Guía para la elaboración del

PLAN DE MEJORA

PARA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

(PMCSP)

UNIDADES DE ATENCIÓN AMBULATORIA

**Guía para elaboración del PLAN DE MEJORA PARA CULTURA DESEGURIDAD DEL PACIENTE (PMCSP) UNIDADES DE ATENCIÓN AMBULATORIA**

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) UNIDADES DE ATENCIÓN AMBULATORIA

Hecho en México, 2022

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

CONTENIDO

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Introducción
 |  |
| 1. Antecedentes y panorama actual
 |  |
| 1. Descripción por componente

 1. Identificación de áreas de oportunidad
 |   |
| 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. Aspectos relacionados con la seguridad de los pacientes y la calidad** |
| * *Acceso al cuidado médico, disponibilidad de historias clínicas, funcionamiento del equipo médico y pruebas de laboratorio y medicamentos.*
 |
|  |
| 1. **Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales**
 |
| * *Traspaso de información precisa, completa y oportuna con laboratorios, consultorios médicos, farmacias y hospitales*
 |
|  |
| 1. **Trabajo en el establecimiento de salud (Trabajo en equipo).**
 |
| * *Relación de trabajo, con proveedores de atención médica, empleados, grado de apoyo y respeto*
 |
|  |
| **4. Ritmo y carga de trabajo.** |
| * *Cambios en los procedimientos, grado en que existe disposición a cambiar y evitar errores.*
 |
|  |
| **5. Formación del personal.** |
| * *Capacitación a los nuevos empleados ante procedimientos nuevos.*
 |
| ***6.* . Procedimientos establecidos en el centro.*.*** |
| * *Organización del consultorio, verificación del trabajo correcto y estandarizado.*
 |
|  |
| **7. . Comunicación franca.** |
| * *Libertad para hablar y mejorar procedimientos, para expresar otros puntos de vista o cuando algo parece estar mal.*
 |
|  |
| **8. Seguimiento de la atención a los pacientes.** |
| * *Atención a los pacientes para hacer citas, para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.*
 |
|  |
| **9. Comunicación sobre el error.** |
| * *Grado en que los profesionales creen que los errores son considerados en su contra, apertura para hablar sobre algún problema de funcionamiento en el consultorio y reporte de los mismos.*
 |
|  |
| **10. Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente** |
| * *Disponibilidad de recursos para mejorar la calidad, grado en que dejan pasar los errores, y prioridad que se le da al paciente.*
 |
|  |
| **11. Aprendizaje organizacional.** |
| * *Revisión del funcionamiento de los procedimientos, grado en que se busca que los mismos errores no vuelvan a ocurrir.*
 |
|  |
| **12. Percepciones generales sobre la seguridad de los pacientes y la calidad del cuidado.** |
| * *Grado en que se cometen los errores, en que se considera la calidad sobre la cantidad y se previenen.*
 |
|  |
| **13. Calificaciones generales de la seguridad de los pacientes y de la calidad del cuidado.** |
| *Percepción sobre áreas de la calidad del cuidado de la salud: centrado en el paciente, eficaz, oportuno, eficiente y equitativo* |
|  |

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).**
 |
|  |

1. 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

|  |
| --- |
| * Se deberán establecer metas e indicadores para dar seguimiento a la implementación del PMSP, conforme a lo establecido en el objetivo general y específicos. (**Una meta es el fin hacia el que se dirigen los objetivos o los propósitos) – (un indicador es una comparación entre dos o más tipos de datos que sirven para elaborar una medida cuantitativa o una observación cualitativa)**
 |
| **Metas.** Son la expresión cuantitativa de cada uno de los objetivos específicos definidos. Deben ser factibles **y alcanzables,** considerando **tres puntos importantes: recursos humanos, financieros y** los plazos establecidos,  |
| **Indicadores. DEBERÁN CUMPLIR CON LAS SIGUIENTES CARACTERISITCAS: MEDIBLES, ENTENDIBLES Y CONTROLABLES, ACORDE CON LAS METAS ESTABLECIDAS** Definir el indicador que permita medir con claridad los resultados obtenidos de las metas planteadas. |
| * **Nota:** El número de metas e indicadores definidos deben estar estrictamente vinculados con el número de objetivos específicos.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 ambulatoria  |
| Definición  | El indicador permite identificar con precisión la medición de personal capacitado en la unidad |
| 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 2022-2023****Dirección General de Calidad y Educación en Salud** |
| * **Nota:** Se anexa como ejemplo y para consulta.

  |

|  |
| --- |
| **Cronograma de Cultura de Seguridad del Paciente 2022-2023, 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 departamentos2. Asignación organizada del personal de forma correcta.  | Recursos Humanos y Jefes de ServicioDirector 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**

|  |
| --- |
|  |