



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

# UN PLAN DE MEJORA CONTINÚA DE LA CALIDAD EN SALUD

## FORMATO

- Recordemos que el Comité de Calidad y Seguridad el Paciente (COCASEP) tiene como desafío evaluar este proceso en su conjunto en cada establecimiento de modo tal que pueda ser objetivo y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas.
- Comité de Calidad y Seguridad del Paciente es una estrategia de trabajo en equipo de la pluralidad de los servicios que presta el establecimiento de salud, permitiendo la participación e involucramiento del personal de los procesos claves dentro del mismo, esto es esencial ya que el Comité de Calidad, es el pilar principal para lograr la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud.
- Los componentes de un buen trato a los enfermos son: atención pronta y digna, comunicación, autonomía, respeto a la confidencialidad, acceso a redes de apoyo social, calidad de las instalaciones y servicios de capacidad de elección. Cada vez es más evidente la necesidad de mejorar la calidad de la atención médica, por lo que es necesario unir esfuerzos dirigidos hacia el logro de un fin elevado.
- La seguridad del paciente no es un problema nuevo ni desconocido, sólo requiere de mayor atención para enfocarlo como un punto estratégico del trabajo institucional y de cada uno de los profesionales de la salud que trabajan en el sistema de salud por ello, se considera que se requiere de todos los involucrados para realizar esfuerzos y lograr estandarizar y sistematizar esta forma de generar una cultura de seguridad del paciente y obtener resultados

# ¿Qué es Plan de Mejora Continua?

Los planes de mejora son **acciones conjuntas orientadas a optimizar los resultados de un proceso interno**. Pero eso no quiere decir que cualquier acción tenga cabida en ellos. El objetivo siempre debe ser el mismo: la mejora.

Existen varias herramientas de mejora continua: Lean, Six Sigma, Kaizen, entre otros. Sin embargo, los expertos en la materia parecen haberse puesto de acuerdo en que el denominado Círculo de Deming es el que contiene los elementos básicos de cualquier proceso de mejora, los cuales son:

## 1. Planificación (plan):

- Esta fase es la que da forma al plan de mejora. Por un lado, se establecen los objetivos a los que aspira el grupo de trabajo y se acuerdan los indicadores de medida con los que se evaluarán los resultados. Cuando el plan de mejora parte de una situación previa, la planificación también implica la **identificación de problemas u obstáculos**.

## 2. Hacer (do):

- En esta etapa, o etapas, se **aplica lo establecido en el plan**, pero no de cualquier forma, debe hacerse de **manera exhaustiva y sistemática**: los procesos evolucionan centrando la atención en cada una de sus fases y plazos.

## 3. Comprobar (check):

- Una vez que se han llevado a cabo las tareas de mejora propuestas, el siguiente paso es la **verificación de los resultados**. Si a lo largo del proceso se han introducido las mejoras oportunas y se ha hecho una evaluación de cada una de sus fases, esta etapa se reducirá a la comprobación de lo fijado en el inicio.

## 4. Ajustar (adjust):

- Aun así, los procesos de mejora no son perfectos. En muchas ocasiones, los resultados obtenidos sacan a la luz nuevos fallos o inconvenientes que no estaban previstos. En esta etapa, los **equipos de trabajo proponen soluciones o alternativas para resolver dichos fallos** y, asimismo, dejan testimonio de la experiencia.
- La mejora de la calidad se expresa a través de ciclos. La intervención no significa que los procesos acaben. Por el contrario, es el detonante para retornar al primer paso del plan de mejora. O dicho de otro modo, los equipos de trabajo deben sacar provecho de la experiencia y saber aplicarla en posteriores planes de mejora.



## 1.- IDENTIFICACIÓN.

INSTITUCIÓN: **(SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO)**. NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: **(NOMBRE QUE CON EL QUE ENCUENTRA REGISTRADO CONFORME A SUCLAVE CLUES)**.

ACREDITADO: SI: \_\_\_ NO: \_\_\_ NO APLICA:  (Será "si", cuando se cuente con certificado vigente expedido por la dirección general de calidad y educación en salud, "no" si este no está vigente o no se tiene, no aplica solo cuando no es factible de presentar proceso de acreditación).

CERTIFICADO: SI: \_\_\_ NO: \_\_\_ NO APLICA:  (Será "si", cuando se cuente con certificado vigente expedido por el consejo de salubridad general, "no" si este no está vigente o no se tiene, no aplica solo cuando no es factible de presentar proceso de certificación).

**(LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN SERÁ REQUISITADA CONFORME A SU CLUES)**

DOMICILIO: CIRCUITO MOISES SOLANA N°. S/N. COLONIA: VISTA ALEGRE CODIGO POSTAL: 76070 MUNICIPIO: QUERÉTARO ENTIDAD  
FEDERATIVA: QUERÉTARO JURISDICCIÓN: 1 CLAVE CLUES: QTSSA012154 CORREO ELECTRÓNICO DEL GESTOR DE  
CALIDAD: [NADIAMP@seseqro.gob.mx](mailto:NADIAMP@seseqro.gob.mx) TELÉFONO (CON CLAVE LADA): 4422137016

TIPO DE ESTABLECIMIENTO QUE PRESENTA EL PMCCS **(CONFORME A LO ESTABLECIDO EN SINERHIAS)**

UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ( ) UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN ( ) UNIDAD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN ( )  
JURISDICCIÓN SANITARIA (X) OTRA ( ).

En caso de un PMCCS sea a nivel jurisdiccional, anotar el nombre de las unidades médicas que forman parte del plan. (Esta área solo deberá ser requisitada en caso de ser una jurisdicción, si es segundo o tercer nivel no aplica).

<b>1</b>	VER ANEXO 1.
----------	--------------

## 2.- Presentación del establecimiento de salud

(Este apartado se deberá requisitar de acuerdo a lo establecido en SINERHIAS).

NÚMERO DE CONSULTORIOS DE MEDICINA GENERAL (130). NÚMERO DE CONSULTORIOS DE MEDICINA DE ESPECIALIDAD (11). NÚMERO DE CONSULTORIOS DE ODONTOLOGÍA (32). NÚMERO DE CAMAS CENSABLES (0). NÚMERO DE CAMAS NO CENSABLES (36). NÚMERO DE QUIRÓFANOS (0).

### ***TOTAL DE PERSONAL POR PROFESIÓN:***

MÉDICOS GENERALES (168). MÉDICOS ESPECIALISTAS (8). ENFERMERAS (220). ODONTÓLOGOS (57). TRABAJADORAS SOCIALES (13). PSICÓLOGOS (8). ADMINISTRATIVOS (118). OTROS (28).



**Servicios que ofrece.** (Este apartado se deberá requisitar conforme a los servicios que se cuentan en funcionamiento Actualmente dentro de la unidad médica).

<b>1</b>	Consulta Médica General
<b>2</b>	Consulta Estomatología
<b>3</b>	Medicina Preventiva
<b>4</b>	Promoción de la Salud
<b>5</b>	Ultrasonido
<b>6</b>	Laboratorio
<b>7</b>	Planificación Familiar
<b>8</b>	Consulta de Psicología
<b>9</b>	Consulta de Nutrición
<b>10</b>	Unidades Médicas Móviles

## Presentación.

La Jurisdicción Sanitaria 1 es una Unidad médico administrativa que pertenece a los Servicios de Salud del estado de Querétaro, bajo su responsabilidad se encuentran 55 unidades de salud que se encuentran distribuidas en los municipios de Corregidora, (8), Huimilpan (9), El Marqués (13) y Querétaro (25). Se encuentra localizada en el Municipio de Querétaro. Está ubicada en la Calle Circuito Moisés Solana sin número en la Colonia Vista Alegre. El horario laboral de la Jurisdicción es de 8:00 a 15:30 de lunes a viernes.

La directora de la Jurisdicción es la Dra. Martha Elvia Mariza Patiño Aboytes, subdirectora y coordinadora de los servicios de atención médica la Dra. Alejandra Sánchez Carballo, administrador Ing. Israel Ruiz Bárcenas y los Coordinadores de los departamentos de programas en salud son: Dra. Nadia Natividad Mercado Pérez de Calidad, Dra. Diana Victoria Martínez Arcos de Salud Reproductiva, Dra. Claudia Elizabeth Vázquez Robledo de Infancia y Adolescencia, Maestra Dolores Moreno Vargas de Promoción de la Salud, Dra. Noemí Alejandra Soriano Hernández de epidemiología, Dra. Montserrat Valencia Novoa de Enseñanza, Dra. Mary Paz Herrera Chávez de Salud del Adulto y del Anciano, C. D. Francisco Flores Reséndiz de Estomatología, L. Enf. Cristina Guadalupe Anaya Serna de Enfermería, Armando Cortés Aragón de Protección contra Riesgos Sanitarios y la C. Gloria Navarrete Jiménez de Estadística. Dentro de cada uno de estos programas se encuentran diferentes subcomponentes.

Perfil del personal:

- Médico: Médico Cirujano General, Familiar, Radiólogo y Pediatra.
- Odontólogo: Médico Cirujano Dental
- Enfermeras: Lic. en Enfermería
- Administrativo: Lic. en administración de empresas, contadores, ingenieros en sistemas, asistentes administrativos, intendencia, choferes.
- Paramédicos: Promotores de salud, trabajadores sociales, nutriólogos, estadígrafos, psicólogos, fisioterapeutas.

Las unidades de Salud correspondientes a la Jurisdicción se dividen en rurales y urbanas, cuentan con diferentes servicios como son:

- Medicina General
- Estomatología
- Medicina Preventiva
- Curaciones
- Planificación familiar
- Servicio de botica

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

Misión General: “Servicios de Salud del Estado de Querétaro realiza acciones de promoción, prevención, y atención orientados a fomentar, proteger y restituir la salud, con oportunidad, calidad, calidez y cercanía a la población”.

Misión Jurisdiccional: “Contribuir y lograr un mejor nivel de vida de la población con acciones de prevención y protección de la salud mediante una atención integrada, priorizando los problemas con un enfoque de riesgo y asegurando la calidad en la prestación de los servicios”.

Visión Jurisdiccional “Ser reconocidos como la mejor Jurisdicción Sanitaria, con prestadores de servicios comprometidos y responsables, ampliando la cobertura, para hacer llegar servicios de calidad que superen las expectativas de los usuarios y cumpliendo con los objetivos institucionales”.

Valores:

- Servicio
- Calidad
- Respeto
- Honestidad
- Participación
- Desarrollo
- Compromiso
- Confidencialidad

**3.- Planeación:** Este apartado es para pensar, preparar y trazar una acción para realizarla en el futuro. En este apartado se definen los objetivos, estrategias, metas e indicadores, de la operación o tarea y los criterios de control (aspectos de control); se definen las características y datos que se deberán emplear para el control de la operación.

**3.1.1 FUENTES UTILIZADAS PARA IDENTIFICAR OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

No.	Fuentes utilizadas para identificar oportunidades de mejora de la calidad	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. MECIC	Si	Enero 2021
2	Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS)	Si	Primer cuatrimestre 2021
3	Los resultados de la aplicación de las cédulas de evaluación y autoevaluación de Acreditación	Si	Diciembre 2020 y Mayo
4	Resultados de la revisión del buzón de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones.	Si	Anual 2020 y Cuatrimestre Ene – Abr 2021
5	Calidad percibida por el Aval Ciudadano, encuestas y cartas compromiso.	Si	Primer Cuatrimestre 2021
6	Informes de los Comités (COCASEP, Subcomité de evaluación de expediente clínico, referencia y contrarreferencia y SUG).	Si	Marzo, Abril y Mayo 2021
10	Informes mensuales, bimestrales, semestrales y anuales del Sistema de Información en Salud (Sistema de referencia y contrarreferencia SIS).	Si	Enero – Abril 2021



# SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

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

No.	Documento adicional (si aplica).	Si/No	Fecha o periodo de análisis del documento
1			
2			
3			
4			
5			
6			



### 3.1.2.- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

La jurisdicción sanitaria 1 recibe dotación anual de formatos de referencia y contrarreferencia en base a las referencias emitidas por parte de las unidades de salud. La jurisdicción distribuye los formatos de referencia y contrarreferencia a las unidades con base en el promedio de referencias emitidas en el año anterior otorgando una dotación para seis meses, posteriormente, en base a la estadística mensual se evalúa la necesidad de formatos para los meses posteriores. Los centros de salud otorgan la referencia y contrarreferencia mediante el formato único de referencia con original y 2 copias, dejando el original dentro del expediente clínico físico individual, la copia azul y rosa se otorga al paciente quien deberá acudir con ellas al hospital de referencia, proporcionando la hoja azul. La unidad registra la atención otorgada al usuario mediante el sistema de información de atención médica (SIAM) registrando la referencia realizada. Todas las referencias realizadas en el mes se registran y reportan en el concentrado de referencia y contrarreferencia electrónico mismo que es entregado a la Jurisdicción al departamento de estadística y este a su vez, al departamento de calidad jurisdiccional mediante una carpeta compartida electrónica. Cada inicio de mes el responsable de referencia y Contrarreferencia revisa, concentra y valida con el SIS las referencias reportadas por cada una de las unidades de salud para identificar las desviaciones. Se crea la base de datos que se envía a nivel estatal. La jurisdicción recibe los egresos hospitalarios, se separa por unidad de salud y se envía semanalmente.



## **Sistema Unificado de Gestión**

Mensualmente se realiza apertura de los buzones de sugerencias, felicitaciones, quejas correspondientes a las unidades de la Jurisdicción Sanitaria 1. Durante este año de Enero a Junio 2021 se han realizado la apertura de las 55 unidades encontrando 337 fusas, de las cuales se distribuyen de la siguiente manera:

- 97 Felicitaciones (28.8%)
- 234 Quejas (69.4 %)
- 2 Gestiones (0.6 %)
- 4 Sugerencias (1.2%)

Las principales situaciones que se presentan en las unidades de salud corresponden a:

- Atención al usuario con 195 (57.9%)
- Trato digno y adecuado con 179 (53.1%)
- Oportunidad de atención 135 (40.1%)
- Medicamentos 52 (15.4%)

## Fortalezas y debilidades.

Escriba brevemente las fortalezas y debilidades encontradas durante el diagnóstico de los procesos, procedimientos, líneas de acción o actividad que se intenta mejorar.

<b>PROCESO</b> *Cada uno de los procesos, actividades que estarán en revisión para aplicar una mejora.	<b>FORTALEZAS</b> *Identifica las características en las que la Unidad se destaca y que ayudarán a alcanzar los objetivos y concretar los planes.	<b>DEBILIDADES</b> *Determina los puntos negativos y aquellas que necesitan mejorar en los procesos o en su infraestructura.
Sistema de Referencia y Contrarreferencia	Se cuenta con un formato único de referencia y contrarreferencia	Manual de procedimientos de referencia y contrarreferencia no actualizado (2014)
	Se cuenta con abasto adecuado	Subregistro de referencias en SIAM
	Se cuenta con formato de concentrado	El papel autocalcable es de mala calidad
	Se cuenta con subcomité de referencia y contrarreferencia	Hay envío de pacientes con diagnósticos inadecuados
		Envío de pacientes a otras instituciones
		Mala comunicación de nivel estatal con nivel jurisdiccional
		Formatos no actualizados de acuerdo a acciones esenciales
		Los hospitales envían egresos hospitalarios en lugar de contrarreferencias
		Llenado con omisión de datos, abreviaturas, letra no legible
		No se emiten en tiempo las necesidades de formatos de referencia y contrarreferencia por parte de nivel estatal
		No se cuentan con criterios de envío por especialidad



## Características de las áreas de oportunidad o problemas de las áreas a mejorar

Dimensión de la calidad a mejorar	Área de oportunidad detectado	Evidencias que sustentan al área de oportunidad <sup>1</sup>	Efecto que provoca en los usuarios, los profesionales o la institución	Proceso que afecta
<b>Calidad de la gestión de la organización</b>	Referencia inadecuada de pacientes a segundo nivel	Concentrado de referencia y contrarreferencia emitido por la Unidad de salud.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Insatisfacción de los usuarios.</li><li>- Retraso en la atención del paciente</li><li>- Complicación del padecimiento</li><li>- Dilación de citas.</li></ul>	Referencia y contrarreferencia Atención médica oportuna

<sup>1</sup> 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

## Fortalezas y debilidades.

Escriba brevemente las fortalezas y debilidades encontradas durante el diagnóstico de los procesos, procedimientos, líneas de acción o actividad que se intenta mejorar.

<b>PROCESO</b> *Cada uno de los procesos, actividades que estarán en revisión para aplicar una mejora.	<b>FORTALEZAS</b> *Identifica las características en las que la Unidad se destaca y que ayudarán a alcanzar los objetivos y concretar los planes.	<b>DEBILIDADES</b> *Determina los puntos negativos y aquellas que necesitan mejorar en los procesos o en su infraestructura.
Trato digno y tiempos de espera	Contar con un sistema de buzón de quejas	Tener un sindicato de trabajadores que obstaculicen las medidas a tomar para sancionar a trabajadores reincidentes
	Contar con el personal que se encargue de la apertura de los buzones	No se cuentan con las herramientas necesarias para mejorar el servicio (medicamentos, vacunas, infraestructura)
	Dar seguimiento a lo encontrado en el buzón	La respuesta a la gestión es tardía.
	Comunicación directa con el usuario y con el personal de la unidad responsable de dar solución o gestionar recurso	Actitud displicente del personal hacia el usuario
		Actitud prepotente por parte del usuario hacia el personal de salud de las unidades.
		Falta de personal para brindar atención

## Características de las áreas de oportunidad o problemas de las áreas a mejorar

Dimensión de la calidad a mejorar	Área de oportunidad detectado	Evidencias que sustentan al área de oportunidad <sup>2</sup>	Efecto que provoca en los usuarios, los profesionales o la institución	Proceso que afecta
Calidad percibida	En el buzón de quejas se han incrementado las quejas para el personal de áreas administrativas, médicas y paramédicas (enfermería)	Informe detallado de fusas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfacción de los usuarios.</li> <li>- Retraso en la atención del paciente</li> <li>- Aumento del gasto de bolsillo del usuario al tener que solicitar atención privada.</li> <li>- Desconfianza en los servicios de atención que otorga el estado.</li> </ul>	<p>Calidad de servicio que se brinda al usuario</p> <p>Satisfacción del usuario.</p>

<sup>2</sup> 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

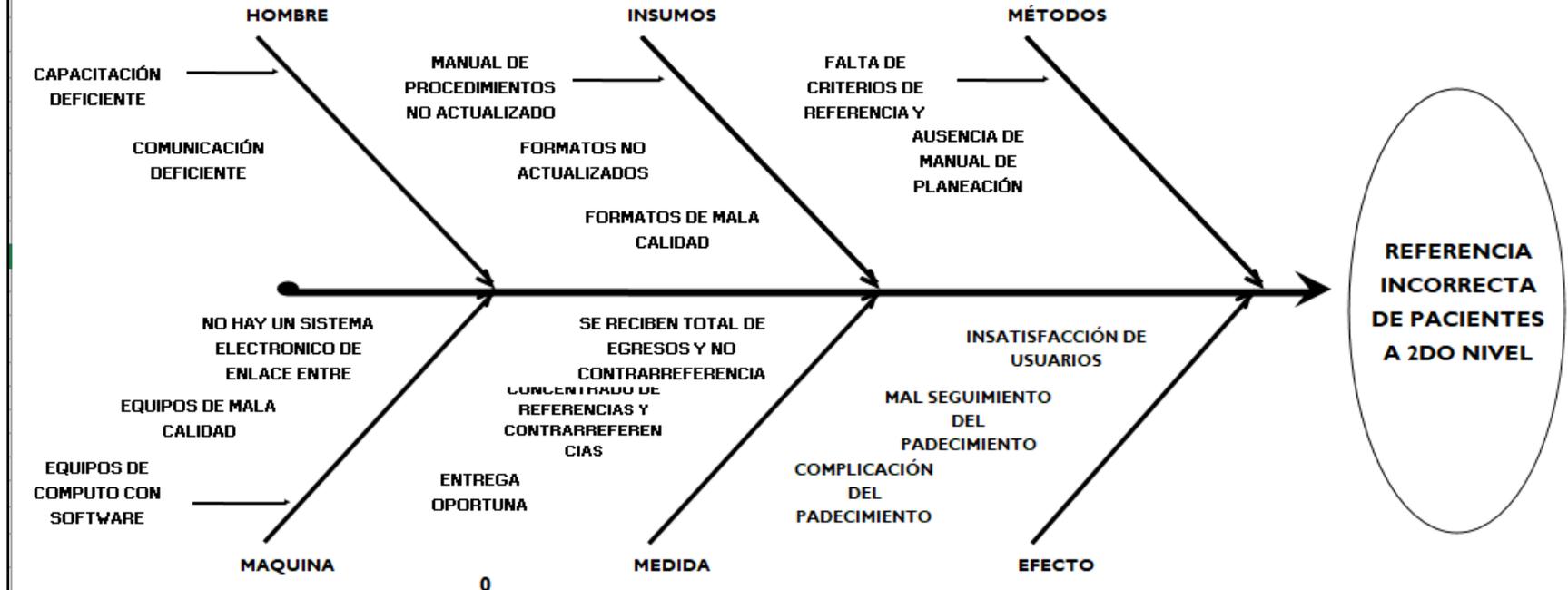
### 3.2 Análisis de las causas de los problemas de calidad a mejorar- herramientas de mejora.

Problema 1: Referencia inadecuada a especialidad de 2do nivel por diagnóstico incorrecto.			
Proceso que afecta:		Referencia y Contrarreferencia	
Si/No	Método utilizado	Profesionales que participaron en el análisis	Áreas participantes en el análisis
No	Lluvia de ideas.	LAE. Verónica Macías Muñoz  Dra. Erandeni Libertad Rodríguez Velasco  Dra. Karla Jennifer Moreno Galván.  Dra. Nadia Natividad Mercado Pérez	Área de Referencia y Contrarreferencia Jurisdiccional  Departamento de Calidad
Si	Ishikawa.		
No	Gráfica de Pareto, histograma y/o estratificación.		
No	Gráfica de dispersión.		
No	Hoja de verificación (check list).		
No	Gráfica de control.		

## CALIDAD / REFERENCIA INCORRECTA DE PACIENTES A 2DO NIVEL

### JURISDICCION SANITARIA I, QRO

EQUIPO DE TRABAJO: L.A.E. Verónica Macías Muñóz, Dra. Erandeni Libertad Rodríguez Velasco, Dra. Karla Jennifer Moreno Galván, Dra. Nadia Natividad Mercado Pérez



**Anotar las causas raíz identificada para este problema:**

Existe referencia incorrecta de pacientes a Segundo nivel.

Porque hay un mal llenado

Porque la capacitación no es efectiva

Porque no se tienen las herramientas necesarias para ello

Porque no existe un manual de referencia y contrarreferencia actualizado y que especifiquen los criterios definidos para ello.

Porque no se ha realizado una actualización por parte de autoridad estatal y federal.

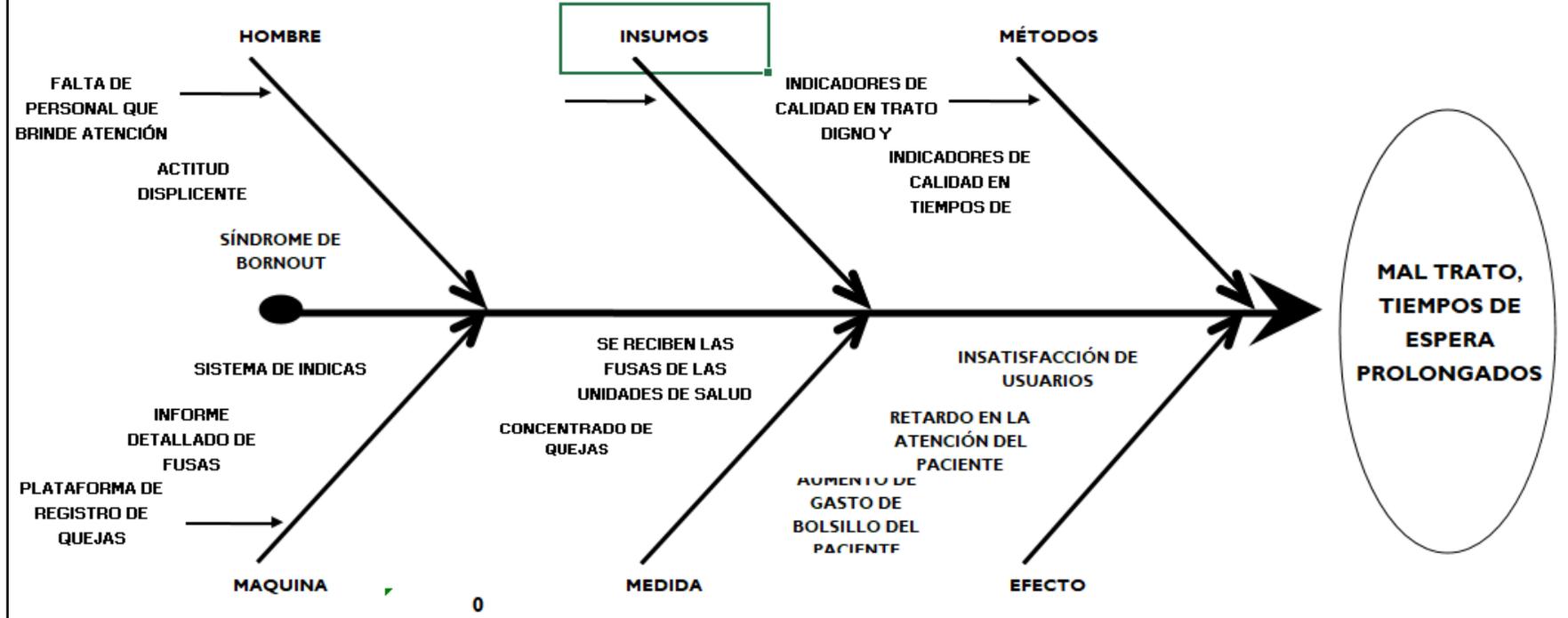
### 3.2 Análisis de las causas de los problemas de calidad a mejorar- herramientas de mejora.

Problema SUG: Mal trato al usuario y tiempos de espera prolongados			
Proceso que afecta:		Satisfacción del usuario	
Si/No	Método utilizado	Profesionales que participaron en el análisis	Áreas participantes en el análisis
No	Lluvia de ideas.	L.C.P.A.P. Anakaren García Girón C. Ma. Lorena Figueroa Soria Dra. Nadia Natividad Mercado Pérez	Departamento de Sistema Unificado de Gestión  Departamento de Calidad
Si	Ishikawa.		
No	Gráfica de Pareto, histograma y/o estratificación.		
No	Gráfica de dispersión.		
No	Hoja de verificación (check list).		
No	Gráfica de control.		

**CALIDAD / MAL TRATO, TIEMPOS DE ESPERA PROLONGADOS**

**JURISDICCION SANITARIA I, QRO**

**EQUIPO DE TRABAJO: L.C.P.A.P. Anakaren García GirónC. Ma. Lorena Figueroa SoriaDra. Nadia Natividad Mercado Pérez**



### 3.2.2 PRIORIZAR LOS PROCESOS A INTERVENIR CON EL PMCCS.

Para establecer los problemas que se considerarán prioritarios para intervenir en el PMCC, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente calificará cada una de sus oportunidades de mejora en los siguientes criterios, en escala del 1 al 5:

- **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.*

	PROBLEMA	NIVEL DE RIESGO	IMPACTO EN COSTO	IMPACTO EN VOLUMEN	TOTAL PRIORIZACIÓN
1	REFERENCIA INCORRECTA DE PACIENTES A 2DO NIVEL	5	5	5	14
2	DESCONOCIMIENTO DE FUNCIONES DEL PERSONAL DE UNIDADES DE SALUD	3	3	4	10
3	IMPLEMENTACIÓN DEFICIENTE DE ACCIONES ESENCIALES EN LAS UNIDADES MÉDICAS	5	4	5	13
4	PROCEDIMIENTOS INCORRECTOS EN EL LLENADO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	5	3	5	12
5	INEXISTENCIA DE MANUAL DE MANEJO DE ARCHIVO CLÍNICO	3	3	4	10
6	TRATO PREPOTENTE E INFORMACIÓN INCOMPLETA POR PARTE DEL PERSONAL DE PRIMER CONTACTO	4	3	5	12
7	PERSONAL INSUFICIENTE DE ACUERDO A DEMANDA DE ATENCIÓN	4	5	5	14
8	INFRAESTRUCTURA INADECUADA PARA EL OTORGAMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL	5	5	5	14

9	EQUIPOS DE COMPUTO OBSOLETOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD, YA QUE NO CUENTAN CON CÁMARA Y MICRÓFONO	4	4	5	13
---	--	---	---	---	----

### **Priorizar los procesos a intervenir con el PMCCS.**

La priorización de problemas queda de la siguiente manera:

1. Referencia incorrecta de pacientes a 2do nivel
2. Implementación deficiente de acciones esenciales en las unidades médicas
3. Trato prepotente e información incompleta por parte del personal de primer contacto, tiempos de espera
4. Procedimientos incorrectos en el llenado del expediente clínico
5. Inexistencia de Manual de manejo de archivo clínico
6. Desconocimiento de funciones del personal de unidades de salud

### 3.3 Proyectos de mejora que integran EL PMCCS.

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

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

No.	Nombre del Proyecto de mejora.	Proceso en el que se le relaciona.	Objetivo del proyecto.	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.
1.	Referencia correcta de pacientes a Segundo nivel	Referencia y contrarreferencia	Corregir las desviaciones observadas en el Sistema de referencia de las unidades médicas de la jurisdicción sanitaria 1	Proceso de diagnóstico, registro y envío a especialidad incorrecto	Ausencia de manual actualizado de procedimientos de referencia y contrarreferencia	Total de pacientes referidos registrados en SIAM / Total de pacientes referidos registrados en el formato de concentrado de referencias *100	36.66 %	95 %	Reunión con los diferentes especialistas para crear criterios específicos de envío	Responsable de referencia y contrarreferencia
					Desconocimiento de criterios de envío de cada especialidad				Entregar los listados de criterios a unidades de salud	Responsable de referencia y contrarreferencia
					No hay registro en el Sistema de información de atención médica (SIAM – expediente electrónico)				Informar a las unidades las desviaciones encontradas para su corrección	Coordinadores de los departamentos de los programas
									Enviar a los coordinadores las referencias para su seguimiento	Responsable de referencia y contrarreferencia

2.	Implementación de acciones esenciales para la seguridad del paciente	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente	Generar un hábito en la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente en las unidades de la Jurisdicción Sanitaria 1	No se ha realizado la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente en forma integral durante la atención médica	Desconocimiento de las acciones esenciales para la seguridad del paciente	Unidades que realizan acciones esenciales para la seguridad del paciente de la Jurisdicción Sanitaria 1 / Total de unidades de la Jurisdicción Sanitaria 1 * 100	0 %	90 %	Generar guía operativa de Acciones Esenciales con los procedimientos integrados de cada una.	Calidad
					Actitud negativa ante la implementación de acciones esenciales para la seguridad del paciente				Gestionar los insumos necesarios para la implementación de acciones esenciales en las unidades de la jurisdicción sanitaria 1	Calidad
					Falta de insumos para la implementación de las acciones esenciales				Capacitar al personal de las unidades de salud de la jurisdicción sanitaria 1 en acciones esenciales para la seguridad del paciente	Calidad
									Capacitar a los coordinadores de los diferentes programas sobre acciones esenciales para la seguridad del paciente	Calidad
									Dar seguimiento en cada visita de supervisión a las unidades de primer nivel de la jurisdicción sanitaria 1 sobre la implementación de las acciones esenciales	Coordinadores de programa

SUG / JS1	Trato digno	Trato digno y tiempos de espera	Mejorar el servicio que se brinda al usuario, y a la vez, que el personal ofrezca un servicio de calidad y calidez.	Mal trato al usuario y tiempos de espera prolongados	Falta de personal	Quejas encontradas dentro del buzón SUG relacionadas a trato digno y adecuado, tiempos de espera de las 55 unidades de salud de la JS1 / Total de fusas encontradas dentro del buzón SUG de las 55 unidades de salud de la JS1 x 100	69.4 %	> 90 % de satisfacción	Mejorar la comunicación con el usuario por medio de un adendum a la fusa en donde se especifique el personal involucrado en la mala atención	Departamento de SUG
					Síndrome de Bornout				Invitar a los delegados sindicales de municipio a las sesiones ordinarias bimestrales del Subcomité del sistema unificado de gestión	Jurisdicción Sanitaria 1
					Actitud displicente				Gestionar curso de sensibilización al personal involucrado en las quejas por trato digno.	Departamento SUG y Jurisdicción Sanitaria 1
									Análisis de procesos para los tiempos de espera prolongados en las unidades con esta problemática.	Departamento SUG y Jurisdicción Sanitaria 1







## 1. EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN SALUD.

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

<b>Difusión dirigida a:</b>	<b>Mecanismo de Difusión</b>	<b>Fecha de difusión</b>
Integrantes del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (o su equivalente).	Sesión ordinaria de COCASEP	21/Julio/2021
Personal de salud del establecimiento.	Memorándum	26/Julio/2021
Aval ciudadano.	Memorándum a través de Responsable de Unidad	26/Julio/2021
Autoridades superiores.	Correo Oficial Redssa	25/06/2021
Otros.		

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

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.	Referencia correcta de pacientes a Segundo nivel	Proceso de diagnóstico, registro y envío a especialidad incorrecto	Unidades de salud de primer nivel de la Jurisdicción sanitaria 1	Septiembre a Diciembre 2021	Responsable de Referencia y contrarreferencia; Responsable de programa y Responsable de Unidad de Salud
2.	Implementación de acciones esenciales para la seguridad del paciente	No se ha realizado la implementación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente en forma integral durante la atención médica	Unidades de salud de primer nivel de la Jurisdicción sanitaria 1	Junio a Diciembre 2021	Responsable de Calidad y Responsables de programa
SUG / JS1.	Trato digno	Mal trato y tiempos de espera prolongados	Unidades de salud de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria 1	Julio a Diciembre 2021	SUG / JS1

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

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.



### 5.1. DOCUMENTAR LAS MEJORAS (EVIDENCIAS).

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.		

<b>Proyecto 2:</b>	
--------------------	--

<b>Proceso en el que se relaciona:</b>
--

	<b>Evidencia</b>	<b>Tipo (física, electrónica, etc.)</b>
<b>1.</b>		
<b>2.</b>		
<b>3.</b>		
<b>4.</b>		
<b>5.</b>		

<b>Proyecto 3:</b>	
--------------------	--

<b>Proceso en el que se relaciona:</b>
--

	<b>Evidencia</b>	<b>Tipo (física, electrónica, etc.)</b>
<b>1.</b>		
<b>2.</b>		
<b>3.</b>		
<b>4.</b>		
<b>5.</b>		

5.2. **Identificar efectos adicionales.** Serán aquellos eventos que se no se tenían previstos dentro de los resultados, y se deberán especificar qué tipo son, como se muestra en la tabla siguiente:

No.	Nombre del Proyecto de mejora.	Proceso que Mejora.	Se alcanzaron efectos positivos adicionales (Describe).
1.			
2.			
3.			

## 6.1 ESTANDARIZAR ACCIONES 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 verificación.	Frecuencia de verificación.	Responsable de verificación.	Resultado de la verificación.
1.					
2.					
3.					

## 6.2 Difundir logros del PMCCS.

Indique los medios para difundir los logros del PMC a todo el personal de salud. (Se deberá anexar documentación, o evidencia fotográfica que compruebe de qué forma se realizó la difusión).

### **6.3 Reconocer el equipo de trabajo que participo en la mejora.**

Describir los reconocimientos que se otorgarán al personal que participe y logre los objetivos planteados en los proyectos de mejora. (Los reconocimientos pueden ser diplomas o constancias de participación, reconocimientos a los mayores logros, días de descanso, publicación en tableros de las fotos de los participantes y sus logros, publicación de artículos, etc.) (Evidencias fotografica de la entrega).

## ANEXO 1

CLUES	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO DE UNIDAD	ESTRATO	CONSULT. MED. GRAL.	CONSULT. MED. ESP.	CONSULT. ODONTO.	TOTAL CONSULT.
QTSSA000830	Santa bárbara	Unidad de Consulta Externa	Urbano	3	0	1	4
QTSSA000842	Los Ángeles	Unidad de Consulta Externa	Urbano	1	0	0	1
QTSSA000854	Joaquín Herrera (La Cueva)	Unidad de Consulta Externa	Rural	2	0	0	2
QTSSA000866	Los Olvera	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	0	2
QTSSA000883	San José de los Olvera	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	0	2
QTSSA003640	Presa de Bravo	Unidad de Consulta Externa	Rural	2	1	1	4
QTSSA012252	La Negreta	Unidad de Consulta Externa	Urbano	4	0	1	5
QTSSA000953	Huimilpan	Unidad de Consulta Externa	Urbano	4	0	1	5
QTSSA000970	Apapataro	Unidad de Consulta Externa	Rural	2	0	1	3
QTSSA000994	Ceja de Bravo	Unidad de Consulta Externa	Rural	1	0	0	1
QTSSA001006	Los Cues	Unidad de Consulta Externa	Rural	1	0	1	2
QTSSA001011	Lagunillas	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	1	3
QTSSA001023	El Milagro	Unidad de Consulta Externa	Rural	1	0	0	1

QTSSA001035	La Noria	Unidad de Consulta Externa	Rural	1	0	0	1
QTSSA001040	San Pedro Huimilpan	Unidad de Consulta Externa	Rural	1	0	0	1
QTSSA003700	Centro de Salud Buenavista	Unidad de Consulta Externa	Rural	2	0	1	3
QTSSA001315	La Cañada	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	1	3
QTSSA001332	Amazcala	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	0	2
QTSSA001344	Atongo	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	0	2
QTSSA001356	San Miguel Lázaro Cárdenas	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	1	3
QTSSA001390	La Griega	Unidad de Consulta Externa	Urbano	1	0	0	1
QTSSA001402	Jesús María	Unidad de Consulta Externa	Urbano	1	0	0	1
QTSSA001426	Palo Alto	Unidad de Consulta Externa	Urbano	1	0	0	1
QTSSA001431	El Paraíso	Unidad de Consulta Externa	Rural	1	0	0	1
QTSSA001933	San Isidro Miranda	Unidad de Consulta Externa	Urbano	1	0	0	1
QTSSA003571	Chichimequillas	Unidad de Consulta Externa	Urbano	4	1	2	7
QTSSA003580	Navajas	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	1	3
QTSSA012643	Alfajayucan	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	1	3

QTSSA012940	La Piedad	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	1	3
QTSSA001793	Jurica	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	0	2
QTSSA001810	Menchaca	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	0	2
QTSSA001822	San Antonio de la Punta	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	0	2
QTSSA001834	San Pablo	Unidad de Consulta Externa	Urbano	3	0	1	4
QTSSA001846	Felipe Carrillo Puerto	Unidad de Consulta Externa	Urbano	3	0	1	4
QTSSA001851	Loma Bonita	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	0	2
QTSSA001904	Jofrito	Unidad de Consulta Externa	Rural	2	0	0	2
QTSSA001916	Montenegro	Unidad de Consulta Externa	Urbano	1	0	0	1
QTSSA001921	Pie de Gallo	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	1	3
QTSSA001945	San José Buenavista	Unidad de Consulta Externa	Rural	2	0	0	2
QTSSA001962	San Miguelito	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	1	3
QTSSA001974	Santa María Magdalena	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	1	3
QTSSA002003	La Solana	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	0	2
QTSSA002015	Tinaja de la Estancia	Unidad de Consulta Externa	Rural	1	0	0	1

QTSSA002020	Tlacote El Bajo	Unidad de Consulta Externa	Urbano	2	0	0	2
QTSSA002522	Lázaro Cárdenas	Unidad de Consulta Externa	Urbano	4	0	1	5
QTSSA002534	San Pedrito Peñuelas	Unidad de Consulta Externa	Urbano	4	0	1	5
QTSSA002703	Menchaca Norte	Unidad de Consulta Externa	Urbano	8	3	2	13
QTSSA003715	La Gotera	Unidad de Consulta Externa	Urbano	3	0	1	4
QTSSA012240	San José El Alto	Unidad de Consulta Externa	Urbano	4	0	1	5
QTSSA012655	Santa Rosa Jauregui	Unidad de Consulta Externa	Urbano	4	0	1	5
QTSSA012923	Satélite	Unidad de Consulta Externa	Urbano	7	1	1	9
QTSSA012976	San Pedro Mártir	Unidad de Consulta Externa	Urbano	4	0	2	6
QTSSA012982	Lomas de Casa Blanca	Unidad de Consulta Externa	Urbano	8	5	2	15
<b>TOTAL JURISDICCIÓN</b>				130	11	32	173