



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

PLAN DE MEJORA CONTINUA (PMCCS)

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 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
.....

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.



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: Sí No No aplica

Certificado: Sí No No aplica

Domicilio: Código Postal:

Teléfono2: Correo electrónico el Gestor o Coordinador de Calidad:

Municipio/Delegación Política: Entidad Federativa:

Jurisdicción o Delegación médica: CLUES3:

Tipo de Establecimiento de Salud que presenta el PMCCS:

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: _____

² Incluir clave lada (debe ser de 10 dígitos)

³ Clave única de establecimientos de salud



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	

Características del Establecimiento de Salud (si aplica):

No. de consultorios de Medicina General	<input type="text"/>	No. de consultorios de Medicina de Especialidad	<input type="text"/>	No. de consultorios de Odontología	<input type="text"/>
No. de camas censables	<input type="text"/>	No. de camas no censables	<input type="text"/>	No. de Quirófanos	<input type="text"/>
Total del Personal por Profesión:					
Médicos Generales	<input type="text"/>	Enfermeras	<input type="text"/>	Administrativos	<input type="text"/>
Médicos Especialistas	<input type="text"/>	Odontólogos	<input type="text"/>	Otros	<input type="text"/>

Servicios con los que cuenta el Establecimiento de Salud⁴:

1		5	
2		6	
3		7	
4		8	

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



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):

3. 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.



Plan de Mejora Continua (PMCCS)

Fuentes utilizadas para identificar oportunidades de mejora de la calidad 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.		

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



3.1.1. Diagnóstico situacional de la calidad de los servicios

Plasmear 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**

Dimensión de la calidad a mejorar	Área de oportunidad / procedimiento de calidad detectado	Evidencias que sustentan al área de oportunidad ⁷	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:

⁶ Identificar claramente el problema, sus características con base en la información disponible y los efectos, aún no se analizan las causas

⁷ 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		
	Otro:		

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 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 prioridades¹⁰
(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 PMCCS

Seleccione al menos 3 problemas¹¹ 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										

⁸ COCASEP, o su equivalente institucional

⁹ 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

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 mejora

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 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.

¹³ Realizar un plan de ejecución de acciones para cada proyecto que integre el PMCCS



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

Difusión dirigida a ¹⁴	Mecanismo de difusión ¹⁵	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.					

¹⁴ 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

¹⁵ Los mecanismos de difusión pueden ser presenciales o virtuales



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)¹⁶

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.		

¹⁶ Para cada proyecto debe haber evidencias.



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 ¹⁷	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.¹⁸

¹⁷ Los métodos de verificación pueden ser: supervisión, estudio de sombra, encuesta, lista de verificación u otros

¹⁸ 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.



AUTORIDADES

DR. JORGE ALCOGER VARELA

SECRETARIO DE SALUD

DR. MARCO CANTERO CORTES

TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

DR. JOSÉ LUIS GARCÍA CEJA

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DR. NILSON AGUSTÍN CONTRERAS
CARRETO

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.

