PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD

COORDINACIÓN DE CALIDAD SESEQ

**NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD1**

**Nombre**

**PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL PERIODO**

**MES / AÑO AL MES/AÑO**

**GESTOR O COORDINADOR DE CALIDAD**

(Responsable de supervisar la ejecución del PMCC)

**Nombre y firma**

**DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO, JURISDICCIÓN O DELEGACIÓN1**

(Responsable de la autorización de la ejecución del PMCC)

**Nombre del directivo y firma**

**ÍNDICE**

1. Datos de identificación del establecimiento de salud
2. Presentación del establecimiento de salud

## Fase I. Planear el PMC.

* 1. Fuentes de donde se identificaron las oportunidades de mejora de la calidad y seguridad del paciente. 3.1.1. Diagnóstico situacional de la calidad de los servicios.
		1. Características de las áreas de oportunidad o problemas de calidad a mejorar.
	2. Analizar causas de los problemas de calidad a mejorar. 3.2.1. Identificar las Causa (s) Probables.
		1. Priorizar los procesos a intervenir con el PMC
	3. Seleccionar los proyectos de mejora que integrarán el PMC
	4. Diseñar el Programa de Ejecución de Acciones

## Fase II. Ejecución del Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud (hacer).

* 1. Comunicar el plan de mejora a todo el personal
	2. Pilotear el proyecto y registrar información que surja de la ejecución
	3. Recolectar los datos generados durante el pilotaje y/o la ejecución del proyecto

## Fase III. Verificar los resultados de la mejora.

* 1. Documentar las mejoras (evidencias)
	2. Identificar efectos adicionales
1. **Fase IV. Actuar sobre los resultados del PMC**
	1. Estandarizar acciones de mejora
	2. Difundir logros del PMC
	3. Reconocer al equipo de trabajo que participó en la mejora

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

INTRODUCCIÓN

El propósito de este instructivo es ofrecer una herramienta de planeación, a los integrantes del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y a los responsables de los establecimientos de salud, para que formulen o actualicen su Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud (PMCCS), el cual debe ser considerado como una estrategia para mejorar de forma continua la calidad de los servicios de salud que ofrecen los establecimientos de salud.

El Plan de Mejora Continua se conceptualiza como: Conjunto de proyectos planificados, jerarquizados y ordenados en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de salud de un establecimiento médico.

Los Proyectos de mejora continua son: Conjunto de actividades que se proponen realizar de una manera articulada entre sí, con el fin de producir en determinados servicios la capacidad de satisfacer necesidades o resolver problemas específicos, dentro de los límites de un presupuesto y de un periodo de tiempo dados y los cuales forman parte del PMCCS.

El objetivo del Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud es mejorar los procesos técnico-administrativos, de los establecimientos de salud, para lograr los estándares de calidad técnica y seguridad del paciente, calidad percibida y de organización de los servicios, mediante la implantación de proyectos de intervención que beneficien la salud de la población

**1.DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

|  |  |
| --- | --- |
| Institución: |  |
| Nombre del Establecimiento de Salud: |   |

En este apartado es necesario describir los datos generales del establecimiento de salud o en su caso del conjunto de unidades médicas y móviles que se encuentran integradas a los distritos de salud, describa los servicios con los que cuenta el establecimiento de salud, así como el tipo de personal que labora.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Acreditado |  |  | si |  |  | no |  |  | no aplica |
| Certificado |  |  | si |  |  | no |  |  | no aplica |

|  |  |
| --- | --- |
| Domicilio  | CódigoPostal:  |
| Teléfono2   | Correo electrónico el Gestoro Coordinador de Calidad  |
| Municipio/DelegaciónPolítica  | Entidad Federativa  |
| Jurisdicción o Delegaciónmédica  | CLUES3   |

**Tipo de Establecimiento de Salud que presenta el PMC:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Unidad de primer nivel de atención |  | Unidad de segundo nivel de atención |  | Unidad de tercer nivel de atención |
|  |  |  |  |  |
| Unidad de apoyo de diagnóstico |  | Jurisdicción sanitaria o Subdelegación |  | Otra: |

**En caso de un PMCCS del distrito de salud, anotar el nombre de las unidades médicas que forman parte del plan.**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |

2 Incluir clave lada(debe ser de 10 dígitos)3 Clave única de establecimientos de salud.

**Características del establecimiento de salud (si aplica)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. de consultorios de medicina general |  | No. de consultorios de medicina de especialidad |  | No. de consultorios de odontología |
| N°. de camas censables |  | N°. de camas no censables |  | N°. de Quirófanos |
| **Total del Personal por Profesión** |
| Médicos Generales |  | Enfermeras |  | Administrativos |
| Médicos Especialistas |  | Odontólogos |  | Otros |

**Servicios con los que cuenta el establecimiento de Salud**4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | 5 |  |
| 2 |  | 6 |  |
| 3 |  | 7 |  |
| 4 |  | 8 |  |

**2.PRESENTACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

En este apartado es necesario describir las características del establecimiento de salud, su historia, infraestructura general y datos socio demográfico. También es necesario incluir la misión, visión y políticas de calidad del establecimiento de salud. Para ilustrar el enfoque de este apartado; a continuación, se describe un ejemplo de un centro de salud localizado en el norte de México.

Ejemplo. El Centro de Salud “Lázaro Cárdenas” es una unidad Urbana, de 6 núcleo básico. La unidad inició sus operaciones en 1992, inicialmente como casa de salud y posteriormente de manera oficial, como centro de salud urbano, a partir de junio del 1997. Esta unidad se encuentra en el Municipio de Piedras Negras, Coahuila, ciudad que es frontera con los Estados Unidos de América. Está ubicada en la Ave. Miguel Garza #2607 Col. Lázaro Cárdenas.

El directivo de la unidad es la Dra. Liliana Dávalos Ruiz, la Lic. Minerva Aranda Sánchez es la Administradora del centro de salud, los médicos generales son: el Dr. Antonio Ruiz Balderas y el Dr. Héctor Caballero Sánchez en el turno matutino, El Dr. Juan Ochoa Galindo y Dra. Emma Palacios Rincón en el turno Vespertino y los fines de semana el Dr. Vicente Arias Hernández y la Dra. Amanda del Rio Jiménez; el odontólogo es el Dr. Adrián Barrera Bravo, solo es del turno matutino de lunes a viernes y la Dra. Ana María Candanoza Flores los fines de semana; las enfermeras son Juana Amparo Solís Martínez y Antonieta García Muzquiz en el turno matutino; Magdalena Santana Quiñonez y Guadalupe Flores Pérez en el turno vespertino, y Mirna Pérez Pérez y Odalia Cantón Valdés en los fines de semana, hay un pasante de odontología, una empleada de servicio de intendencia, Claudia Estrada así como un miembro de la comunidad que labora voluntariamente como Trabajadora Social y promotora de salud, Eloísa Hernández; 17 miembros en total.

Perfil del personal:

• Médico: Médico Cirujano y Partero

• Odontólogo: Médico Cirujano Dental

• Enfermeras: Lic. en Enfermería

• Intendencia: Escolaridad mínima secundaria.

El nivel educacional promedio es nivel profesional

La unidad cuenta con una sala de espera, 3 consultorios (2 médico y 1 dental), área de vacunas, área de curaciones y toma de Papanicolaou, 2 baños, farmacia, bodega y un cuarto para uso del personal, así como estacionamiento y jardín en los exteriores.

Se ofrecen los servicios de Consulta médica, consulta y radiografías dentales, curaciones, aplicación de inyecciones, entrega de métodos de planificación familiar, vacunación y servicio de farmacia.

Datos generales y sociodemográficos de la población a la que proporciona servicios

Tenemos un área de cobertura de 38 colonias aledañas a nuestra unidad.

La población tiene un nivel socioeconómico bajo y medio-bajo.

Está formada en su mayoría por mujeres que son jefes de familia de los diferentes rangos de edades ya que contamos con grupos de población masculina emigrante y desempleados.

Tenemos 5 instituciones educativas en nuestra área de cobertura, con las cuales trabajamos en programas de salud.

La Misión de este centro de Salud es “Somos una Unidad Médica con enfoque integrador y de desarrollo de los servicios de salud que con equidad y transparencia otorga los servicios con calidad y seguridad”.

La visión de este centro de salud es “Somos un centro de salud Urbano prestigiado, exitoso y reconocido por los servicios de salud que otorga a sus usuarios, impulsando los programas y estrategias por la calidad y el trato respetuoso a los usuarios”.

Realice una breve descripción narrativa del establecimiento de salud, jurisdicción o subdelegación. Se sugiere incluir la misión, visión y valores, así como el entorno geográfico en donde se otorgan los servicios de salud, si lo considera necesario puede incluir una breve descripción del entorno epidemiológico de la región (máximo 1 cuartilla):

4 Mencione los servicios que se otorgan a los usuarios o derechohabientes, en la unidad o unidades médicas que integran el PMC

# 3.FASE I. PLANEAR EL PMC

Este apartado es para pensar, preparar y trazar una acción para realizarla en el futuro. En este apartado se definen los objetivos de la operación o tarea y los criterios de control (aspectos de control); también se determinan los métodos o procedimientos requeridos para alcanzar los objetivos y se definan las características y datos que se deberán emplear para el control de la operación.

**3.1Fuentes de donde se identifican las oportunidades de mejora de calidad y seguridad del paciente**

El PMCCS es una estrategia para dar respuesta integral a los problemas de calidad y seguridad del paciente de los servicios de salud. Indique las fuentes que han sido consideradas para identificar diversos problemas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Fuentes utilizadas para identificar oportunidades de mejora de la calidad5:** | **Si/No** | **Fecha o periodo de****análisis del documento** |
| 1. | Informes derivados de los resultados de las diferentes líneas de acción del Programa Nacional de Calidad en Salud. |  |  |
| 2. | Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS, registros de estadística, etc.) |  |  |
| 3. | Los resultados de la aplicación de las cédulas de evaluación y autoevaluación de Acreditación y/o Certificación. |  |  |
| 4. | Resultados de la revisión del buzón de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones |  |  |
| 5. | Calidad percibida por el Aval Ciudadano, encuestas y cartas compromiso |  |  |
| 6. | Calidad percibida de los profesionales de la salud, resultados de encuestas internas o nacionales |  |  |
| 7. | Informes de los Comités. |  |  |
| 8. | Manuales de Procesos y procedimientos de atención médica |  |  |
| 9. | Plantilla de personal, desempeño y/o competencia del personal |  |  |
| 10. | Infraestructura y equipamiento (SINAIS) |  |  |
| 11. | Informes mensuales, bimestrales, semestrales y anuales del Sistema de Información en Salud (SIS, RHOVE, SUIVE) |  |  |

Si fueron consideradas otras fuentes, indíquelas. (Durante la supervisión se solicitará evidencia documental).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Documento adicional (si aplica)** | **Si/No** | **Fecha o periodo de análisis del documento** |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |

### **3.1.1. Diagnóstico situacional de la calidad de los servicios**

### En este paso debe mostrar la situación actual que guarda el proceso, procedimiento, línea de acción o actividad a mejorar debido a que produce un impacto negativo en la Calidad Percibida, Calidad Técnica y Seguridad del Paciente o en la Calidad de la Gestión en la Organización. El diagnostico se debe de fundamentar en los datos de las fuentes de información que se hayan utilizado anotando los datos necesarios que permitan visualizar y comprender la situación.

Plasmar objetivamente la situación actual del proceso, procedimiento, línea de acción o actividad que se pretenda mejorar, utilizando los datos derivados de las fuentes de información seleccionadas anteriormente.

5 Estos documentos son enunciativos, no limitativos para el análisis, el establecimiento puede considerar otros documentos o información de apoyo.

Escriba brevemente las fortalezas y debilidades encontradas durante el diagnóstico de los procesos, procedimientos, líneas de acción o actividad que se intenta mejorar debido a que produce un impacto negativo en la Calidad Percibida, Calidad Técnica y Seguridad del Paciente o en la Calidad de la Gestión en la Organización. El diagnostico se debe de fundamentar en los datos de las fuentes de información que se hayan utilizado anotando los datos necesarios que permitan visualizar y comprender la situación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROCESO** | **FORTALEZAS** | **DEBILIDADES** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

### **3.1.2. Características de las áreas de oportunidad o problemas de calidad a mejorar6**

### Para mejorar algo es necesario conocer el estado ***actual,*** así como sus causas, efectos y relación con otros factores. Para ello es necesario recolectar datos e información apropiada para caracterizar el problema, considerando lo siguiente:

* El tiempo en que ocurre (día, mes, año, etc.).
* Aspectos circunstanciales que lo favorecen.
* Tipo de desviación (ruta, proceso de atención médica, equipamiento, personal, etc.).
* Como se manifiesta (Satisfacción de los usuarios, eventos adversos, tiempos de espera, surtimiento de medicamentos, reingresos hospitalarios, control de pacientes, etc.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dimensión de la calidad a mejorar** | **Área de oportunidad detectado** | **Evidencias que sustentan al área de oportunidad[[1]](#footnote-1)** | **Efecto que provoca en los usuarios, los profesionales o la institución** | **Proceso que afecta** |
| Calidad Percibida | 1.Ejemplo: En el buzón de quejas se han incrementado las quejas para el personal del área de …, por mal trato del personal cuando solicitan el servicio | 1.Ejemplo: Se tienen registradas 15 quejas de esta área en los últimos 2 meses, sin embargo, no se han tomado acciones al respecto. | 1.Ejemplo: Insatisfacción de los usuarios, pérdida de la confianza y credibilidad de la unidad médica.  | 1.Ejemplo: Consulta Externa, Atención en Urgencias Atención Quirúrgica. |
| 2. | 2. | 2. | 2. |
| 3. | 3. | 3. | 3. |
| Calidad técnica y seguridad del paciente | 1.Ejemplo: incremento de infecciones postoperatorias  | 1.Ejemplo: En el registro de la RHOVE se identificado un incremento de infecciones postoperatorias del 20% en el área de … con respecto al año anterior.En X número de pacientes se consideraron causa de muerte | 1.Ejemplo: Prolongación de estancia hospitalaria, Daños al paciente. Registro de 2 quejas y 1 demanda. | 1.Ejemplo: Atención Hospitalaria, Atención en Terapia Intensiva, Atención en Parto y Puerperio. |
| 2. | 2. | 2. | 2. |
| 3. | 3. | 3. | 3. |
| Calidad de la gestión de la organización | 1.Ejemplo: Prolongado tiempo de espera para recibir consulta en especialidad  | 1.Ejemplo: En los consultorios de especialidad se ha detectado en las encuestas que se tienen máximos de 120 minutos para recibir consulta cuando el paciente tiene cita previa.Para pacientes sin cita, se tienen registrados usuarios que esperan hasta 240 minutos desde que se les otorga la ficha de atención. | 1.Ejemplo: Insatisfacción de los usuarios. Provoca una mala relación entre médico-pacienteDesgaste de los profesionales de la saludSaturación de los serviciosReprogramación de consultas | 1.Ejemplo: Consulta ambulatoria d especialidades. |
| 2. | 2. | 2. | 2. |
| 3. | 3. | 3. | 3. |

**3.2. Analizar causas de los problemas de calidad a mejorar**

Consiste en utilizar y analizar la información disponible para identificar su causas-raíz del problema (s), analizar la información y señalar la (s) causa (s) raíz (factor o factores que, si se corrigen o eliminan, impedirán la recurrencia del problema de calidad).

**3.2.1. Identificar las Causas Probables.**

En este apartado es necesario identificar las causas raíz de los problemas a mejorar, utilizando herramientas gerenciales de calidad que permitan tener una visión general y exacta de los factores que están interviniendo. Puede seleccionar una o varias herramientas para identificar de las causas raíz de cada problema. Se sugiere la siguiente página web donde se dan a conocer estas herramientas:

<http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dhg.html>

Para identificar las causas raíz que originan los problemas de calidad utilice las siguientes herramientas gerenciales (una o varias)

|  |
| --- |
| **Problema 1:** |
| **Proceso que afecta:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Si/No** | **Método utilizado** | **Profesionales que participaron en el****análisis** | **Áreas participantes en el análisis** |
|  | Lluvia de ideas |  |  |
|  | Ishikawa |
|  | Gráfica de Pareto, histograma y/o estratificación |
|  | Gráfica de dispersión |
|  | Hoja de verificación (check list) |
|  | Gráfica de control |
|  | Otro: |

Anotar las causas raíz identificadas para este problema:

|  |
| --- |
| **Problema 2:** |
| **Proceso que afecta:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Si/No** | **Método utilizado** | **Profesionales que participaron en el****análisis** | **Áreas participantes en el análisis** |
|  | Lluvia de ideas |  |  |
|  | Ishikawa |
|  | Gráfica de Pareto, histograma y/o estratificación |
|  | Gráfica de dispersión |
|  | Hoja de verificación (check list) |
|  | Gráfica de control |
|  | Otro: |

Anotar las causas raíz identificadas para este problema:

|  |
| --- |
| **Problema 3:** |
| **Proceso que afecta:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Si/No** | **Método utilizado** | **Profesionales que participaron en el****análisis** | **Áreas participantes en el análisis** |
|  | Lluvia de ideas |  |  |
|  | Ishikawa |
|  | Gráfica de Pareto, histograma y/o estratificación |
|  | Gráfica de dispersión |
|  | Hoja de verificación (check list) |
|  | Gráfica de control |
|  | Otro: |

Anotar las causas raíz identificadas para este problema:

**3.2.2 Priorizar los procesos a intervenir con el PMC**

En esta fase, se deberá determinar cuáles procesos o problemas de calidad se van a intervenir para buscar una mejora. Este paso es muy importante para decidir que se va a intervenir e incluye el análisis detallado de los Factores Críticos de Éxito de la organización, que impactan en los resultados centrados en mayor satisfacción para el usuario. Por otro lado, para establecer un proceso de priorización, es importante considerar el factor económico, que aún en escenarios de mayor trascendencia, los recursos siempre son limitados. En ese orden de ideas, el sentido de la priorización es el de concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos de los cuales, del cambio de las condiciones existentes, pueda derivarse un mayor beneficio.

Para establecer los problemas que se considerarán prioritarios para intervenir en el PMCC, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente8 calificará cada una de sus oportunidades de mejora en los siguientes criterios, en escala del 1 al 59:

**Nivel de Riesgo**: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento del proceso identificado como problema(s)

**Impacto en el costo**: Posible impacto económico de no realizar la mejora.

**Impacto en el Volumen**: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio) Considerando 1 como el menor riesgo o impacto y 5 como el mayor riesgo o impacto.

#### Definición de prioridades 10

**(Valore cada problema identificado en una escala de 1 a 5)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROBLEMA** | **Nivel de riesgo** | **Impacto en****costo** | **Impacto en****volumen** | **TOTAL DE****PRIORIZACIÓN** |
| **Problema 1** | **1** | **3** | **5** | **15** |
| **Problema 2** | **4** | **2** | **1** | **8** |
| **Problema 3** | **3** | **5** | **2** | **30** |
| **Problema 4** |  |  |  | **0** |
| **Problema 5** |  |  |  | **0** |
| **Problema 6** |  |  |  | **0** |
| **Problema 7** |  |  |  | **0** |

**3.3 Seleccionar los proyectos de mejora que integrarán el PMC**

En este apartado es importante tener en cuenta la Efectividad, Factibilidad, Factor tiempo, Orientación al cliente y Eficacia que nos lleven a solucionar realmente el problema de calidad identificado o mejorar el proceso seleccionado.

Seleccione al menos 3 problemas11 principales identificados y con el equipo que realizó el análisis de causas determine las acciones que resuelvan, disminuyen o controlen el problema.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nombre del Proyecto de mejora** | **Proceso en el que se le relaciona** | **Objetivo del proyecto12** | **Problema principal detectado** | **Causas principales identificadas** | **Indicador de medición** | **Valor basal del indicador del problema** | **Valor deseable a alcanzar con el proyecto** | **Acciones de mejora propuestas** | **Responsable de coordinar el proyecto** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

10 De doble click en la tabla para registrar los procesos y los valores de riesgo, la priorización se calcula en automático.

11 El número de proyectos a definir depende del tamaño y complejidad del establecimiento de salud.

12 Defina el objetivo que se desea alcanzar en cada proyecto

**3.4 Diseñar el Programa de ejecución de acciones de mejor**

Este apartado muestra la metodología que se llevará a cabo la resolución del problema a mejorar, considerando cada formato por problema

|  |
| --- |
| **Proyecto 113:** |
| **Proceso que afecta:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **ETAPA / ACTIVIDAD** | **FECHA DE INICIO** | **FECHA DE FIN** | **PROGRAMADO****(P) / REAL( R )** | **RESPONSABLE** | **PRODUCTO / RESULTADO DE****LA ACTIVIDAD** | **AÑO** | **OBSERVACIONES** |
|  | **Enero** | **Febrero** | **Marzo** | **Abril** | **Mayo** | **Junio** | **Julio** | **Agosto** | **Septiembre** | **Octubre** | **Noviembre** | **Diciembre** |
| 1 |  |  |  | P |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  | P |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  | P |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  | P |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  | P |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  | P |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  | P |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  | P |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  | P |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  | P |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

El coordinador de cada proyecto debe preparar su cronograma de actividades y registrar de manera sistemática los avances. Por ejemplo, puede utilizar las herramientas proporcionadas por la DGCES a través de sus líneas de acción como encuestas, registros de epidemiología, INDICAS, MECIC, PREREIN, MANDE, u otros institucionales que permitan dar seguimiento y constatar que las acciones previstas se están realizando. Si es necesario genere nuevos registros e indíquelos aquí.

**4. FASE II Ejecución del plan de mejora continua de la calidad en salud (hacer)**

Consiste en llevar a cabo la prueba de eficacia efectuando las medidas correctivas (manos a la obra) propuestas para solucionar el problema (por medio de acciones), en una primera instancia "piloteándolas" y posteriormente conforme a resultados implantándolas.

#### **4.1. Comunicar el plan de mejora a todo el personal**

Consiste en asegurarse de que todo el personal de salud del establecimiento de salud que intervengan en la ejecución de las acciones conozca qué tienen que hacer y cómo lo tienen que hacer; para ello se recomienda.

Comunicar a todos los involucrados lo que se hará y por qué se hará, todo ello en sesión ordinaria del COCASEP para que comuniquen las acciones por realizar al personal de cada área del establecimiento de salud.

Proporcionar educación y entrenamiento. Es necesario entrenar en caso necesario a todas las personas que van a intervenir para que sepan cómo hacerlo y en qué momento, de cada uno de los servicios involucrados*.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Difusión dirigida a14: | Mecanismo de Difusión15 | Fecha de difusión |
| Integrantes del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (o su equivalente) |  |  |
| Personal de salud del establecimiento |  |  |
| Aval ciudadano |  |  |
| Autoridades superiores |  |  |
| Otros |  |  |

Este paso es fundamental para socializar o desplegar en toda la organización o establecimiento de salud el PMCCS diseñado por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente. La finalidad de la difusión es sumar la voluntad de todos los involucrados, en las acciones de los proyectos del PMCCS.

**4.2. Pilotear el proyecto y registrar información que surja de la ejecución**

En algunas ocasiones es necesario y factible realizar pruebas piloto del proyecto a ejecutar, lo cual ayuda a validar la elección de las acciones seleccionadas para lograr la mejora del proceso o problema de calidad identificado. Si ese es el caso, en esta sección anote los detalles del pilotaje.

El pilotaje tiene como propósito poner a prueba en una escala pequeña las acciones seleccionadas que conduzcan a la mejora continua. Se recomienda realizarlo en un área, servicio o consultorio de una unidad o en un solo establecimiento de salud cuando el proyecto involucré a varias unidades de atención.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. De proyecto** | **Nombre del Proyecto de****mejora** | **Problema principal****detectado** | **Área de pilotaje** | **Periodo de pilotaje** | **Responsable del pilotaje** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**4.3. Recolectar los datos generados durante el pilote y/o la ejecución del proyecto**

En este apartado es necesario identificar la forma en que se van a recolectar datos, algunos pueden ser a través de un registro, o de un formato de “check list de puntos de revisión, o establecer un control de documentos, control operativo y recolección de datos que se generen durante la implementación de las acciones.

Es importante establecer puntos de control (revisión) para lograr los resultados deseados. Los puntos de control permiten revisar y en su caso decidir regresar a pasos anteriores (hasta donde sea necesario) ajustar lo planeado y continuar, para alcanzar al 100% la (s) meta (s) determinada(s).

Anexe en esta sección por cada proyecto realizado los resultados alcanzados, durante el periodo de ejecución del proyecto, pueden ser informes, gráficas, datos o indicadores, mensuales, bimestrales, trimestrales, etc.

**5. FASE III Verificar los resultados de mejora**

Aquí se corrobora el logro de los resultados del proyecto de mejora y se evalúa y confirma cada una de sus operaciones. Este punto se relaciona con el 3.3 y se retoma parte de los datos de ese apartado.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Proyecto de mejora** | **Proceso con el que se relaciona** | **Objetivo del proyecto** | **Problema principal detectado** | **Valor basal del indicador del problema** | **Valor deseable a****alcanzar con el proyecto** | **Valor alcanzado con el proyecto** | **Acciones****(solo si el valor deseable no se alcanzó)** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |

Como resultado del análisis del punto anterior y su comparación con el diagnóstico, integre la información de avance del cumplimiento de los objetivos de los proyectos:

**5.1. Documentar las mejoras (evidencias)**

En este apartado es necesario describir, por proyecto, las evidencias de mejora que arrojaron los resultados ya sean gráficos, tablas, fotografías o videos. Ponerles un número secuencial y denominarlos como “anexos”

Lista de documentos (informes, datos, gráficas, fotografías, videos, correos, encuestas, etc.) que dan evidencia de la mejora:

|  |
| --- |
| **Proyecto 1:** |
| **Proceso en el que se relaciona:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Evidencia | Tipo (física, electrónica, etc.) |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

|  |
| --- |
| **Proyecto 2:** |
| **Proceso en el que se relaciona:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Evidencia | Tipo (física, electrónica, etc.) |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

|  |
| --- |
| **Proyecto 3:** |
| **Proceso en el que se relaciona:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Evidencia | Tipo (física, electrónica, etc.) |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |

**5.2. Identificar efectos adicionales**

Describir ganancias o efectos colaterales importantes que hayan ocurrido durante la ejecución del proyecto. Ejemplo: Es probable que el proyecto tenga efectos positivos en términos de ahorro en gastos, ocupación de camas, reducción de complicaciones en pacientes, etc.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Proyecto de mejora** | **Proceso que mejoró** | **Se alcanzaron efectos positivos adicionales** (describa) |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |

**6. FASE IV Actuar sobre los resultados del PMCCS**

Este punto se refiere a las medidas tomadas con base en los resultados obtenidos en el proyecto. Las medidas pueden ser muy diversas. Ejemplo:

1. Adoptar medidas remediables si alguna operación de los procesos de atención medica se desvía de los estándares establecidos.
2. Analizar, identificar y eliminar las causas de resultados anormales.
3. Adoptar medidas para que no se repita el problema de calidad en el futuro, por las mismas causas, o en que no se repita en otros establecimientos de salud.
4. Adoptar medidas para mejorar el proceso completo de control de la atención médica.

**6.1 Estandarizar acciones de mejora**

Los procedimientos o acciones que obtuvieron buenos resultados deberán ser unificados respecto a un modelo o norma común (estandarizar), ya sea en otros servicios o incluso en otros establecimientos de salud. Dentro del proceso, se deberá implantar un programa de capacitación continua que permita homogenizar conocimientos y formas de trabajar que se generan por la constante dinámica de mejora.

La mejora alcanzada con el proyecto debe transformarse en acciones estandarizadas y se debe establecer un sistema de aseguramiento y verificación para garantizar que esas acciones se sigan de forma precisa y continua. Si es necesario debe dar lugar a la elaboración o realización de un procedimiento que involucre los logros obtenidos en el proyecto.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Acción a estandarizar** | **Método de verificación17** | **Frecuencia de verificación** | **Responsable de verificación** | **Resultado de la verificación** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |

**6.2. Difundir logros del PMCCS**

Este punto es sumamente necesario ya que ayudará a difundir los logros y avances obtenidos, con el fin de hacer partícipes a todos de dichos logros contribuyendo a mejorar las formas de hacer las cosas, y al uso eficiente de recursos en la realización de las tareas especializadas y cotidianas. Todo ello contribuye a generar una nueva forma de pensamiento, inculcando el pensamiento innovador, haciendo mayor conciencia en la cultura de la Mejora Continua, de los valores del Establecimiento de Salud, y dejando latente la necesidad en las personas de conocer más mediante un ciclo de mejora continua.

**6.3 Reconocer al equipo de trabajo que participó en la mejora**

Es muy importante que los Establecimientos de Salud impulsen la implantación de un sistema de rendición de cuentas y de reconocimiento a los Profesionales de la Salud que se esforzaron por mejorar los servicios de salud de su área de trabajo, para así promover una cultura basada en la mejora continua y la creación de valor para los usuarios, el personal y la sociedad.

1. Anexe como evidencia los documentos que fueron considerados para identificar los problemas principales (Gráficas, informes, quejas, indicadores u otros que sustenten lo descrito). Le servirán para documentar las mejoras alcanzadas [↑](#footnote-ref-1)