# OBJETIVO

Estructurar una metodología que permita al personal de la ESE Hospital La Inmaculada la identificación, análisis y priorización de los incumplimientos a los requisitos de los procesos y las oportunidades de mejora, utilizando herramientas de calidad, mejorando continuamente la prestación de los servicios de salud ofrecidos al usuario y a su familia y la competitividad y racionalidad en los costos de los procesos administrativos.

# ALCANCE

Este modelo aplica a todos los procesos de la ESE Hospital La Inmaculada incluye desde la identificación de los incumplimientos hasta la formulación de las conclusiones producto de la consolidación de la información del proceso

# RESPONSABLES

Son responsables de la adecuada implementación y del seguimiento de este modelo los Líderes de los procesos; la validación por el Comité de Control Interno y Calidad y los auditores y el asesor de control interno verifican el cumplimiento de la implementación.

# DEFINICIONES

**Problema:** Un problema es el resultado indeseable de un proceso, es algo que se quiere controlar o mejorar.

**Mejoramiento continuo:** Conjunto de principios que deben llevar las organizaciones más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos, es un proceso de autocontrol que involucra al cliente y sus necesidades, la identificación permanente de aspectos susceptibles de mejoramiento

**Oportunidades de mejora:** Incumplimiento de uno o varios requisitos establecidos por la Empresa, el Sistema de Calidad, el usuario o legales, entre ellos los estándares de del sistema obligatorio de garantía de la calidad, el modelo de control interno MECI 1000:2014, los procesos de la organización, la normatividad vigente y las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias.

**Estandarización de procesos:** Establecer, en relación con problemas actuales o potenciales, soluciones para aplicarlas en forma repetitiva y común, con el objeto de lograr en grado óptimo los resultados planeados para ese conjunto de actividades

**Evento adverso:** Es todo daño o resultado negativo en el paciente, que surge como consecuencia del manejo asistencial, y no de su condición clínica.

**Evento Adverso Prevenible:** Cuando el evento adverso es atribuible a un error asistencial

**Error Asistencial:** Es toda acción u omisión del personal de salud que ponga en riesgo, o afecte negativamente, la salud o la vida de un paciente.

**Evento adverso potencial**: Fallas en el manejo que permanece ocultas o desapercibidas

**Evento adverso trazador:** Se caracteriza por que las causas que lo originan pueden estar asociadas a deficiencias en la calidad de la atención. Su existencia no indica con certeza fallas en la calidad, pero si es señal de que hay una alta probabilidad de que alguno de los procesos de atención asociados a la ocurrencia del evento no está funcionando correctamente

**Grupos de enfoque:** Técnica de recolección de información y desplegar datos en la institución o para tratar temas de interés para la organización

**Herramientas de calidad:** Instrumentos que permiten identificar y analizar las causas de las oportunidades de mejora así como para desarrollar, probar e implementar las soluciones a estos problemas

**Acción Correctiva[[1]](#footnote-1):** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una oportunidad de mejora detectada u otra situación no deseable. Puede haber más de una causa para una oportunidad de mejora. La acción correctiva se toma para evitar que algo vuelva a producirse. Existe diferencia entre corrección y acción correctiva.

**Acción Preventiva[[2]](#footnote-2):** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una oportunidad de mejora potencial u otra situación potencial no deseable, entre ellas los riesgos identificados en los procesos y los eventos adversos potenciales. Puede haber más de una causa para una no conformidad potencial. La acción preventiva se toma para prevenir que algo suceda.

**Corrección[[3]](#footnote-3):** Acción tomada para eliminar una oportunidad de mejora detectada. Una corrección puede realizarse junto con una acción correctiva. Una corrección puede ser, por ejemplo, un reproceso o una reclasificación.

# PRINCIPIOS

# Enfoque basado en hechos y datos, herramientas estadísticas

# Centrado en el cliente y sus necesidades para exceder expectativas

# Basado en procesos identificando puntos críticos susceptibles de mejoramiento

# Eficiencia en la aplicación del modelo, mejorando la competitividad y racionalidad de costos

# Trabajo en equipo, participación y compromiso del personal frente al logro de objetivos

# Este modelo de mejoramiento para la solución de problemas en equipo obtiene los mayores logros cuando:

# Los equipos tienen experiencia en la solución sistemática de problemas en equipo y/o un mentor que lo guíe a través del proceso.

# Los miembros del equipo están familiarizados con las herramientas que aquí se utilizan

# Los equipos exponen ideas intuitivas para las soluciones que se plantean.

# El equipo pueden generar soluciones o tiene acceso a intervenciones conocidas para lograr el mejoramiento.

# CONTENIDO

## IDENTIFICACIÓN DEL INCUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE LOS SERVICIOS O LOS PROCESOS

La meta del primer paso, *identificar,* es determinar qué hay que mejorar. Esto puede implicar un problema que necesita solución, una oportunidad de mejoramiento que requiere definición o un proceso o sistema que necesita mejorar.

Este primer paso involucra el reconocimiento de una oportunidad para mejorar y luego fijar una meta para centrarse en ella. El mejoramiento de la calidad parte por hacerse las siguientes preguntas:

* ¿Cuál es el problema?
* ¿Cómo sabe que ese es el problema?
* ¿Con cuánta frecuencia se produce y/o durante cuánto tiempo se produce?
* ¿Cuáles son los efectos de este problema?
* ¿Cómo se sabrá si está resuelto?

La identificación del incumplimiento de los requisitos en los procesos o los servicios y de las oportunidades de mejora la realiza el personal a través de los siguientes mecanismos:

1. Detección de oportunidades de mejora y eventos adversos: La identificación de las oportunidades de mejora y eventos adversos, la realiza el personal de la ESE a través de los siguientes mecanismos:

* Grupos de enfoque
* Evaluación de la satisfacción del cliente
* Sugerencias de los usuarios y del personal
* Programa de las 5 S
* Evaluación de los indicadores de los procesos y los servicios
* Evaluación del clima laboral
* Análisis interno externo del Plan de Desarrollo
* Rondas administrativas
* Referenciación competitiva
* Gestión de Riesgos
* Seguimiento a indicadores
* Modelo de escucha activa
* Auditorias

Las oportunidades de mejora se registran en el formato plan de mejoramiento definido por la empresa. Ver imagen 1.

Imagen 1. Plan de mejoramiento identificación de la oportunidad de mejora



**Fecha:** Registrar la fecha en que se genera la oportunidad de mejora

**Requisito o Estándar que se incumple:** Registre el estándar del sistema obligatorio de calidad en salud, elemento del modelo estándar de control interno, procedimiento o norma legal que se incumple.

**Oportunidad de mejora**: Anotar el aspecto que se quiere mejorar o controlar.

## PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Es importante que el equipo vuelva a aclarar el problema que desea abordar y la meta que se pretende lograr, haciendo una buena definición del problema.

Después de agrupar los problemas detectados en un proceso o servicio el equipo de mejoramiento realiza la priorización de ellos para definir a cual o cuales se les atenderá primero, para ello se utiliza la tabla 1 la cual contiene los siguientes criterios:

Tabla 1: Criterios de priorización de las oportunidades de mejora



Los resultados de la calificación de los criterios se consignan en el formato Plan de Mejoramiento. Las oportunidades de mejora con puntajes por encima del 80% del puntaje máximo encontrado en las oportunidades analizadas serán las priorizadas; esto no implica que las demás se desechan sino que serán intervenidas una vez se resuelvan las priorizadas. Ver imagen 2.

Imagen 2. Plan de Mejoramiento. Priorización de Oportunidades de Mejora



## CORRECCIÓN

El líder del proceso define el tratamiento o corrección a dar a la oportunidad de mejora registrada, para ello se tiene en cuenta el impacto sobre la calidad del servicio, la satisfacción del usuario o la frecuencia de presentación.

Cuando la oportunidad de mejora identifica el incumplimiento de los atributos de calidad del servicio o es un evento adverso se debe hacer corrección o tratamiento, registrándolo en el formato de reporte como en la historia clínica y el plan de mejoramiento.

Registrar quien es el responsable de la corrección. Ver imagen 3

Imagen 3. Plan de Mejoramiento Corrección.



## ANÁLISIS DE DATOS

A cada una de las oportunidades de mejora priorizadas se les realiza el análisis apoyado en los datos estadísticos disponibles, el conocimiento de los miembros del equipo y los recopilados en la fase de identificación de los incumplimientos y oportunidades de mejora.

El equipo de mejoramiento puede utilizar las siguientes herramientas de calidad de manera que se haga un análisis exhaustivo de las causas generadoras del problema a tratar.

Pasos a seguir:

1. El responsable del proceso se encarga de planear la reunión con las personas claves de acuerdo al problema a resolver, recolecta la información de las fuentes. En lo posible hace llegar esta información a los miembros del equipo con suficiente anticipación para que tengan mejor conocimiento de los datos y sea mejor el aporte al análisis.
2. El equipo define claramente el problema, describiéndolo como el aspecto que se quiere mejorar o controlar y no como la carencia o falta de algo, ejemplo: “no hay asignación de citas oportuna en consulta externa”, mejor decir “la asignación de citas en consulta externa es superior a tres días afectando la satisfacción del usuario”. De esta forma se identifica claramente lo que queremos controlar.
3. El equipo de mejoramiento analiza los datos y la información recolectada para ello utiliza las siguiente herramienta: la técnica de los cinco porque?, o el diagrama causa efecto

**CINCO POR QUE**

Es una técnica sistemática de preguntas utilizada para el análisis de oportunidades de mejora para buscar las causas raíces tratando de llegar a las causas más profundas. La técnica requiere que el equipo se pregunte al menos cinco veces por qué? o trabaje en cinco niveles de detalle. Cuando al grupo se le dificulte contestar el último porque se habrá identificado la causa más probable.

Se recomienda para grupos pequeños de 4 a 8 personas. El facilitador debe conocer la dinámica del grupo y sus relaciones porque en ocasiones la técnica puede molestar a alguno de los miembros

Como se utiliza

* .Nombrar un facilitador en el equipo
* Verificar que para todos los miembros del equipo la oportunidad de mejora es clara. Las oportunidades de mejora que son demasiado extensas o demasiado vagas pueden empantanar al equipo
* Realizar una lluvia de ideas utilizando el diagrama causa efecto, teniendo en cuenta de identificar causas siguiendo la técnica de las “M”: ***Mano de obra,*** (Recurso Humano), ***Materiales o Maquinas*** (Equipos, insumos, dotación, tecnología), ***Métodos*** (procesos***,*** procedimientos, técnicas, metodologías de trabajo); ***Moneda*** (recursos financieros) y ***Medio Ambiente*** (Factores externos o del ambiente)Ver tabla 2
* Una vez se identifiquen las causas principales empezar a preguntar ¿por qué es así? O ¿por qué está pasando esto?
* Continuar preguntando al menos por cinco veces esto reta al equipo a buscar a fondo y no conformarse con las primeras causas identificadas o ya conocidas. Puede que se requiera preguntar más de cinco veces
* Tener en cuenta de no preguntar “Quien”, concentrarse en el proceso y no en las personas
* Hacer que el equipo analice cada una de las variables para identificar las que consideren como las causas más probables. seleccionar las causas raíces identificadas en el último porque de cada variable, Redactar las probables causas para elaborar la agrupación de datos y probar la teoría del grupo. Si los datos no confirman ninguna de las posibles causas, volver al diagrama y seleccionar otras causas para probar. Registrar cualquier información que pueda ser de utilidad. Encerrar en un círculo las causas más probables

Hay que asegurarse que las respuestas a las preguntas “¿Por qué?” sean explicaciones razonables y que, en la medida posible, se puedan llevar a la acción. Verificar la lógica de la cadena de causas: leer el diagrama desde la causa de raíz hasta el problema para comprobar si el flujo es lógico.

Las celdas del diagrama se pueden dividir en las filas que sean necesarias para identificar las cusas de las oportunidades de mejora.



Tabla 2. Identificación de las causas de las oportunidades de mejora

## Registrar en el plan de mejoramiento las causas raíces de la oportunidad de mejora, a las cuales se deben tomar acciones correctivas, preventivas o de mejora. Ver imagen 4.

Imagen 4. Plan de Mejoramiento. Identificación de causas.



## ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LAS OPORTUNIDADES PRIORIZADAS

Para las oportunidades de mejora priorizadas el equipo de mejoramiento elabora un plan de mejoramiento utilizando el formato definido por la empresa. Ver imagen 5.. El cual se maneja en un archivo en Excel por cada proceso.

Los planes de mejoramiento se originan en las no conformidades o servicios no conformes identificados en la autoevaluación o autogestión de los líderes de procesos, y de los hallazgos de las auditorías internas y externas.

**Origen de la oportunidad de mejora:** Ubique el origen de la oportunidad de mejora (Autoevaluación de Estándares, Auditoría interna, Gestión del proceso, Incumplimiento de indicadores, Quejas del cliente o Auditoría externa). Ver imagen 6.

Imagen 6. Plan de mejoramiento. Origen de la oportunidad de mejora



**Acciones de mejoramiento:** Redactar las actividades específicas que se llevarán a cabo en función de la oportunidad de mejoramiento detectada. Solo se definen acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora priorizadas.

**AP:** Acción preventiva, marque con una x si corresponde.

**AC:** Acción correctiva marque con una x si corresponde.

**AM:** Acción de mejora marque con una x si corresponde.

Imagen 7. Plan de Mejoramiento. Toma de Acciones



**Proceso responsable de la acción de mejoramiento:** Escriba según el mapa de procesos de la entidad, nombre del proceso que debe ejecutar la acción.

**Persona responsable ejecución de la acción:** Coloque nombre y cargo de la persona responsable de realizar la acción de mejora.

**Cronograma:** Señalar las semanas aproximadas de ejecución de la acción de mejora. Se sugiere planear la tarea indicando toda su duración con el fin de dimensionar los recursos disponibles. Ver imagen 8.

Imagen 8. Plan de Mejoramiento. Cronograma de actividades, recursos adicionales.



**Recursos adicionales:** colocar valor monetario estimado en el cual debe incurrir la entidad para realizar la acción de mejoramiento con recursos adicionales a los que ya tenía presupuestado **Seguimiento 1 y 2:** Ubique la fecha planeada para realizar el seguimiento.

**Responsable del seguimiento:** Nombre y cargo de la persona responsable de realizar el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejoramiento.

**Estado:** Avance de la acción de mejoramiento al momento de realizar el seguimiento. Cumplida, en desarrollo, retrasada o no iniciada. Ver imagen 9.

Imagen 9. Plan de mejoramiento. Seguimiento al plan de mejoramiento.



**Indicadores:**

Cumplimiento del plan de mejoramiento, de acuerdo al estado de las acciones. Ver imagen 10.

Imagen 11. Plan de mejoramiento. Indicador de cumplimiento del plan de mejoramiento.



Registrar los indicadores que medirán la eficacia de las acciones del plan de mejoramiento en cada seguimiento al plan que se haga. Ver imagen 12.

Imagen 12. Plan de mejoramiento. Indicadores para evaluar la eficacia de las acciones tomadas



## IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

## Una vez definido el plan de mejoramiento se implementan las acciones definidas por cada responsable, en un plan de mejoramiento de un proceso se pueden definir acciones cuyo responsable es otro proceso.

## Comunicar a todas los interesados el plan de mejoramiento para verificando que se comprendan y se logre la participación de todos.

## SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO

## El líder del proceso con el equipo de mejoramiento hacen seguimiento trimestral al plan de mejoramiento en aspectos relacionados con: cumplimiento de las actividades y eficacia de las acciones, en caso que no se logre el cumplimiento o la eficacia se definen los cambios o ajustes, documentándolos en plan en la casilla de seguimiento utilizando la ayuda de insertar comentarios. Hacer medición de los indicadores que confirman la solución del problema priorizado.

Los auditores y el asesor de control interno hacen verificación del cumplimiento de los planes de mejoramiento, a la pertinencia de las acciones y del cierre de las oportunidades de mejora a través de las auditorías a los procesos, registrando los hallazgos en los informes de auditoría.

## ESTANDARIZAR LAS SOLUCIONES

Cuando se identifica la eficacia de las acciones tomadas, con base en los resultados de los indicadores, la evidencia que la oportunidad de mejora no se volvió a presentar o las oportunidades de mejora potencial no se ha presentado o por el control de los riesgos y eventos adversos potenciales se declara el cierre de la oportunidad de mejora. Hay dos preguntas que pueden ayudar a determinar el cierre de la oportunidad de mejora:

* ¿La intervención produjo un mejoramiento? Si lo hizo
* ¿Fue suficiente el mejoramiento?

Se considera que los mejoramientos son suficientes si alcanzan el nivel de desempeño satisfactorio esperado de acuerdo a los objetivos del proceso y del objetivo corporativo.

El equipo resume y comunica los aprendizajes, logrados.

Si el mejoramiento es suficiente se implementan las acciones permanentemente como parte de los procedimientos a los que afecta. Si el mejoramiento no fue suficiente se debe volver al paso 6.3 ANÁLISIS DE DATOS con el fin de encontrar otras causas que puedan estar incidiendo en que se mantenga el problema.

Puede que diferentes intervenciones interactúen entre si potencializándose y se produzcan mejoras superiores a lo esperado, pero también es posible que reaccionen adversamente. El equipo debe desarrollar la habilidad de anticipar estas posibles reacciones adversas y tomar acciones preventivas al respecto.

## CONCLUSIÓN

El responsable del proceso consolida toda la información recopilada durante el proceso identificando los aprendizajes logrados, haciendo la edición de los documentos del proceso que sufran cambios siguiendo lo definido en el procedimiento de control de documentos y registros..

Comunica las experiencias exitosas y los cambios al equipo de mejoramiento y en general a los demás procesos de la Empresa.

1. Norma Técnica de la calidad en la gestión pública NTCGP 1000:2009 [↑](#footnote-ref-1)
2. Ibíd. [↑](#footnote-ref-2)
3. Ibid. [↑](#footnote-ref-3)