN. (O)
Jefe de la Secretaría de la Dirección
del Centro Médico Naval "CM31"
Héctor VELANDO Bejarano

XII. ACTA DE CONOCIMIENTO Y CONFORMIDAD

HE LEÍDO EL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA REALIZACIÓN DE ACCIONES Y PROYECTOS DE MEJORA EN LAS IPRESS NAVALES

DANDO FE DE LO MANIFESTADO CON MI FIRMA

RELACIÓN DEL PERSONAL

N°	GRADO	ESP.	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	FECHA	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						