

INSTRUCTIVO DE LLENADO PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN SALUD

INTRODUCCIÓN

El propósito de este instructivo es ofrecer una herramienta de planeación a los integrantes del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), para que formulen o actualicen su Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud (PMCCS), el cual debe ser considerado como una estrategia para mejorar de forma continua la calidad de los servicios de salud que ofrecen los Establecimientos de Salud.

El Plan de Mejora Continua se conceptualiza como al conjunto de proyectos planificados, jerarquizados y ordenados en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de salud de un establecimiento médico.

Los proyectos de mejora continua se refieren al conjunto de actividades que se proponen realizar de una manera articulada entre sí, con el fin de producir en determinados servicios, la capacidad de satisfacer necesidades o resolver problemas específicos, dentro de los límites de un presupuesto y de un periodo de tiempo dados y los cuales forman parte del PMCCS.

El objetivo del PMCCS es mejorar los procesos técnico-administrativos de los Establecimientos de Salud, para lograr los estándares de calidad técnica y seguridad del paciente, calidad percibida y de organización de los servicios, mediante la implantación de proyectos de intervención que beneficien la salud de la población.

DESARROLLO DEL CONTENIDO DEL PMCCS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

En este apartado es necesario describir los datos generales del Establecimiento de Salud o en su caso del conjunto de unidades médicas y móviles que se encuentran integradas a la Jurisdicción Sanitaria o Subdelegación Médica, (cuando se trate de un PMCCS a este nivel), describa los servicios con los que cuenta el Establecimiento de Salud, así como el tipo de personal que labora.

2. PRESENTACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

En este apartado es necesario describir las características del Establecimiento de Salud, su historia, infraestructura general y datos sociodemográficos. También es necesario incluir la Misión, Visión y Políticas de Calidad del Establecimiento de Salud. Para ilustrar el enfoque de este apartado; a continuación se describe un ejemplo de un centro de salud localizado en el norte de México:



El Centro de Salud “Lázaro Cárdenas” es una unidad Urbana, de 6 núcleos básicos. La unidad inició sus operaciones en 1992, inicialmente como casa de salud y posteriormente de manera oficial, como centro de salud urbano, a partir de junio del 1997. Esta unidad se encuentra en el Municipio de Piedras Negras, Coahuila, ciudad que es frontera con los Estados Unidos de América. Está ubicada en la Av. Miguel Garza #2607 Col. Lázaro Cárdenas.

El directivo de la unidad es la Dra. Liliana Dávalos Ruiz, la Lic. Minerva Aranda Sanchez es la Administradora del centro de salud, los médicos generales son: el Dr. Antonio Ruiz Balderas y el Dr. Héctor Caballero Sanchez en el turno matutino, el Dr. Juan Ochoa Galindo y la Dra. Emma Palacios Rincón en el turno Vespertino y los fines de semana el Dr. Vicente Arias Hernández y la Dra. Amanda del Río Jiménez; el odontólogo es el Dr. Adrián Barrera Bravo, solo es del turno matutino de lunes a viernes y la Dra. Ana María Candanosa Flores los fines de semana; las enfermeras son la Lic. Juana Amparo Solís Martínez y Antonieta García Muzquiz en el turno matutino; la Lic. Magdalena Santana Quiñonez y Guadalupe Flores Pérez en el turno vespertino, y Mirna Pérez Pérez y Odalia Cantón Valdés en los fines de semana, hay un pasante de odontología, una empleada de servicio de intendencia, Claudia Estrada; así como un miembro de la comunidad que labora voluntariamente como Trabajadora Social y promotora de salud, Eloísa Hernández; 17 miembros en total.

Perfil del personal:

- *Médico: Médico Cirujano y Partero*
- *Odontólogo: Médico Cirujano Dental*
- *Enfermeras: Lic. en Enfermería*
- *Intendencia: escolaridad mínima secundaria*

El nivel educacional promedio es nivel profesional.

La unidad cuenta con una sala de espera, 3 consultorios (2 consultorios médicos y 1 dental), área de vacunas, área de curaciones y toma de Papanicolaou, 2 baños, farmacia, bodega y un cuarto para uso del personal, así como estacionamiento y jardín en los exteriores.

Se ofrecen los servicios de consulta médica, consulta y radiografías dentales, curaciones, aplicación de inyecciones, entrega de métodos de planificación familiar, vacunación y servicio de farmacia.

Datos generales y sociodemográficos de la población a la que proporciona servicios

Tenemos un área de cobertura de 38 colonias aledañas a nuestra unidad. La población tiene un nivel socioeconómico bajo y medio-bajo. Está formada en su mayoría por mujeres que son jefes de familia de los diferentes rangos de edades ya que contamos con grupos de población masculina emigrante y desempleados. Tenemos 5 instituciones educativas en nuestra área de cobertura, con las cuales trabajamos en programas de salud.

La Misión de este centro de Salud es “Somos una Unidad Médica con enfoque integrador y de desarrollo de los servicios de salud que con equidad y transparencia otorga los servicios con calidad y seguridad”.



La visión de este centro de salud es “Somos un centro de salud Urbano prestigiado, exitoso y reconocido por los servicios de salud que otorga a sus usuarios, impulsando los programas y estrategias por la calidad y el trato respetuoso a los usuarios”.

3. FASE I. PLANEAR EL PMCCS

Este apartado es para pensar, preparar y trazar una acción para realizarla en el futuro. Se definen los objetivos de la operación o tarea y los criterios de control (aspectos de control); también se determinan los métodos o procedimientos requeridos para alcanzar los objetivos y se definen las características y datos que se deberán emplear para el control de la operación.

3.1. Definir los principales problemas de calidad

Especificar las fuentes de información que utiliza el Establecimiento de Salud para identificar los problemas de calidad del servicio.

3.1.1. Diagnóstico situacional de la calidad de los servicios

En este paso se debe mostrar la situación actual que guarda el proceso, procedimiento, línea de acción o actividad a mejorar debido a que produce un impacto negativo en la Calidad Percibida, Calidad Técnica y Seguridad del Paciente o en la Calidad de la Gestión en la Organización. El diagnóstico se debe fundamentar en los datos de las fuentes de información que se hayan utilizado, anotando los datos necesarios que permitan visualizar y comprender la situación.

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

Para mejorar algo es necesario conocer el estado actual así como sus causas, efectos y relación con otros factores. Para ello es necesario recolectar datos e información apropiada para caracterizar el problema, considerando lo siguiente:

- El tiempo en que ocurre (día, mes, año, etc.)
- Aspectos circunstanciales que lo favorecen
- Tipo de desviación (ruta, proceso de atención médica, equipamiento, personal, etc.)
- Cómo se manifiesta (satisfacción de los usuarios, eventos adversos, tiempos de espera, surtimiento de medicamentos, reingresos hospitalarios, control de pacientes, etc.)





Ejemplo:

Dimensión de la calidad a mejorar	Área de oportunidad detectada	Evidencias que sustentan el área de oportunidad ¹	Efecto que provoca en los usuarios, los profesionales o la institución	Proceso que afecta
Calidad Percibida	<i>En el buzón de quejas se han incrementado las quejas para el personal del área de..., por mal trato del personal cuando solicitan el servicio</i>	<i>Se tienen registradas 15 quejas de esta área en los últimos 2 meses, sin embargo, no se han tomado acciones al respecto</i>	<i>Insatisfacción de los usuarios, pérdida de la confianza y credibilidad de la unidad médica</i>	<i>Consulta Externa, Atención en Urgencias y en la Atención Quirúrgica</i>
Calidad técnica y seguridad del paciente	<i>Incremento de infecciones postoperatorias</i>	<i>En el registro de la RHOVE se ha identificado un incremento de infecciones postoperatorias del 20% en el área de... con respecto al año anterior En X número de pacientes se consideraron causa de muerte</i>	<i>Prolongación de estancia hospitalaria, daños al paciente. Registro de 2 quejas y 1 demanda</i>	<i>Atención Hospitalaria, Atención en Terapia Intensiva, Atención en Parto y Puerperio</i>
Calidad de la gestión de la organización	<i>Prolongado tiempo de espera para recibir consulta de especialidad</i>	<i>En los consultorios de especialidad se ha detectado en las encuestas que se tiene un máximo de 120 minutos para recibir consulta cuando el paciente tiene cita previa Para pacientes sin cita, se tienen registrados usuarios que esperan hasta 240 minutos desde que se les otorga la ficha de atención</i>	<i>Insatisfacción de los usuarios, que provoca una mala relación entre médico-paciente Desgaste de los profesionales de la salud Saturación de los servicios Reprogramación de consultas</i>	<i>Consulta ambulatoria de especialidades</i>

¹ 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. Analizar causas de los problemas de calidad a mejorar

Consiste en utilizar y analizar la información disponible para identificar la causa-raíz del problema(s), analizar la información y señalar la(s) causa(s) raíz (factor o factores que, si se corrigen o eliminan, impedirán la recurrencia del problema de calidad).

3.2.1. Identificar las causas probables

En este apartado es necesario identificar las causas raíz de los problemas a mejorar, utilizando herramientas gerenciales de calidad que permitan tener una visión general y exacta de los factores que están interviniendo. Puede seleccionar una o varias herramientas para identificar las causas raíz de cada problema. Se sugiere la siguiente página web donde se dan a conocer estas herramientas: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dhg.html>

3.2.2. Priorizar los procesos a intervenir con el PMCCS

En esta fase, se deberán determinar los procesos o problemas de calidad que se van a intervenir para buscar una mejora. Este paso es muy importante para decidir qué se va a intervenir e incluye el análisis detallado de los Factores Críticos de Éxito de la organización que impactan en los resultados, centrados en mayor satisfacción para el usuario. Por otro lado, para establecer un proceso de priorización, es importante considerar el factor económico, que aún en escenarios de mayor trascendencia, los recursos siempre son limitados. En ese orden de ideas, el sentido de la priorización es el de concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos del cambio de las condiciones existentes y pueda obtenerse un mayor beneficio.

3.3. Seleccionar los proyectos de mejora que integrarán el PMCCS

En este apartado es importante tener en cuenta la efectividad, factibilidad, factor tiempo, orientación al cliente y eficacia que nos lleven a solucionar realmente el problema de calidad identificado o mejorar el proceso seleccionado.

3.4. Diseñar el Programa de Ejecución de Acciones

Este apartado muestra la metodología que se llevará a cabo para la resolución del problema, considerando cada formato por problema.

4. FASE II. EJECUCIÓN DE ACCIONES (HACER)

Consiste en llevar a cabo la prueba de eficacia efectuando las medidas correctivas (manos a la obra) propuestas para solucionar el problema (por medio de acciones), en una



primera instancia "piloteándolas" y posteriormente conforme a los resultados implantándolas.

4.1. Comunicar el plan de mejora a todo el personal

Consiste en asegurarse de que todo el personal de salud del establecimiento que intervenga en la ejecución de las acciones, conozca qué tienen que hacer y cómo lo tiene que hacer; para ello se recomienda:

- Comunicar a todos los involucrados lo que se hará y por qué se hará, todo ello en sesión ordinaria del COCASEP, para que comuniquen las acciones por realizar al personal de cada área del Establecimiento de Salud.
- Proporcionar educación y entrenamiento. Es necesario entrenar a todas las personas que van a intervenir para que sepan cómo hacerlo y en qué momento, en cada uno de los servicios involucrados.

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

En algunas ocasiones es necesario y factible realizar pruebas piloto del proyecto a ejecutar, lo cual ayuda a validar la elección de las acciones seleccionadas para lograr la mejora del proceso o problema de calidad identificado. Si ese es el caso, en esta sección anote los detalles del pilotaje.

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

En este apartado es necesario identificar la forma en que se van a recolectar los datos, algunos pueden ser a través de un registro, en un formato de "check list" de puntos de revisión o estableciendo un control de documentos, control operativo y recolección de datos que se generen durante la implementación de las acciones.

Es importante establecer puntos de control (revisión) para lograr los resultados deseados. Los puntos de control permiten revisar y en su caso decidir regresar a pasos anteriores (hasta donde sea necesario), ajustar lo planeado y continuar, para alcanzar al 100% la (s) meta (s) determinada(s).

5. FASE III. VERIFICAR LOS RESULTADOS DE LA MEJORA

Aquí se corrobora el logro de los resultados del proyecto de mejora y se evalúa y confirma cada una de sus operaciones. Este punto se relaciona con el 3.3 y se retoman parte de los datos de ese apartado.



5.1. Documentar las mejoras (evidencias)

En este apartado es necesario describir, por proyecto, las evidencias de mejora que arrojaron los resultados, ya sean gráficos, tablas, fotografías o videos. Ponerles un número secuencial y denominarlos como “anexos”.

5.2. Identificar efectos adicionales

Describir ganancias o efectos colaterales importantes que hayan ocurrido durante la ejecución del proyecto.

Ejemplo: es probable que el proyecto tenga efectos positivos en términos de ahorro en gastos, ocupación de camas, reducción de complicaciones en pacientes, etc.

6. FASE IV. ACTUAR SOBRE LOS RESULTADOS DEL PMCCS

Este punto se refiere a las medidas tomadas con base en los resultados obtenidos en el proyecto. Las medidas pueden ser muy diversas.

Ejemplo:

- a) *Adoptar medidas remediabiles si alguna operación de los procesos de atención médica se desvía de los estándares establecidos.*
- b) *Analizar, identificar y eliminar las causas de resultados anormales.*
- c) *Adoptar medidas para que no se repita el problema de calidad en el futuro, por las mismas causas o que no se repita en otros Establecimientos de Salud.*
- d) *Adoptar medidas para mejorar el proceso completo de control de la atención médica.*

6.1. Estandarizar acciones de mejora

Los procedimientos o acciones que obtuvieron buenos resultados deberán ser unificados respecto a un modelo o norma común (estandarizar), ya sea en otros servicios o incluso en otros Establecimientos de Salud. Dentro del proceso, se deberá implantar un programa de capacitación continua que permita homogenizar conocimientos y formas de trabajar que se generan por la constante dinámica de mejora.

6.2. Difundir logros del PMCCS



Este punto es sumamente necesario ya que ayudará a difundir los logros y avances obtenidos, con el fin de hacer partícipes a todos de dichos logros, contribuyendo a mejorar las formas de hacer las cosas y al uso eficiente de recursos en la realización de las tareas especializadas y cotidianas. Todo ello contribuye a generar una nueva forma de pensamiento, inculcando el pensamiento innovador, haciendo mayor conciencia en la cultura de la Mejora Continua, de los valores del Establecimiento de Salud y dejando latente la necesidad en las personas de conocer más mediante un ciclo de mejora continua.

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

Es muy importante que los Establecimientos de Salud impulsen la implantación de un sistema de rendición de cuentas y de reconocimiento a los Profesionales de la Salud que se esforzaron por mejorar los servicios de salud de su área de trabajo, para así promover una cultura basada en la mejora continua y la creación de valor para los usuarios, el personal y la sociedad.

