

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD[[1]](#footnote-1)

# Nombre

## PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL PERIODO

*MES / AÑO AL MES/AÑO*

## GESTOR O COORDINADOR DE CALIDAD

(Responsable de supervisar la ejecución del PMCCS)

*Nombre, puesto y firma*

## DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO, JURISDICCIÓN O DELEGACIÓN1

## (Responsable de la autorización de la ejecución del PMCCS)

*Nombre del directivo, puesto y firma*

# **Índice**

## 1. Datos de identificación del Establecimiento de Salud 2. Presentación del Establecimiento de Salud 3. Fase I. Planear el PMCCS

3.1. 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

3.1.2. Características de las áreas de oportunidad o problemas de calidad a mejorar

3.2. Analizar causas de los problemas de calidad a mejorar

3.2.1. Identificar la(s) causa(s) probable(s)

3.2.2. Priorizar los procesos a intervenir con el PMCCS

3.3. Seleccionar los proyectos de mejora que integrarán el PMCCS

3.4. Diseñar el Programa de Ejecución de Acciones

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

4.1. Comunicar el plan de mejora a todo el personal

4.2. Comunicar el plan de mejora a todo el personal

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

4.4. Recolectar los datos generados durante el pilotaje y/o la ejecución del proyecto

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

5.1. Documentar las mejoras (evidencias)

5.2. Identificar efectos adicionales

## 6. Fase IV. Actuar sobre los resultados del PMCCS

6.1. Estandarizar acciones de mejora

6.2. Difundir logros del PMCCS

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

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

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Domicilio |  | | | | | | | Código Postal: | |  |
| Teléfono[[2]](#footnote-2) | |  | | | Correo electrónico el Gestor o Coordinador de Calidad | | |  | | |
| Municipio/Delegación Política | | |  | | | Entidad Federativa | | |  | |
| Jurisdicción o Delegación médica | | | |  | | | CLUES[[3]](#footnote-3) | |  | |

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 de nivel jurisdiccional o subdelegacional, anotar el nombre de las unidades médicas que forman parte del plan.

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

## Características del Establecimiento de Salud (si aplica):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 23 | No. de consultorios de Medicina de Especialidad  No. de camas no censables |  | No. de consultorios de Odontología  No. de Quirófanos |  |
| DSCD |  |  |

No. de consultorios de Medicina General

No. de camas censables

Total del Personal por Profesión:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Enfermeras  Odontólogos |  | Administrativos  Otros |  |
|  |  |  |

Médicos Generales

Médicos

Especialistas

Servicios con los que cuenta el Establecimiento de Salud[[4]](#footnote-4):

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

## 2. Presentación del Establecimiento de Salud

*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):*

1. Fase I. Planear el PMCCS

3.1. Fuentes 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 calidad[[5]](#footnote-5): | Sí/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) | Sí/No | Fecha o periodo de análisis del  documento |
| 12. |  |  |  |
| 13. |  |  |  |
| 14. |  |  |  |

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

*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.*

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Proceso | Fortalezas | Debilidades |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

3.1.2. **Características de las áreas de oportunidad o problemas de calidad a mejorar*6***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dimensión de la calidad a mejorar | Área de oportunidad /  procedimiento de calidad detectado | Evidencias que sustentan al área de oportunidad7 | Efecto que provoca en los usuarios, los  profesionales o la institución | Proceso que afecta |
| Calidad percibida | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| Calidad técnica y seguridad del paciente | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| Calidad de la gestión de la organización | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

3.2.Analizar causas de los problemas de calidad a mejorar

3.2.1.Identificar las causas probables

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

Problema 1

Proceso que afecta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sí/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:*

1. *Identificar claramente el problema, sus características con base en la información disponible y los efectos, aún no se analizan las causas*
2. *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.*

Problema 2

**Proceso que afecta:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sí/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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sí/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 |

*Anotar las causas raíz identificadas para este problema:*

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

Para establecer los problemas que se considerarán prioritarios para intervenir en el PMCCS, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente[[6]](#footnote-6) calificará cada una de sus oportunidades de mejora en los siguientes criterios, en escala del 1 al 5[[7]](#footnote-7):

* **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 [[8]](#footnote-8)***

***(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 queintegrarán el PMCCS

### 

Seleccione al menos 3 problemas[[9]](#footnote-9) principales identificados y con el equipo que realizó el análisis de causas determine las acciones que resuelvan, disminuyan o controlan el problema.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del**  **Proyecto de mejora** | **Proceso en el que se le relaciona** | **Objetivo del**  **proyecto**  **12** | **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. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

3.4. Diseñar el Programa de ejecución de acciones de mejora

**Proyecto 1[[10]](#footnote-10)**

**Proceso que afecta:**



El coordinador de cada proyecto debe preparar un 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, SUG, SESTAD 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.

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Difusión dirigida a[[11]](#footnote-11) | Mecanismo de difusión[[12]](#footnote-12) | 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**

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 involucre 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 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. **Fase III. Verificar los resultados de la mejora**

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:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.** |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 5.1.Documentar las mejoras (evidencias)[[13]](#footnote-13)

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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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**

### 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[[14]](#footnote-14)** | **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 PMCCS a todo el personal de salud.*

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

*Describir los reconocimientos que se otorgarán al personal que participe y logre los objetivos planteados en los proyectos de mejora.[[15]](#footnote-15)*

# **AUTORIDADES**

|  |  |
| --- | --- |
| **DR. JORGE ALCOCER VARELA** | **SECRETARIO DE SALUD** |
|  |  |
| **DR. MARCO CANTERO CORTES**      **DR. JOSÉ LUIS GARCÍA CEJA**        **DR. NILSON AGUSTÍN CONTRERAS**  **CARRETO** | **TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO**      **DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN**  **SALUD**      **DIRECTOR DE MEJORA DE PROCESOS** |
| **MAP CLAUDIA SERRANO TORNEL** | **SUBDIRECTORA DE VINCULACIÓN CIUDADANA** |

**MTRA. MÓNICA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ SUBDIRECTORA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y**

**SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN**

Agradecemos a los Estados de Yucatán, Colima, Estado de México, Tamaulipas y Guerrero por el pilotaje de este documento, así como a los Evaluadores del Premio Nacional de Calidad del Estado de Aguascalientes, al Responsable Estatal de Seguridad del Paciente del Gobierno del Distrito Federal, a la Gestora de Calidad del Hospital Rioverde, S.L.P. y al equipo de Auditores Federales del Departamento de Acreditación de la DGCES.

1. El plan de mejora continua puede aplicar a una unidad médica de 5 núcleos básicos o más, a una jurisdicción o a una delegación. Indicar en este rubro en donde aplicará el PMCCS, así como el nombre del directivo. [↑](#footnote-ref-1)
2. Incluir clave lada(debe ser de 10 dígitos) [↑](#footnote-ref-2)
3. Clave única de establecimientos de salud. [↑](#footnote-ref-3)
4. Mencione los servicios que se otorgan a los usuarios o derechohabientes, en la unidad o unidades médicas que integran el PMCCS [↑](#footnote-ref-4)
5. Estos documentos son enunciativos, no limitativos para el análisis, el establecimiento puede considerar otros documentos o información de apoyo [↑](#footnote-ref-5)
6. COCASEP, o su equivalente institucional [↑](#footnote-ref-6)
7. Solo es un mecanismo para seleccionar los problemas a intervenir de forma inmediata, no significa que los que no son prioritarios no deban resolverse, solo debe establecerse el orden en el que se atenderán [↑](#footnote-ref-7)
8. De doble click en la tabla para registrar los procesos y los valores de riesgo, la priorización se calcula en automático [↑](#footnote-ref-8)
9. 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 [↑](#footnote-ref-9)
10. Realizar un plan de ejecución de acciones para cada proyecto que integre el PMCCS [↑](#footnote-ref-10)
11. Es importante que todo el personal de salud conozca el contenido del PMCCS, la difusión puede ser general, por áreas o utilizando cualquier otro foro o reunión ya establecida en el establecimiento [↑](#footnote-ref-11)
12. Los mecanismos de difusión pueden ser presenciales o virtuales [↑](#footnote-ref-12)
13. Para cada proyecto debe haber evidencias. [↑](#footnote-ref-13)
14. Los métodos de verificación pueden ser: supervisión, estudio de sombra, encuesta, lista de verificación u otros [↑](#footnote-ref-14)
15. 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. [↑](#footnote-ref-15)