

Nombre del alumno:

Sandy Daomey Camposeco Ross

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Silvestre Castillo.

Maestría:

Enfermería

Materia:

Calidad en los servicios de enfermería

Nombre del trabajo:

Proyecto de mejora continua
“calidad y seguridad del paciente”

Fra. Comalapa 13 de junio del 2020.

PROYECTO DE MEJORA CONTINUA PARA LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN H.B.C. FRA. COMALPA

INTRODUCCION

Uno de los elementos estratégicos para lograr la transformación y mejora de los sistemas sanitarios es la gestión de calidad, lo cual implica diversos abordajes ya que pueden existir significados de calidad distintos para los pacientes y familiares, el personal de salud y los gestores, que confluyen en el mismo fin, la satisfacción de sus necesidades y expectativas.

La calidad debe ser entendida como una apuesta irrenunciable y firme de un sistema de salud orientado al usuario interno y externo; por lo que el presente programa para la mejora continua y seguridad del paciente pretende ser un elemento de continuidad de la gestión de riesgos; así como, el abordaje de nuevos retos para asegurar la persistencia de la mejora continua y mantener los estándares de calidad alcanzados.

Considerando los diversos significados que puede representar la calidad; el H.B.C. de Frontera Comalapa, centrando al paciente y su seguridad como el eje principal de la calidad de la atención, además de la seguridad del personal y de los diferentes usuarios. Es importante identificar los riesgos y problemas, analizarlos, priorizarlos e implementar las estrategias de mejora pertinentes considerando los procesos sustantivos con especial énfasis en los procesos de atención. Para ello, es indispensable contar con la participación activa de los diferentes integrantes del equipo de salud involucrado en dichos procesos.

Con el objetivo de facilitar la gestión de riesgos el modelo de calidad del H.B.C. se encuentra dividido en los siguientes apartados:

- Acciones básicas para la seguridad del paciente: procesos sistémicos y multidisciplinarios con la integración de metas y acciones esenciales para la seguridad del paciente.
- Sistemas críticos: integración multidisciplinar y sistémica de procesos indispensables y prioritarios para el funcionamiento oportuno, seguro y con calidad del instituto, lo cual incluye:
 - Manejo y Uso de Medicamentos – Prevención y Control de Infecciones – Gestión y Seguridad de las Instalaciones – Capacitación y Competencias del Personal

- Procesos centrados en el paciente: Estandarización de procesos multidisciplinarios con enfoque sistémico para disminuir la variabilidad en la atención y garantizar la calidad en todo momento. Programa para la Mejora Continua de la Calidad y Seguridad del Paciente

- Procesos centrados en la gestión: Estandarización de procesos apegados a la normatividad vigente; así como, a la misión Institucional con la finalidad de garantizar la disponibilidad, continuidad, funcionalidad, oportunidad y calidad de los servicios que proporciona.

En el presente Programa para la Mejora Continua de la Calidad y Seguridad del Paciente, se establecen las directrices para garantizar que en el H.B.C se otorgue una atención segura y de calidad, considerando la seguridad de familiares, visitantes y del personal Institucional a partir de una metodología proactiva de gestión de riesgos.

1. Identificar riesgos y problemas.
2. Priorizar la criticidad de los riesgos y problemas.
3. Establecer acciones o barreras de seguridad con el propósito de disminuir la probabilidad de ocurrencia o minimizar el impacto.
4. Crear mecanismos de control para evaluar la pertinencia de las barreras de seguridad o medidas adoptadas que fundamenten la toma de decisiones.
5. Realimentar de manera cíclica el proceso de mejora continua.

OBJETIVO GENERAL

Apoyar en el análisis de prioridades, planificación, evaluación y gestión de las diferentes acciones o programas incluidos en el presente Programa para la Mejora Continua de Calidad y Seguridad del Paciente en el H.BC.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Desarrollar las capacidades de adaptación e innovación del H.B.C, sus servicios, y su personal, orientados a una mejora de la calidad asistencial, docente e investigativa.

Promover la evaluación institucional de calidad tanto en el ámbito de la asistencia como en el de la enseñanza y la investigación; contribuyendo así, a la potenciación de una cultura de calidad, auto reflexivo mediante la medición de indicadores y auditorías internas.

Reportar y dar seguimiento a las situaciones extraordinarias que pongan en riesgo la seguridad del paciente y/o del personal y que se encuentren impactados por la insuficiencia de recursos materiales y humanos que impidan la consolidación de los puntos fuertes detectados en los distintos informes y la corrección de los puntos débiles mediante las acciones estratégicas adecuadas. Optimizar el uso de información disponible para la toma de decisiones respecto a la calidad en la atención.

IDENTIFICACION DEL AREA DE MEJORA

Los hospitales básicos comunitarios se han constituido en un eslabón importante dentro de la red de servicios que ha logrado ampliar la Secretaría de Salud de Chiapas, pues anualmente estas unidades médicas proporcionan cinco mil consultas, atienden 500 nacimientos y practican 200 cirugías, en promedio. Esta capacidad resolutive de los hospitales básicos comunitarios ha permitido reforzar el trabajo de las unidades médicas primarias (centros de salud microrregionales y centros de salud con servicios ampliados) que se ubican en localidades con dispersión poblacional. El principal objetivo de un hospital básico comunitario es disminuir la mortalidad materna e infantil, así como ofrecer servicios médicos con calidad y eficiencia a la población usuaria; su cobertura de atención es de hasta 30 mil habitantes

La cartera de servicios que ofrece un hospital básico comunitario incluye: consulta externa, atención de partos, cirugía de baja y mediana complejidad, ultrasonido, laboratorio, hospitalización, farmacia, cuenta con área de gobierno y servicios generales. En el presente trabajo nos enfocaremos en el H.B.C. de frontera Comalpa.

<p>Fortalezas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento nacional e internacional del Modelo de Calidad del Instituto. 2. Involucramiento de las diferentes Direcciones para la implementación del Modelo. 3. Certificación y acreditación por instancias nacionales. 4. Seguro popular como fuente de financiamiento como resultado de las acreditaciones. 5. Manual de políticas institucionales de calidad y seguridad de la atención. 6. Participación activa del responsable de la Unidad de Calidad como Auditor Líder del Consejo de Salubridad General. 7. Capital humano capacitado en aspectos de calidad y seguridad de la atención. 8. Círculos de calidad integrados de forma multidisciplinaria y sensibilizada en aspectos de calidad y seguridad del paciente y mejora continua (16 equipos). 9. Procedimientos críticos con enfoque multidisciplinario. 10. Involucramiento de la Dirección para la capacitación del personal clínico y no clínico en aspectos de calidad y seguridad. 11. Programa de Promotores de Calidad integrado por personal operativo del hospital

<p>Debilidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capital humano insuficiente para la estructura funcional de la Unidad de Calidad. 2. Relación sindico-laboral inestable. 3. Falta de voluntad política para la realización de cambios radicales. 4. Involucramiento y compromiso parcial de los mandos medios en la disseminación de una cultura de calidad y seguridad 5. Ausencia de publicaciones relacionadas con la calidad de la atención. 6. Desabasto de insumos que puede condicionar retraso en la atención. 7. Capacidad de respuesta rebasada en la actualización y optimización de procedimientos. 8. Bajo involucramiento de pacientes y familiares en el autocuidado y acatamiento de políticas de calidad. 9. Bajo interés del personal en la formación sobre aspectos de calidad. 10. Falta de planeación de cursos específicos de calidad para todo el personal del instituto. 11. Falta de recursos económicos propios para la realización de proyectos de innovación y mejora de la calidad. 12. Bajo involucramiento del personal en la mística, valores humanísticos y sociales de la atención. 13. Infraestructura insuficiente para dar respuesta a la sobredemanda de servicios asistenciales.

<p>Oportunidades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Participación activa de los integrantes del COCASEP en el desarrollo de las funciones y responsabilidades de dicho comité. 2. Innovación en procesos para la seguridad del paciente. 3. Implementación de procedimientos con enfoque multidisciplinario y sistémico. 4. Promover la investigación respecto a la seguridad del paciente. 5. Identificar fuentes externas de financiamiento para proyectos en materia de calidad y seguridad del paciente. 6. Adherirse a programas internacionales en materia de calidad y seguridad del paciente. 7. Asesorías y acompañamiento del CSG para la implementación del modelo en el Instituto.

<p>Amenazas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Condición económica nacional que ha derivado en recortes presupuestales importantes. 2. Sobrerregulación y solicitud de información por distintas dependencias externas. 3. Incremento en la demanda de atención. 4. Deterioro importante y mayor comorbilidad de la población que se atiende en el H.B.C. 5. Falta de integración de un sistema de referencia y contrareferencia en el sector salud que atiende población abierta.

ACCIONES O ESTRATEGIAS DE MEJORA

Como resultado del análisis FODA y la evaluación de riesgos y problemas se identifica como principal fortaleza del hospital su capital humano, cuya participación activa ha permitido que el Instituto obtenga el reconocimiento de las autoridades del Sector Salud concretadas en las diversas certificaciones y acreditaciones vigentes.

El mismo capital humano representa la oportunidad para la optimización e innovación de procesos enfocados a la seguridad del paciente con enfoque sistémico y multidisciplinar.

Una de las principales debilidades identificadas en el análisis FODA es la infraestructura insuficiente para dar respuesta a la sobredemanda de servicios asistenciales, aunado a la amenaza que representan los recortes presupuestales por la condición económica actual y su repercusión en el impacto directo de la atención al paciente.

Lo anterior conlleva a la necesidad de optimizar los recursos disponibles y eficientar los procesos para adecuarlos a las condiciones actuales.

ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN

Para dar respuesta al análisis FODA y la evaluación integral de riesgos y problemas se definen las siguientes estrategias y líneas de acción para el programa de trabajo 2020.

El Programa para la Mejora Continua de la Calidad y Seguridad del Paciente se estructura mediante 8 grandes estrategias de actuación:

1. Empoderar al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente como órgano rector de la Cultura de Calidad Institucional.
2. Desarrollar e implantar una cultura de atención a la salud con calidad y seguridad, a partir del Modelo de Calidad Institucional que tiene como base los propuestos por la Secretaría de Salud, que permita obtener el reconocimiento de las diferentes entidades certificadoras y

acreditadoras del país. 3. Utilizar la gestión de riesgos como un proceso sistemático para evaluar, implementar y dar seguimiento al plan de mejora continua.

4. Impulsar la implementación de prácticas basadas en la evidencia científica; así como, estandarizar procesos con enfoque sistémico y multidisciplinar que aporten valor a los mismos.

5. Consolidar el proceso de Reporte y Seguimiento de Eventos Adversos.

6. Seguimiento y control de las estrategias y líneas de acción de mejora mediante la realización de auditorías internas y el desarrollo de indicadores.

7. Consolidar el mecanismo Institucional para dar atención a la Evaluación de la Calidad Percibida.

8. Promover la actualización de políticas y procedimientos alineados a directrices de calidad y seguridad del paciente y el personal

Líneas de acción

Reforzar el involucramiento de los directivos y mandos medios en el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad.

Solicitar a los Jefes de Departamento, área o servicio que colaboren activamente en la disseminación en cascada de una cultura de calidad y seguridad.

Realizar campañas de sensibilización en materia de calidad y seguridad a los pacientes, familiares, personal, proveedores y visitantes en general.

Colaborar con el Consejo de Salubridad General la impartición de cursos relativos al Modelo del Consejo de Salubridad General para la atención en salud con calidad y seguridad.

Implementar las Soluciones Prácticas para la Seguridad del Paciente (APPS) de los compromisos adquiridos por el hospital específicamente las relacionadas con cultura de calidad y errores de medicación; sensibilizando al personal mediante la difusión de los videos de testimonios de pacientes y/o familiares que han experimentado un incidente relacionado con la atención en salud.

Promover la participación de Directivos, mandos medios, integrantes de Círculos de Calidad, Promotores de Calidad y personal en general en foros, cursos, talleres relacionados con la calidad y seguridad.

Realizar al menos un curso de difusión y capacitación sobre el Modelo de Calidad Institucional; por parte de la Unidad de Calidad.

Actualizar y difundir el Manual de políticas de Calidad y Seguridad Institucional.

Coordinar y/o asesorar a los Círculos de Calidad en la elaboración, implementación y seguimiento de sus planes de trabajo.

Participar en los comités o subcomités en materia de calidad y seguridad.

Dar seguimiento al programa de promotores de calidad con la participación activa de todo el personal, en materia de calidad y seguridad.

Conclusión

Con un diagnóstico situacional de salud y más en cuanto a calidad en salud que fue el tema elegido en este proyecto, se pueden obtener muchos datos que nos permitan identificar áreas de oportunidades básicas como son las propias necesidades de los pacientes y la de los servicios de salud que es donde hay más deficiencias y que para poder mejorar las primeras es necesario que se corrijan las segundas.

El personal de salud de cualquier unidad de salud debe estar debidamente capacitado y conocer la parte administrativa de la operatividad de los programas de calidad para el paciente con el único fin de que se dé seguimiento puntual a las metas, objetivos e indicadores que se marquen en cualquier nivel y mejorar la atención del paciente.

Bibliografías

Badía A., Bellido S. Técnicas para Gestión de la Calidad. Ed.Tecnos,S.A. Madrid. 1999

Badía, X, del Llano J. Investigación en resultados de salud. Medicina Clínica. 2000. Vol 114 (3):

1-7. Carrasco Genis, Polo Carmen, Humet Carlos, Cot Roser, Fornaguera, Fernández Dolors, Duch Maria, Mas Lourdes, Tord de Llu, Pelaez Juan C.,

Lopez-Vialde. Los costes de la Calidad como instrumento para evaluar los programas de calidad desde la gestión. Rev. Calidad Asistencial. 2000 Junio Vol 15. nº 5. Consejería de Salud. Glosario de términos del Plan de Calidad. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan Andaluz de Salud 1999.