AMOR·SCIENTIA·QVE·INSERVIANT·CORDI

MEXICO

INSTITVTO·N·DE CARDIOLOGIA IGNACIO·CHAVEZ

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

CERTIFICADO

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

PROGRAMA PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE 2018

UNIDAD DE CALIDAD

Patient Safety
MOVEMENT
zero preventable deaths by 2020

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 2

2. UNIDAD DE CALIDAD 5

3. COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (COCASEP) 8

4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL 10

5. ANALISIS FODA 13

6. ESTRATEGIAS Y LÍNEAS DE ACCIÓN 15

7. CIRCULOS DE CALIDAD 21

1. INTRODUCCIÓN

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 Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, a partir de la Unidad de Calidad, se encuentra en la implementación de un Modelo de Calidad Institucional que toma como base el propuesto por el Consejo de Salubridad General, 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. El Instituto aplica la metodología de Gestión de Riesgos, para 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, desde el nivel gerencial hasta el operativo.

Con el objetivo de facilitar la gestión de riesgos el modelo de calidad del instituto se encuentra divido en los siguientes apartados:

- **Acciones básicas para la seguridad del paciente:** procesos sistémicos y multidisciplinarios con la integración de metas internacionales 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.

- **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.

Así mismo, se integran al programa de mejora los riesgos y problemas identificados a través de los resultados obtenidos de las auditorias de barreras de seguridad, los diferentes sistemas críticos, atención centrada en el paciente, gestión de la organización, el sistema de reporte y seguimiento de eventos adversos, el sistema de atención de comentarios, sugerencias y felicitaciones y el aval ciudadano, entre otros mecanismos de obtención de información (Figura 1).

De tal manera que la participación activa y multidisciplinar permita la actualización de la matriz de riesgos y problemas del Instituto, el análisis integral y el establecimiento de acciones de mejora con enfoque proactivo para los riesgos y de ser necesario reaccionar con mayor prontitud ante las problemáticas identificadas. Para ello, los diferentes Círculos de Calidad en coordinación con la Unidad de Calidad realizan la actualización de la matriz de riesgos para ser presentada ante el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) para el análisis de la evaluación integral de riesgos y problemas, priorización de las situaciones identificadas y aprobación de las líneas de acción específicas.

Una vez analizados y priorizados los riesgos y problemas; el COCASEP determina el proceso de atención crítico o con mayor variabilidad a fin de implementar acciones que minimicen los riesgos, a partir de la estandarización del proceso con base en las mejores prácticas. Además, para dar respuesta al enfoque proactivo, se identifica también el proceso de riesgo que es necesario rediseñar, mediante la aplicación de una herramienta de calidad, específicamente el Análisis de Modo y Efecto de Fallas (AMEF).

En el presente Programa para la Mejora Continua de la Calidad y Seguridad del Paciente, se establecen las directrices para garantizar que en el Instituto 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, la cual consiste en:

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.

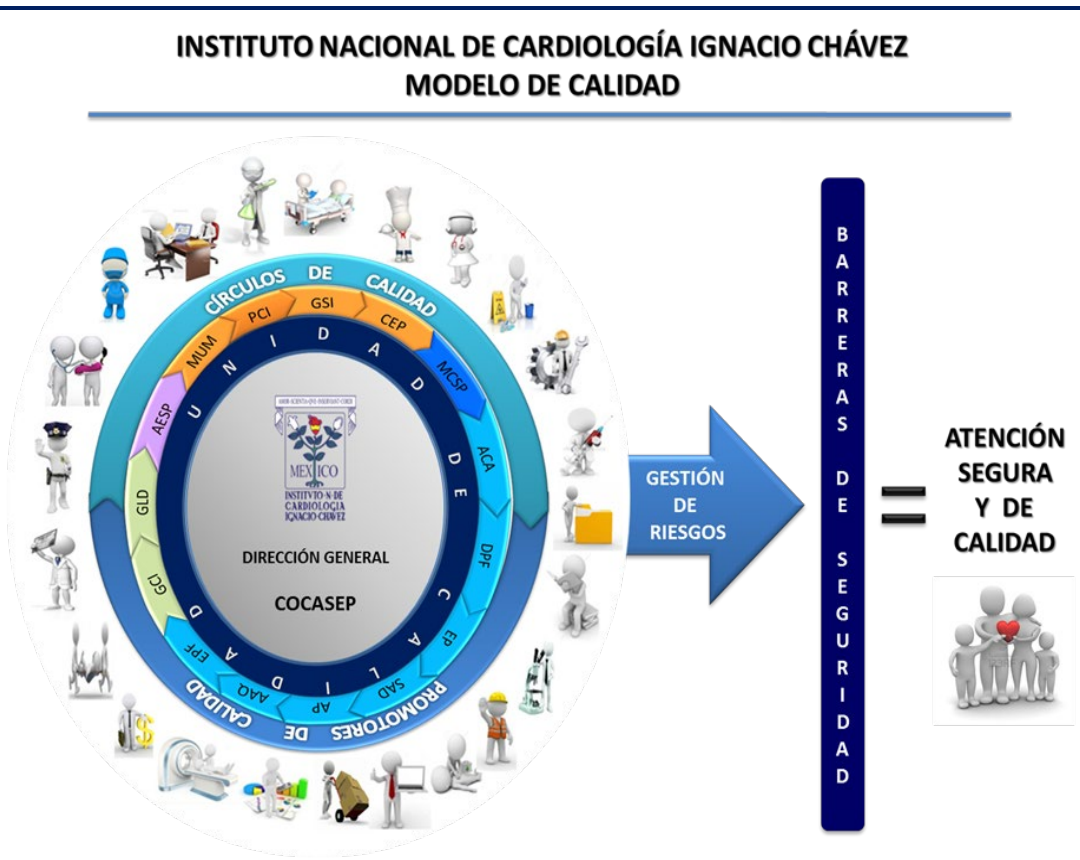

Figura 1: Esquema del Modelo de Calidad Institucional.

2. UNIDAD DE CALIDAD

La Unidad de Calidad es un órgano técnico que depende de manera directa de la Dirección General y trabaja de forma coordinada con el COCASEP; la cual fue creada para potenciar la calidad en todas las actividades que se desarrollen en el ámbito de su competencia.

Grupo Líder

Mtra. Monserrat Puntunet Bates
Lic. Cleotilde de la Cruz Martínez
Mtro. Ángel Iván González Hernández
C. José Guadalupe Zamora Apanecatl
Mtra. Ma. del Rosario Vázquez Larios

Misión

La misión de la Unidad de Calidad es planificar, coordinar y evaluar el modelo de gestión de calidad Institucional, para consolidar la mejora continua en los procesos de calidad y seguridad del paciente y sus familiares, visitantes y personal del instituto.

Visión

Continuar siendo el órgano técnico de apoyo para la toma de decisiones de la Dirección del Instituto en políticas de calidad aplicables en materia de salud.

Marco Normativo

- Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
- Instrucción 118/2008–DGCES.-Funciones de los gestores de calidad en los establecimientos de salud.
- Instrucción 171/ 2009 - DGCES.- Composición y funciones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) en las unidades prestadoras de salud.
- Modelo de seguridad del paciente del Consejo de Salubridad General. Estándares para Implementar el Modelo en Hospitales 2015. Tercera edición CSG.
- Modelo de Gestión de Calidad en Salud 2016 (DGCES).
- ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.
- Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente dentro del Modelo de Seguridad del Paciente del CSG.
- Instructivo de llenado del Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud (DGCES).
- Manual para la acreditación de establecimientos y servicios de atención médica (DGCES).
- Programa de Trabajo 2017 del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.
- Programa para la Mejora Continua de Calidad 2017.
- Plan de Calidad y Seguridad del Paciente 2015/ 2016 (formato del CSG).
- Acuerdo por el que se emiten las reglas de operación del programa calidad en la atención médica, para el ejercicio fiscal 2017.

Funciones

- Difundir el Modelo de Calidad Institucional con enfoque sistémico y multidisciplinar, acorde a los lineamientos definidos por las entidades acreditadoras y certificadoras.
- Coordinar la logística de los procesos de acreditación y certificación de las diferentes entidades responsables del Sector Salud.
- Participar en la elaboración y seguimiento del Programa de Calidad anual.
- Participar en los diferentes comités o subcomités que emanan del seno del COCASEP.
- Coordinar la aplicación de la Gestión de riesgos como herramienta para identificar la probable ocurrencia e impacto de eventos, tanto internos como externos, que afecten el funcionamiento de los servicios que presta el Instituto y definir estrategias para su prevención, mitigación y/o corrección.
- Promover la integración de Círculos de Calidad y coordinar las actividades asignadas.
- Colaborar en el diseño y rediseño de procesos y/o servicios.
- Impulsar la retroalimentación y autoevaluación en todos los procesos relativos a la calidad y seguridad del paciente mediante auditorías internas, indicadores y procesos de control.
- Fomentar con los servicios ambulatorios y hospitalarios la participación del usuario en relación a la calidad percibida, para fortalecer la toma de decisiones.
- Impulsar la cultura participativa entre profesionales de la salud y el paciente como mecanismo de reingeniería y simplificación de procesos con impacto positivo en el autocuidado de la población que se atiende en el Instituto.
- Participar y promover la formación de todo el personal en materia de calidad y seguridad del paciente; así como de mejora continua.
- Integrar y proporcionar la información referente a indicadores de calidad que soliciten las autoridades institucionales

3. COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (COCASEP)

El COCASEP en el Instituto, es el órgano rector en materia de calidad, que apoya a la Dirección General 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.

Objetivos

Desarrollar las capacidades de adaptación e innovación del Instituto, 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 reflexiva 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.

Situación actual

En el Instituto se constituyó formalmente el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) el 24 de marzo de 2010, con fundamento en la Instrucción 171/2009, como una figura obligada para conducir la calidad en todas las organizaciones de salud, como un espacio técnico consultivo con participación multidisciplinar, lo que permite la revisión, análisis, aprobación, integración y control de las propuestas de mejora continua que se desarrollan dentro del Instituto. Se actualizó el acta constitutiva el 14 de diciembre del 2016, a la fecha, las sesiones del COCASEP se realizan mensualmente a la par de las reuniones del Consejo Técnico de Administración y Programación.

Para el desarrollo de las reuniones, se debe contar con el quórum necesario y elaborarse por cada reunión una minuta que contenga por lo menos:

- Breve resumen de los temas tratados.
- Planes de acción, el responsable de realizarlos y las fechas compromiso.
- Acuerdos y seguimientos.

Es responsabilidad del COCASEP elaborar el informe anual con el objetivo de conocer los resultados obtenidos, la toma de decisiones para el seguimiento de proyectos prioritarios y el impacto en los procesos de mejora continua de la calidad

4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez contribuye de manera activa en el proceso asistencial de la población mexicana con alteraciones cardiovasculares, favoreciendo en especial a pacientes de escasos recursos económicos.

Incide directamente en la generación de evidencia científica, la formación de capital humano especializado y la asistencia a la población con alguna cardiopatía.

Alineación con las prioridades Nacionales, Sectoriales e Institucionales.

En el presente Programa de trabajo para la Mejora Continua, convergen elementos incluidos en el Programa Nacional de Salud (PNS) y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA), los cuales a través de sus objetivos y líneas de acción específicas resultan de especial interés para las políticas públicas en materia de salud

Alineación al Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y los objetivos al plan de trabajo del INCar

Meta Nacional	Objetivo de la meta nacional	Estrategias del objetivo de la meta nacional	Objetivos del PROSESA	Objetivos del Programa INCar	Objetivos de la Unidadde Calidad
México Incluyente	2.3Asegurarelacceso a los servicios de salud.	2.3.2 Hacer de las acciones de protección promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud 2.3.3 Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad	1. Consolidar las Acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. 3. Reducir los riesgos que afectan la salud dela población en cualquier actividad de su vida.	Garantizar la excelencia en los procesos de asistencia médica de alta especialidad para preservar la salud cardiovascular y ramas afines.	Fortalecer en el Instituto la cultura de calidad y seguridad, tanto para el paciente, su familia, los trabajadores y la propia estructura institucional. Cumplir y hacer cumplir las políticas institucionales de calidad.
México Incluyente	2.3 Asegurare el acceso a los servicios de salud.	2.3.4Garantizarelaccesoefectivoa servicios de salud de calidad.	2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.	Consolidar la gestión de calidad institucional.	Implementar como herramienta de trabajo la gestión de riesgo sque permita la optimización de los procesos de atención, seguros, oportunos y de calidad.
México con educación de calidad	3.1Desarrollar el potencial humano delos mexicanos con educación de calidad.	3.1.3Garantizar que los planes y programas de estudio sean pertinentes y contribuyan a que los estudiantes puedan avanzar exitosamente en su trayectoria educativa, al tiempo que desarrollen aprendizaje significativo y competencias que les sirvan a lo largo de su vida.		Garantizar la formación integral de recursos humanos, con alta especialidad en cardiología y ramas afines.	Incluir dentro de la formación de capital humano aspectos de calidad y seguridad de la atención.

Alineación al Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y los objetivos al plan de trabajo del INCar

Meta Nacional	Objetivo de la meta nacional	Estrategias del objetivo de la meta nacional	Objetivos del PROSESA	Objetivos del Programa INCar	Objetivos de la Unidad de Calidad
México con educación de calidad	3.5 Hacer del desarrollo científico, tecnológico y la innovación, pilares para el progreso económico y social sostenible.	3.5.2Contribuiralaformacióny fortalecimiento del capital humano de alto nivel. 3.5.3Impulsarel desarrollo de las vocaciones y capacidades científicas, tecnológicas y de innovación locales, para fortalecer el desarrollo regional sustentable e incluyente. 3.5.4Contribuirala transferencia y aprovechamiento del conocimiento, vinculando a las instituciones de educación superior y los centros de investigación con los sectores público, social y privado. 3.5.5Contribuiral fortalecimiento de la infraestructura científica y tecnológica del país.		Fomentar la cultura de investigación científica en cardiología y ramas afines	Reforzar la implementación de mejores prácticas, sobre todo en aquellos procesos que se han identificado con áreas de oportunidad.

5. ANÁLISIS FODA

Fortalezas	***Debilidades***
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. Círculosdecalidadintegradosdeformamultidisciplinariaysensibilizadaen aspectos de calidad y seguridad del paciente y mejora continua (16 equipos). 9. Procedimientos críticos con enfoque multidisciplinario. 10. InvolucramientodelaDirecciónparalacapacitacióndelpersonalclínicoy no clínico en aspectos de calidad y seguridad. 11. Programa de Promotores de Calidad integrado por personal operativo del Instituto. 12. Adhesión formal al Patient Safety Movement.	1. Capital humano insuficiente para la estructura funcional de la Unidad de Calidad. 2. Relaciónsindico-laboralinestable. 3. Falta de voluntad política para la realización de cambios radicales. 4. Involucramiento y compromiso parcial de los mandos medios en la diseminación 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. 14. Bajo involucramiento de servicios auxiliares de diagnóstico que cuentan con certificación ISO 9001, en la interrelación con el Modelo de Calidad Institucional y políticas internas de calidad.
Oportunidades	***Amenazas***
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. Identificarfuentesexternasdefinanciamientoparaproyectosenmateriade 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.	1. Condición económicanacionalquehaderivadoenrecortespresupuestalesimportantes. 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 INCar. 5. Faltadeintegraciónde unsistemadereferenciaycontrareferenciaenelsectorsaludque atiende población abierta.

Como resultado del análisis FODA y la evaluación de riesgos y problemas se identifica como principal fortaleza del Instituto 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.

6. 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 2018.

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

Estrategia 1. Empoderar al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente como Órgano rector de la Cultura de Calidad Institucional.

Líneas de acción

1.1. Reforzar las funciones y responsabilidades de los integrantes del COCASEP.
1.2. Comprometer a todos los directivos en el cumplimiento de las funciones como integrante del COCASEP.
1.3. Difundir a todo el personal del Instituto los integrantes y las funciones del COCASEP y su relevancia como órgano rector de la cultura de calidad.
1.4. Proponer de forma directa a miembros de determinadas comisiones, de acuerdo a la problemática específica identificada, para su análisis y atención.
1.5. Programar reuniones mensuales para la presentación, autorización y seguimiento de acuerdos.
1.6. Presentar el análisis de la información que se integra en la unidad de calidad para la toma de decisiones.
1.7. Difundir los planes y proyectos prioritarios autorizados por el COCASEP.
1.8. Seguimiento de la participación del Instituto en programas de seguridad del paciente a nivel internacional (Patient Safety Movement).
1.9. Difundir las recomendaciones del COCASEP a las diferentes áreas involucradas.
1.10. Promover la participación de los profesionales a través de Círculos de Calidad y Promotores de Calidad.
1.11. Promover el uso de herramientas de calidad.
1.12. Incentivar la implementación de programas de felicitación y reconocimiento a los integrantes de los Círculos de Calidad.
1.13. Dar a conocer a todo el personal del Instituto el Programa para la mejora continua de la calidad 2017.
1.14. Elaborar en el primer trimestre del año 2019 el informe anual del COCASEP.

Estrategia 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.

Un punto clave para diseminar una cultura de calidad y seguridad es el cambio de paradigmas, la asimilación y reflexión de que las actividades que realiza el ser humano son falibles y que las barreras que han demostrado mitigar los riesgos son la implementación y estandarización de procedimientos. Para lograr el cambio hacia una cultura de calidad y seguridad como Institución es indispensable que dicho cambio se realice en cascada resaltando el papel fundamental que juega la Dirección.

Líneas de acción

2.1Reforzar el involucramiento de los directivos y mandos medios en el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad.
2.2 Solicitar a los Jefes de Departamento, área o servicio que colaboren activamente en la diseminación en cascada de una cultura de calidad y seguridad.
2.3 Realizar campañas de sensibilización en materia de calidad y seguridad a los pacientes, familiares, personal, proveedores y visitantes en general.
2.4 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.
2.5 Implementar las Soluciones Prácticas para la Seguridad del Paciente (APPS) de los compromisos adquiridos por el Instituto con el "Patient Safety Movement", 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.
2.6 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.
2.7 Realizar al menos un curso de difusión y capacitación sobre el Modelo de Calidad Institucional; por parte de la Unidad de Calidad.
2.8 Actualizar y difundir el Manual de políticas de Calidad y Seguridad Institucional.
2.9 Coordinar y/o asesorar a los Círculos de Calidad en la elaboración, implementación y seguimiento de sus planes de trabajo.
2.10 Participar en los comités o subcomités en materia de calidad y seguridad.
2.11 Dar seguimiento al programa de promotores de calidad con la participación activa de todo el personal, en materia de calidad y seguridad.

Estrategia 3. Utilizar la gestión de riesgos como un proceso sistemático para dar seguimiento al programa de trabajo para la mejora continua.

La gestión de riesgos es un proceso sistemático para evaluar y dar seguimiento a los riesgos a que está expuesto el Instituto en el desarrollo de sus actividades, mediante el análisis de los distintos factores que puede provocar los con la finalidad de definir estrategias y acciones que permitan controlarlos, eliminarlos o mitigarlos, asegurando el logro de objetivos y metas de una manera razonable en un entorno seguro.

Laimportanciadeimplementarunprogramademejoracontinuaradicaenqueel daño que pueda producirse en la atención tiene consecuencias para las personas y los servicios y supone un aumento de los costos. Por lo tanto, prevenir el daño debe ser un objetivo principal de la institución, lo que hace indispensable que en las diferentes áreas desde el nivel gerencial hasta el operativo se identifiquen, reconozcan y analicen los riesgos y problemas que se pueden presentar, con enfoque proactivo y sin ánimo punitivo; para ello se requiere el involucramiento de todos los integrantes y la visión sistémica de la Institución.

Líneas de acción

3.1 Gestionar ante la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, la capacitación en materia de Gestión de Riesgos para todo el personal; con especial énfasis en niveles gerenciales e integrantes de Círculos de Calidad.

3.2 Promover la participación activa del equipo multidisciplinario de salud para la identificación, priorización y análisis de riesgos y problemas en los procesos sustantivos del Instituto, con especial énfasis en los procesos de atención, desde el nivel gerencial hasta el nivel operativo, que permita el establecimiento de acciones de mejora con enfoque proactivo; así como, reaccionar con mayor prontitud para corregir o mitigarlos problemas.

3.3 Asesoraralosresponsablesdelasáreasimplicadasenlaimplementacióndelsistemade gestión de riesgos y prácticas seguras.

3.4 Integrar y actualizar la matriz de riesgo institucional con la finalidad de fundamentar el Programa de Mejora de Continua.

3.5 Colaborar en la diseminación, la capacitación y estandarización de procedimientos de actuación de todo el personal ante la presencia de códigos de emergencia Clínicos y no Clínicos.

3.6 En coordinación con el COCASEP seleccionar el proceso de riesgo prioritario para realizar un Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF) y dar tratamiento proactivo al mismo a fin de rediseñarlo.

3.7 Identificar un proceso con alta variabilidad a fin de estandarizarlo.

3.8 Realizar el seguimiento y control de la implementación de las acciones de mejora.

Estrategia 4. Impulsar la implementación de prácticas basadas en la evidencia científica; así como estandarizar procesos con enfoque multidisciplinar.

La integración de prácticas basadas en la evidencia ha demostrado un impacto significativo en la reducción de incidentes relacionados con la atención médica; sin perder de vista que ésta información debe ser adaptada a la misión institucional; así como, a las necesidades y características específicas de la población que se atiende.

Líneas de acción

4.1 Reforzar la integración de prácticas basadas en la evidencia científica en las actividades diarias.

4.2Fortalecer la calidad de atención y la seguridad del paciente mediante la estandarización y sistematización de procedimientos críticos a partir de la Matriz de riesgos y problemas.

Estrategia 5. Consolidar el proceso de Reporte, Seguimiento y Prevención de Eventos Adversos.

El reporte y seguimiento de eventos de seguridad debe partir de la premisa de no ser punitivo, con enfoque multidisciplinario y centrado en identificar las fallas en el sistema que pudieron ocasionar u ocasionaron el incidente, con la finalidad de prevenir la recurrencia por la misma causa. De igual manera, permite que la Institución aprenda de los errores e implemente las estrategias y barreras de seguridad acorde a las características y necesidades institucionales.

Líneas de acción

5.1 Documentar formalmente y difundir el proceso de reporte de eventos de seguridad.
5.2 Incentivar a los integrantes del subcomité de Reporte Seguimiento y Prevención de Eventos Adversos en la participación activa del análisis de los eventos de seguridad.
5.4 Incorporar al personal operativo en el análisis de eventos centinela.
5.5 Coadyuvar en la diseminación de una cultura de calidad y seguridad.
5.6 Continuar con la difusión y sensibilización del personal del Instituto en la cultura de Calidad y Seguridad de los pacientes mediante el uso de los videos testimoniales del "Patient Safety Movement"
5.7 Solicitar al Subcomité que presente de manera anual a todo el personal, el análisis de la información y las estrategias de mejora implementadas.

Estrategia 6. Seguimiento y control de las barreras de seguridad y acciones de mejora mediante auditorías internas y el desarrollo de indicadores.

Las auditorías internas son una herramienta de seguimiento y control indispensables, ya que permiten conocer el impacto de las barreras de seguridad o actividades de mejora implementadas, lo que permite dirigir o redireccionar las actividades con el objetivo de contar con servicios eficientes, seguros y de calidad.

Líneas de acción

6.1 Fortalecer el proceso de auditoría interna mediante la participación de círculos de calidad y promotores de calidad.
6.2 Asesorar a los integrantes de los círculos de calidad y promotores en el diseño y evaluación de indicadores.
6.3 Realizar auditorías internas sobre el cumplimiento de políticas y procedimientos.
6.4 Integrar y analizar los resultados de las auditorías, a fin de ser presentados al COCASEP para la toma de decisiones.

Estrategia 7. Consolidar el mecanismo institucional para dar atención a la Evaluación de la calidad percibida.

Conocer las observaciones y sugerencias del usuario permite al Instituto identificar oportunidades de mejora e implementar medidas preventivas o correctivas para mejorar la calidad de atención y con ello la satisfacción del usuario.

Líneas de acción

7.1 Concentrar toda la información referente a la calidad percibida en el Subcomité de Satisfacción del Usuario.
7.2 Elaborar el plan de trabajo de los diferentes mecanismos de participación ciudadana.
7.3 Unificar las encuestas de satisfacción del usuario que son aplicadas en distintas áreas.
7.4 Integrar y analizar la información obtenida por los diferentes mecanismos:

a. Sistema Unificado de Gestión (SUG).
b. Aval ciudadano
c. Encuestas de Satisfacción del Usuario

7.5 Difusión de los mecanismos institucionales para la atención de la calidad percibida.
7.6 Integrar y analizar los resultados, a fin de ser presentados al COCASEP para la toma de decisiones.
7.7 Seguimiento de las acciones específicas por la Unidad de Calidad y el Subcomité de Satisfacción del usuario

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

Es indispensable contar con políticas y procedimientos actualizados que guíen el actuar del personal del Instituto, a fin de cumplir con la misión que es proporcionar atención a los pacientes con alteraciones cardiovasculares y teniendo como eje principal la calidad y seguridad en los servicios prestados.

Líneas de acción

8.1 Revisar y gestionar la eventual actualización y formalización del manual de políticas con los círculos de calidad y los responsables de las áreas.
8.2 Revisar y gestionar en colaboración con los círculos de calidad y los responsables de las áreas, la eventual actualización y formalización de los procedimientos elaborados con enfoque multidisciplinar para dar cumplimiento a mejores prácticas que permitan mejorar la calidad de atención y seguridad del paciente y el personal.
8.3 Gestionar con el Departamento de Organización y Métodos la inclusión de políticas y/o procedimientos que se modifiquen como resultado de las recomendaciones emitidas por las entidades certificadoras.

7. CIRCULOS DE CALIDAD

Hace referencia a grupos multidisciplinarios de la organización, que voluntariamente y durante periodos de tiempo, trabajan conjuntamente para mejorar y perfeccionar sus procesos de trabajo. Los círculos de calidad se forman con la idea de perdurar en el tiempo.

Identifican, seleccionan, analizan, minimizan riesgos y/o solucionan problemas; son estructuras de participación de los profesionales en el hospital en la mejora constante de la calidad, y supone el reconocimiento expreso de que la calidad es competencia de todos y que nadie es más capaz para mejorar una actividad que quien la realiza directamente.

Objetivo

Dar continuidad al trabajo realizado por los Promotores y Líderes de calidad en el Programa de Mejora Continua de la Calidad

Promoverla participación y motivación del personal. Establecer y elaborar criterios de actuación. Promover las mejores prácticas.

Medir y evaluar resultados.

Detectar problemas, analizarlos, proponer soluciones y llevarlas a la práctica una vez aprobados por el COCASEP.

Líderes Círculos de Calidad de Equipos de Mejora Continua

Estándar		Líder de Equipo
1	Acciones esenciales para la seguridad del paciente (AESP) 1 a la 3	MTHEQ. Noé Sánchez Cisneros
2	Acciones esenciales para la seguridad del paciente (AESP)4 a la 6	
3	Manejo y uso de medicamentos (MUM)	Lic. María de Lourdes Torres Peláez
4	Prevención y Control de Infecciones(PCI)	Dr. Eduardo Rivera Martínez
5	Gestión y Seguridad de la Instalación (GSI)	C. Víctor Galindo Aguilar
6	Competencias y Educación del Personal (CEP)	Mtra. Liliana López Flores
7	Mejora de la Calidad y la Seguridad del Paciente (MCSP)	MAOS. Monserrat Puntunet Bates
8	Acceso y Continuidad de la Atención (ACA)	Dra. María Eugenia Ruíz Esparza
9	Derechos del Paciente y de su Familia (DPF)	Lic. T.S. Irma Segura López
10	Evaluación de Pacientes (EP)	MAOS. Gabriela Lira Rodríguez
11	Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD)	Dr. Carlos Zabal Cerdeira
12	Atención de Pacientes (AP)	Dra. María del Carmen López
13	Anestesia y Atención Quirúrgica (AAQ)	Dr. Francisco Javier Molina Méndez
14	Educación al Paciente y a su Familia (EPF)	Mtra.T.S. Irma Leticia Canela
15	Gestión de la Comunicación y la Información (GCI)	Lic. Osvaldo Vega Ramos
16	Gobierno, Liderazgo y Dirección(GLD)	Mtra. Lucia Ríos Núñez

AUTORIZACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD POR EL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ	
Dr. Marco Antonio Martínez Ríos Director General	Presidente
Dr. Jorge Gaspar Hernández Director Médico	Vocal
L.C. Armando Acevedo Valadez Director de Administración	Vocal
Dr. Jesús Vargas Barrón Director de Investigación	Vocal
Dr. Juan Verdejo París Director de Enseñanza	Vocal
Mtra. Sandra Sonali Olvera Arreola Dirección de Enfermería	Vocal
Dr. Guillermo Fernández de la Reguera Subdirector de especialidades médico quirúrgicas.	Vocal
Dr. Carlos Zabal Cerdeira Subdirector de servicios de diagnóstico y tratamiento	Vocal

AUTORIZACIÓN DEL PLAN DE CALIDAD POR EL COMITÉ DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ	
Mtra. Lucia Ríos Núñez Subdirectora de Planeación	Vocal
Dr. Sergio Trevethan Cravioto Subdirector de la coordinación de enseñanza	Vocal
Dr. Diego Araiza Garaygordobil Jefe de Residentes	Vocal
Dr. Francisco Javier Roldán Gómez Médico Adscrito a Consulta Externa	Vocal
Mtra. Monserrat L. Puntunet Bates Jefe de Departamento de Calidad	Secretaria Técnica