Guía para la elaboración del

PLAN DE MEJORA

PARA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

(PMCSP) HOSPITALES

**Guía para elaboración del PLAN DE MEJORA PARA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (PMCSP) HOSPITALES**

Secretaría de Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Marina Nacional No. 60 piso 8, Col. Tacuba Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México

<http://calidad.salud.gob.mx/>

Se autoriza la reproducción parcial o total del contenido de este documento, siempre y cuando se cite la fuente, de la siguiente manera:

Secretaría de Salud, Dirección General de Educación en Salud. Guía para elaboración del PLAN DE MEJORA PARA CULTURA DESEGURIDAD DEL PACIENTE (PMCSP) HOSPITALES

Hecho en México, 2022

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Elaboró** |  |  |
| **Revisó** |  |  |
| **Validó** |  |  |
| **Fecha** |  |  |

CONTENIDO

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Introducción |  |
| 1. Antecedentes y panorama actual |  |
| 1. Descripción por componente 2. Identificación de áreas de oportunidad (debilidades y/o amenazas) |  |
| 1. Objetivo General 2. Objetivos específicos      1. Estrategias 2. Metas e indicadores 3. Cronograma |  |
| 1. Resultados |  |

I INTRODUCCIÓN

|  |
| --- |
| Describa de manera breve la situación general de la Cultura de Seguridad del Paciente y la importancia que tiene la implementación del programa de Seguridad del Paciente en su establecimiento, así como las razones y motivos para realizar el Plan de Mejora para la Cultura de Seguridad del Paciente (PMCSP). Considerar el diagnostico situacional con herramientas como diagrama de Ishikawa o FODA, entre otros. |
|  |

II ANTECEDENTES Y PANORAMA ACTUAL

|  |
| --- |
| * Describa de manera breve la situación en los años 2021, 2022 y actual del programa Seguridad del Paciente en su establecimiento de salud**,** institución o entidad, para identificar de manera general el grado de seguridad del paciente y las principales dimensiones negativas derivadas de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente |
|  |
| III DESCRIPCIÓN POR COMPONENTE |
| **De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación de la encuesta de cultura de seguridad del paciente 2023 y considerando los antecedentes de la misma en su institución, describa brevemente el estado de cada una de los componentes de la encuesta en su establecimiento.** |
| **1. Trabajo en equipo dentro del área o servicio.** |
| * *Apoyo, respeto y solidaridad del personal, para trabajar en situación normal y de sobredemanda.* |
|  |
| 1. **Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes.** |
| * *Retroinformación, capacidad de escucha y grado de interés del jefe o supervisor por la seguridad del paciente.* |
|  |
| 1. **Aprendizaje organizacional para la mejora contínua en la seguridad.** |
| * *Describa de manera general si existe evaluación sobre cultura de seguridad del paciente, identificación de dimensiones negativas, propuestas de mejora y seguimiento en su cumplimiento. Y EVALUACIÓN* |
|  |
| **4. Apoyo de la dirección en la seguridad del paciente.** |
| * *Interés de la Dirección para priorizar y crear un ambiente laboral de seguridad y su actitud reactiva. PROACTIVA* |
|  |
| **5. Percepción general sobre la seguridad del paciente.** |
| * *Prioridad para la seguridad del paciente y la efectividad de los procedimientos.* |
| **6. Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad.** |
| * *Informes de la Dirección sobre errores ocurridos, cambios efectuados y forma de prevenirlos.* |
|  |
| **7. Grado de apertura de la comunicación.** |
| * *Libertad para hablar de riesgos para pacientes, cuestionar decisiones y preguntar sobre lo que no parece estar bien.* |
|  |
| **8. Frecuencia del reporte de incidentes de seguridad.** |
| * *Reporte de errores con o sin potencial para dañar al paciente.* |
|  |
| **9. Trabajo en equipo entre las áreas o servicios.** |
| * *Cooperación y agrado para trabajar y coordinar entre áreas o servicios para mejorar el cuidado de pacientes.* |
|  |
| **10. Personal: Suficiencia, disponibilidad y gestión.** |
| * *Disponibilidad de personal y la forma como se organiza para cuidar a los pacientes.* |
|  |
| **11. Problemas en la transferencia de pacientes o cambios de turno.** |
| * *Pérdida de información y problemas durante los cambios de turno o transferencia de pacientes entre servicios o unidades.* |
|  |
| **12. Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal.** |
| * *Utilización negativa de la información sobre errores y temor a represalias laborales.* |
|  |

**IV- IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS DE OPORTUNIDAD (DEBILIDADES Y/O AMENAZAS):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Con base en los resultados obtenidos en la Evaluación de Cultura de Seguridad del Paciente, describa de manera general la situación de las principales áreas de oportunidad identificadas y sobre las cuales vaya a centrar el desarrollo del Plan de Mejora de su Establecimiento, Entidad o Institución. Puede señalar un número mayor o menor de dimensiones negativas identificadas | | |
|  | | |
| **Dimensión** | **Porcentaje negativo acumulado** | **Áreas de oportunidad** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Descripción general.**  **Nota:** En caso de utilizar otra forma o herramienta(s) para la identificación de las áreas de oportunidad para la mejora, puede agregarla(s) en éste punto. | | |

V. OBJETIVO GENERAL

|  |
| --- |
| * Con base en la identificación y análisis de las áreas de oportunidad, describa el propósito general que se pretende alcanzar al implementar el siguiente PMSP. **(Deberá ser claro, conciso, realista, apuntando a los logros y a tiempos específicos).** |
|  |

VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

|  |
| --- |
| * Describa lo que se pretende realizar para lograr el objetivo general y que permita al mismo tiempo garantizar su ejecución. Los objetivos específicos deben ser claros, congruentes, factibles, medibles por medio de metas e indicadores definidos, **mismos que serán congruentes con el objetivo general, permitiendo su cumplimiento.** |
| * **Nota:** En caso de que defina un número mayor o menor objetivos específicos puede agregar o disminuir el formato. |

**Objetivo específico 1**

|  |
| --- |
|  |

**Objetivo específico 2**

|  |
| --- |
|  |

**Objetivo específico 3**

|  |
| --- |
|  |

1. ESTRATEGIAS

|  |
| --- |
| **(ACCIONES PLANIFICADAS QUE AYUDAN A TOMAR DECISIONES Y A CONSEGUIR LOS MEJORES RESULTADOS).**Describa las actividades que se pretenden realizar para lograr cada objetivo específico, estas deben ser claras y orientadas para cada objetivo específico. |

**Estrategia 1**

|  |
| --- |
|  |

**Estrategia 2**

|  |
| --- |
|  |

**Estrategia 3**

|  |
| --- |
|  |

1. METAS E INDICADORES

|  |  |
| --- | --- |
| **Meta 1** | Asignación del personal para cubrir al 100 las áreas de atención a la salud |
| **Indicador** | |
| Nombre | Porcentaje de personal asignado en todos los turnos de la áreas de atención a la salud hospitalaria |
| Definición | El indicador permite identificar con precisión la medición de personal capacitado en el Hospital |
| Método de cálculo | Número de personal asignado / Numero de personal requerido x 100 |
| Frecuencia de medición | Semestral |

|  |  |
| --- | --- |
| **Meta 2** |  |
| **Indicador** | |
| Nombre |  |
| Definición |  |
| Método de cálculo |  |
| Frecuencia de medición |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Meta3** |  |
| **Indicador** | |
| Nombre |  |
| Definición |  |
| Método de cálculo |  |
| Frecuencia de medición |  |

1. CRONOGRAMA

|  |
| --- |
| * Represente de manera gráfica y ordenada el conjunto de actividades que llevará a cabo en un tiempo estipulado y bajo las condiciones que garanticen el cumplimiento del PMSP-2019, en su establecimiento, entidad o institución. |

|  |
| --- |
| **Cronograma del programa de Seguridad del Paciente 2021-2022**  **Dirección General de Calidad y Educación en Salud** |
| * **Nota:** Se anexa como ejemplo y para consulta. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cronograma de Cultura de Seguridad del Paciente 2021-2022, para el cumplimiento del PMSP** | |
| Institución |  |
| Entidad Federativa |  |
| Nombre del establecimiento, entidad o institución |  |
| * **Nota:** Puede modificar el formato del cronograma, de acuerdo a sus necesidades. Se anexan dos propuestas. Elija la que considere más adecuada. | |

Propuesta 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Área de oportunidad identificada** | **Objetivo específico** | **Estrategia** | **Metas** | **Indicador** | **Responsable** | **Recurso necesario** | **Fecha de cumplimiento**  **Día/mes/año** | **Observaciones** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Propuesta 2

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Área de oportunidad identificada** | **Objetivo específico** | **Responsable** | **Recurso necesario** | **Fecha de cumplimiento**  **Día/mes/año** | **Observaciones** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |

**Propuesta 3.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2021 - 2022** | | | | | | | | | | | | | |
| **ACTIVIDADES** | Responsable | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic |
| 1. Analizar la distribución del personal por turnos y departamentos  2. Asignación organizada del personal de forma correcta. | Recursos Humanos y Jefes de Servicio  Director de la Unidad |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Captura de información de la Encuesta** | Establecimientos de salud |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Análisis de resultados y diseño de plan de mejora 2021-2022** | Establecimientos de salud |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Implementación de Planes de Mejora 2021-2022** | Establecimientos de salud |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. RESULTADOS

|  |
| --- |
| * Resaltar los resultados obtenidos a partir de la implementación de la Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente en años anteriores. * Deben ser logros concretos, observables, evaluables y medibles, con los que se demuestre que se han alcanzado los objetivos definidos en el PMSP. |
| * **Nota:** éste apartado se llena al cumplimiento de objetivos, metas e indicadores y con base al cronograma. |

**Resultado 1**

|  |
| --- |
|  |

**Resultado 2**

|  |
| --- |
|  |