

Oficio No. OPDSSJ/UTPDP/SIP/1554/2024

Asunto: Acuerdo de Resolución

Exp. SIP: 1067/2024

Folio PNT: 141296524001339

Guadalajara, Jalisco; a 06 de Noviembre de 2024

**C. Solicitante de información**

Presente

En respuesta a su **solicitud de acceso a información pública**, identificada con el folio **141296524001339**, de la Plataforma Nacional de Transparencia, consistente en:

**"Electrónico a través del Sistema de Solicitudes de Acceso a la Información de la PNT.- Me pueden facilitar por favor los planes de calidad del hospital regional de Autlán."**

Se informa que se realizó la búsqueda de la información solicitada dentro de la estructura del **Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco** que pudieran generar, administrar o poseer la información que es su interés, por lo que, se adjunta al presente correo sin número de fecha 05 de Noviembre del año en curso, enviado por el Dr. Juan Ramón Torres Márquez Subdirector General Médico del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco, mediante el cual remite la información solicitada "Plan de mejora continua de la calidad del Hospital Regional de Autlán".

Ahora bien, considerando lo dispuesto por el artículo 87 párrafo 3 de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios, **la información se entrega en el estado en que se encuentra en los archivos de este Organismo**, como se dispone:

**"Artículo 87. Acceso a Información – Medios [...]"**

**3. La información se entrega en el estado que se encuentra y preferentemente en el formato solicitado. No existe obligación de procesar, calcular o presentar la información de forma distinta a como se encuentre."**

Conforme al Criterio 03/17 emitido por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, **no existe la obligación de generar documentos ad hoc para atender las solicitudes de información**, en consecuencia, se entrega la información tal y como obra en los archivos del sujeto obligado, siendo este el caso.



**Oficio No. OPDSSJ/UTPDP/SIP/1554/2024**

**Asunto:** Acuerdo de Resolución

Exp. SIP: 1067/2024

Folio PNT: 141296524001339

Guadalajara, Jalisco; a 06 de Noviembre de 2024

Por lo que conformidad con los artículos 9 y 15 de la Constitución Política del Estado de Jalisco; 1° párrafo 1, 5°, 25 fracción VII, 78 párrafo 1, 86 párrafo 1 fracción I, 87 párrafo 2 y 90 párrafo 1 fracción II de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información del Estado de Jalisco y sus Municipios, es que se emiten los siguientes:

### **RESOLUTIVO**

**ÚNICO.-** Se emite respuesta en sentido **AFIRMATIVA**.

**Atentamente**

**"2024, Año del Bicentenario del Nacimiento del Federalismo  
Mexicano, así como de la Libertad y Soberanía de los Estados"**

**Lic. Ana Gabriela Bacquerie Alarcón**

Titular de la Unidad de Transparencia y Protección de Datos Personales  
O.P.D. Servicios de Salud Jalisco

Elaboró: María del Consuelo Aguilar Armas



GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO  
PODER EJECUTIVO  
SERVICIOS DE SALUD JALISCO  
UNIDAD DE TRANSPARENCIA Y  
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

**Fwd: Oficio No. OPDSSJ/SDGM/DH/24823/2024, Exp. 1067/2024, para su atención inmediata.**

1 mensaje

**Nalui Yanett Alcaraz Quintero** <dir.hospitales@ssj.gob.mx>  
Para: notificacionesut.ssj@jalisco.gob.mx

5 de noviembre de 2024, 14:09

Estimada Lic.

Remito respuesta al memorándum **No. OPDSSJ/UTPDP/SIP/1583/2024, Expediente: 1067/2024.**

Sin más por el momento, agradezco la atención que sirva brindar al presente.

----- Forwarded message -----

**De: Hospital Regional Autlan** <direccionautlanhr@hotmail.com>

Date: vie, 1 nov 2024 a la(s) 1:29 p.m.

Subject: Re: Oficio No. OPDSSJ/SDGM/DH/24823/2024, Exp. 1067/2024, para su atención inmediata.

To: Nalui Yanett Alcaraz Quintero <dir.hospitales@ssj.gob.mx>

Buen día Dra. aprovecho para enviarle un cordial saludo y a su vez anexo la información solicitada "Plan de mejora continua de la calidad Hospital Regional de Autlán", con fecha más actual y en formato pdf.

Quedo pendiente para cualquier duda o aclaración.

**Atentamente**

**Dr. Abraham Fernando Quirarte Brambila**  
Director del Hospital Regional de Autlán  
Tels: 317 382 2284, 382 2273 Ext. 105



**De:** Nalui Yanett Alcaraz Quintero <dir.hospitales@ssj.gob.mx>

**Enviado:** jueves, 31 de octubre de 2024 11:50 a. m.

**Para:** Hospital Regional Autlan <direccionautlanhr@hotmail.com>

**Asunto:** Oficio No. OPDSSJ/SDGM/DH/24823/2024, Exp. 1067/2024, para su atención inmediata.

Estimado Dr.

Adjunto **oficio No. OPDSSJ/SDGM/DH/24823/2024, Exp. 1067/2024**, para su atención inmediata.

Sin más por el momento, agradezco la atención que sirva brindar al presente.

--  
**Dra. Nalui Yanett Alcaraz Quintero**  
Directora de Hospitales  
Subdirección General Médica  
OPD Servicios de Salud Jalisco

--  
**Dra. Nalui Yanett Alcaraz Quintero**  
Directora de Hospitales  
Subdirección General Médica

---

 **Plan de Mejora Continua de la Calidad 2022.pdf**  
4570K

---





# SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

## HOSPITAL REGIONAL DE AUTLAN



**DIF**

**SEDENA**  
SISTEMA GENERAL DE  
ESTADÍSTICA Y MONITOREO



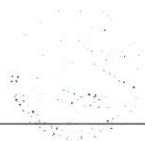
**ISSSTE**

**SEMAR**  
SECRETARÍA DE MARINA



### Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud PMCCS

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud  
Dirección General de Calidad y Educación en Salud



NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD<sup>1</sup>

*HOSPITAL REGIONAL AUTLAN*

PLAN DE MEJORA CONTINUA DEL PERIODO

*01 ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2022*

GESTOR O COORDINADOR DE CALIDAD

*MEGS. MARIA EVELIA GIL VELAZQUEZ*

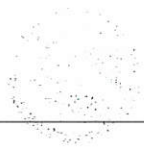
DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO, JURISDICCIÓN O DELEGACIÓN<sup>1</sup>

(Responsable de la autorización de la ejecución del PMCC)

*DR. ROLANDO JAVIER ROJO VAZQUEZ*

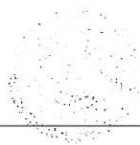
<sup>1</sup> El plan de mejora continua puede aplicar a una unidad médica de 5 núcleos básicos o más, a una jurisdicción o a una delegación. Indicar en este rubro en donde aplicará el PMC, así como el nombre del directivo.





## **ÍNDICE**

1. Datos de identificación del establecimiento de salud
2. Presentación del establecimiento de salud
3. **Fase I. Planear el PMC.**
  - 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 las Causa (s) Probables.
    - 3.2.2. Priorizar los procesos a intervenir con el PMC
  - 3.3. Seleccionar los proyectos de mejora que integrarán el PMC
  - 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. Pilotear el proyecto y registrar información que surja de la ejecución
  - 4.3. 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 PMC**
  - 6.1. Estandarizar acciones de mejora
  - 6.2. Difundir logros del PMC
  - 6.3. Reconocer al equipo de trabajo que participó en la mejora



## I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Institución: SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

Nombre del Establecimiento de Salud: HOSPITAL REGIONAL DE AUTLAN

Acreditado ☒ si ☐ no ☐ no aplica

Certificado ☐ si ☐ no ☐ no aplica

Domicilio: PROLONGACION MATAMOROS #810 Código Postal: 48900

Correo electrónico el Gestor o Coordinador de Calidad: Hrautlan.jaliscoconcalidad@hotmail.com

Teléfono<sup>2</sup>: 317 38 22273 / 317 382 2284

Municipio/Delegación: Autlán de Navarro Entidad: Jalisco

Política: Autlán de Navarro Federativa: Jalisco

Jurisdicción o Delegación médica: Jurisdicción VII CLUES<sup>3</sup>: JCSSA000631

### Tipo de Establecimiento de Salud que presenta el PMC:

☐ 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: \_\_\_\_\_

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	

<sup>2</sup> Incluir clave cada(debe ser de 10 dígitos)

<sup>3</sup> Clave única de establecimientos de salud.





**Características del establecimiento de salud (si aplica)**

No. de consultorios de  
medicina general

Nº. de camas censables

No. de consultorios de  
medicina de especialidad

Nº. de camas no censables

No. de consultorios de  
odontología

Nº. de Quirófanos

**Total del Personal por Profesión**

Médicos Generales

Médicos Especialistas

Enfermeras

Odontólogos

Administrativos

Otros

**Servicios con los que cuenta el establecimiento de Salud<sup>4</sup>**

1	URGENCIAS	12	MEDICINA INTERNA
2	CONSULTA EXTERNA	13	DISPLACIAS
3	TRIAGE	14	GINECOLOGIA
4	PUESTO DE SANGRADO	15	UCIN
5	RAYOS X	16	CIRUGIA
6	LABORATORIO	17	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
7	TOMOGRAFO	18	PEDIATRIA
8	MEDICINA PREVENTIVA	19	TOCOCIRUGIA
9	TAMIZ AUDITIVO	20	QUIROFANO
10	CLINICA DE DISPLASIAS	21	LACTARIO
11	TRABAJO SOCIAL	22	CLINICA DE HERIDAS

**2. PRESENTACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.**

**ANTECEDENTES.**

Es este apartado se hace una descripción del sujeto de estudio con todos los datos ya conocidos en cuanto al nivel de salud, los factores condicionantes, así como las características de la respuesta social organizada mediada por la unidad, mismas que presentamos a continuación:

ENTIDAD FEDERATIVA:

JALISCO.

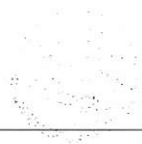
CIUDAD:

AUTLAN DE NAVARRO

REGIÓN SANITARIA:

VII AUTLAN

<sup>4</sup> Mencione los servicios que se otorgan a los usuarios o derechohabientes, en la unidad o unidades médicas que integran el PMC



CALLE: PROL. MATAMOROS # 810  
COLONIA: JARDINES DEL SOL  
CÓDIGO POSTAL: 48900  
APARTADO POSTAL: 48900  
TELÉFONOS: 317 382 2273 Y 317 382 2284  
FAX: 317 382 2273

VÍAS DE ACCESO: CARRETERA FEDERAL GUADALAJARA BARRA DE NAVIDAD

#### A. ASPECTOS GENERALES:

*El HOSPITAL REGIONAL DE AUTLAN surge tomando como base su propia problemática Regional, tratando de servir a la comunidad a un costo accesible y sin tener que desplazarse a las grandes urbes, inició sus funciones el 16 de Noviembre de 1984, construido en forma tripartita por el gobierno federal, estatal y municipal y cuyo objetivo fue el de emplear la cobertura de los servicios de salud de la población abierta, en la amplia zona, comprendida del suroeste a la zona costera del estado, como parte del Programa de Extensión de Cobertura.*

*El nosocomio inició con una capacidad de 30 camas censables, con las especialidades médicas de: cirugía, medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y urgencias, posteriormente se incorpora ortopedia. También inicia con servicios de apoyo diagnóstico como laboratorio y rayos x (sin contraste)*

*Fue inaugurado el 14 de noviembre de 1984 siendo el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado Presidente de la República, el Lic. Enrique Álvarez del Castillo Gobernador de Edo. De Jalisco, el Dr. Apolinar López Uribe Secretario de Salud del Estado y el Prof. Rafael Saray Enríquez Presidente Municipal.*

*En 1992, se inaugura el Banco de transfusión Sanguínea siendo el único hasta la fecha en la Región en cual cubre las necesidades de las Instituciones Públicas y Privadas Regionales.*

*En 1993 fue certificado como Hospital Amigo del Niño y de la Madre.*

*EL 13 de octubre de 1994 se instala la Clínica de Displasias. Actualmente nombrada clínica de Colposcopia. En el año de 1995 y 1996 participa en las jornadas "El Cirujano de Visita" (Cirugía Plástica y Reconstructiva).*

*En julio de 1998 participa en la jornada del Instituto Nacional de Ortopedia.*

*En el 2000 es certificado como Hospital Regional, por el Consejo de Salubridad General de los Estados Unidos Mexicanos.*

*En el 2004 se atiende la cobertura del SEGURO POPULAR EN SALUD. En el 2005 se formó parte del Régimen de protección social en salud (SEGURO POPULAR) Se continúa hasta la fecha con atención de cobertura de seguro popular.*

*2009, ampliación de áreas físicas, como son: UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS NEONATALES, TOCOCIRUGIA, URGENCIAS, Y 2do. QUIRÓFANO.*

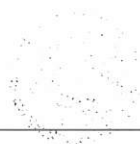
*2010 se recibe dictamen de ACREDITACION en capacidad, calidad y seguridad para la Atención Médica en el Catalogo Universal de Servicios de Salud.*

*2015 En conjunto el patronato del Hospital y personal del mismo, así como con aportación del H. Ayuntamiento de Autlán de Navarro se trabaja para la construcción de un Lactario.*

*2016 Se inaugura el Lactario a partir del mes de junio y actualmente se trabaja para certificarlo. 2017 Se acreditó como HOSPITAL DEL NIÑO Y DE LA NIÑA.*

*2017 Se inauguró el TOMÓGRAFO.*





2019 se recibe dictamen de RE-ACREDITACION en capacidad, calidad y seguridad para la Atención Médica en el Catálogo Universal de Servicios de Salud.

## **B. FACTORES CONDICIONANTES:**

### **1. ENTORNO GEOGRÁFICO:**

#### **Ubicación y Delimitación**

El municipio de Autlán se localiza al suroeste del estado, con una altitud de 900 metros sobre el nivel del mar. Se encuentra enclavado en las estribaciones de la Sierra Volcánica Transversal, por lo que su topografía es sumamente irregular. En las partes noroeste y sureste predominan altitudes entre 1,500 y 2,700 metros, disminuyendo en su parte central, en los alrededores de la cabecera, donde varían entre 90 y 1,500 metros. Limitando al norte con los municipios de Ayutla y Unión de Tula; al sur con Cuautitlán; al oriente con Tuxcacuesco y El Grullo y al poniente con los municipios de Villa de Purificación y Casimiro Castillo.

#### **Extensión**

Autlán de Navarro tiene una superficie de 962.90 km<sup>2</sup>, que representa el 0.94% de la superficie del estado, con una densidad de población de 61 por km<sup>2</sup>.

#### **Clima**

Este municipio tiene un clima semiseco en otoño, invierno y primavera secos y semicálidos, sin cambio térmico invernal bien definido. La temperatura media anual es de 23.5°C. Los vientos dominantes soplan en dirección este. No se registran heladas.

#### **Flora y Fauna**

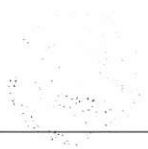
La vegetación se compone mayoritariamente de pino, huizache, órgano, mezquite, fresno, guamúchil y huizilacate. El municipio cuenta con 31,873 hectáreas de bosque. Entre la fauna, se cuenta con especies como el venado, puma, conejo, güilota, paloma, liebre y

#### **Vías de comunicación**

La transportación terrestre puede efectuarse a través de la carretera Guadalajara - Barra de Navidad que cruza al municipio en su parte central, comunicándolo con la costa. El municipio cuenta con caminos revestidos, de terracería y brechas que comunican a las localidades con la cabecera municipal. En el municipio existe una aeropista. La transportación foránea se realiza en autobuses directos y de paso. La transportación urbana y rural se efectúa en vehículos de alquiler y particulares.

#### **Población**

La Región Sanitaria VII Autlán cuenta con una población de 315,824 habitantes, esto representa un 3.8 % de la población del estado de Jalisco, con una tasa de crecimiento anual estimada de 1.9, así como con la tasa de natalidad de 16.02 por 1000 habitantes, y la tasa de fecundidad de 58.19 por 1000 mujeres en edad fértil; según CONAPO 2005 proyección 2010.

**Misión:**

**RESTABLECER Y MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACION DE LA COSTA SUR DEL ESTADO DE JALISCO  
CON SERVICIOS BASADOS EN EQUIDAD, CALIDAD, HUMANISMO Y SEGURIDAD PARA LOS USUARIOS.**

**Visión:**

**"SER LA MEJOR INSTITUCION DE LA SALUD DE LA COSTA SUR DEL ESTADO DE JALISCO QUE OTORGUE  
SERVICIOS MEDICOS Y ASISTENCIALES CON CALIDAD Y SEGURIDAD PARA LOS USUARIOS**

**Valores:****COMPAÑERISMO**

RELACIÓN DE COLABORACIÓN Y SOLIDARIDAD ENTRE COMPAÑEROS DE TRABAJO.

**EFICIENCIA**

BUSCAR LA OPTIMIZACIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

**EQUIDAD**

PROMOVER QUE CADA PACIENTE Y FAMILIAR RECIBAN UN TRATO DIGNO Y OPORTUNO, PRIORIZANDO LA ATENCIÓN MÉDICA DE ACUERDO CON SUS CONDICIONES DE SALUD Y SUS NECESIDADES.

**HONESTIDAD**

DIRIGIRSE EN TODO MOMENTO CON LA VERDAD Y APEGADOS A LA NORMATIVIDAD Y LEGISLACIÓN VIGENTE.

**HUMANISMO**

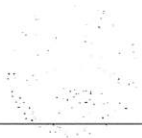
CONDUCIRSE EN LA RELACIÓN CON LOS PACIENTES Y FAMILIARES RESPETANDO SIEMPRE SU DIGNIDAD, SUS DERECHOS Y VALOR COMO PERSONAS.

**RESPONSABILIDAD**

ASUMIR A CABALIDAD LOS DEBERES DE LAS FUNCIONES QUE SE TIENEN ASIGNADAS

**ACTITUD DE SERVICIO****DICIPLINA****RESPETO.**





### 3. FASE I. PLANEAR EL PMC

#### 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.

	Fuentes utilizadas para identificar oportunidades de mejora de la calidad <sup>5</sup> :	Si/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.	SI	Abril, Agosto y Diciembre.
2.	Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS, registros de estadística, etc.)	SI	Abril, Agosto y Diciembre.
3.	Los resultados de la aplicación de las cédulas de evaluación y autoevaluación de Acreditación y/o Certificación.	SI	Enero – Noviembre.
4.	Resultados de la revisión del buzón de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones	SI	Cada mes
5.	Calidad percibida por el Aval Ciudadano, encuestas y cartas compromiso	SI	Abril, Agosto y Diciembre.
6.	Calidad percibida de los profesionales de la salud, resultados de encuestas internas o nacionales	SI	Octubre - Noviembre
7.	Informes de los Comités.	SI	Mensual
8.	Manuales de Procesos y procedimientos de atención médica	SI	Semestral
9.	Plantilla de personal, desempeño y/o competencia del personal	SI	Anual
10.	Infraestructura y equipamiento (SINAIS)		Enero-Diciembre
11.	Informes mensuales, bimestrales, semestrales y anuales del Sistema de Información en Salud (SIS, RHOVE, SUIVE)	SI	Enero-Diciembre

Si fueron consideradas otras fuentes, indíquelas. (Durante la supervisión se solicitará evidencia documental).

	Documento adicional (si aplica)	Si/No	Fecha o periodo de análisis del documento
12.	MECIC	SI	Enero-Diciembre 2022
13.	PLATAFORMA DE EVENTOS ADVERSOS DGCEs	SI	Enero-Diciembre 2022
14.	ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	SI	Enero-Diciembre 2022
15.	GUIAS DE PRACTICA CLINICA	SI	Enero-Diciembre 2022

#### 3.1.1. Diagnóstico situacional de la calidad de los servicios

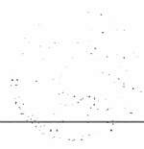
En Hospital Regional de Autlán se han detectado los siguientes problemas en materia de calidad y seguridad:

<sup>5</sup> Estos documentos son enunciativos, no limitativos para el análisis, el establecimiento puede considerar otros documentos o información de apoyo.



- De acuerdo a los resultados de las autoevaluaciones realizadas con la aplicación de la cedula de acreditación de HOSPITAL GENERAL con un puntaje de 79, se debe de incrementar ya que no se cuenta con bitácoras de mantenimiento preventivo y correctivo, aumentar el abastecimiento de medicamento ya que por el momento no se cuenta con el medicamento que de manda la atención, mejora del servicio de tomografía así como implementar un carro rojo, implementación de bitácoras para el documental, en medida de infraestructura se encuentra con deficiencia de pintura en un 80% e impermeabilización, filtros HEPA para mejorar la calidad del aire, supervisión de la calidad del agua que abastece al hospital, actualización en más de un 80% de la señalética debido a que antigua y obsoleta.
- Se cuenta con Manual para el manejo y resguardo de los medicamentos psicotrópicos en la farmacia del hospital.
- Se ha detectado que el diferimiento quirúrgico se encuentra por debajo del tiempo de programación para las cirugías programadas, debido a la falta de recurso de la institución.
- Falta de tiempo y de apego a sus funciones del aval Ciudadano, para realizar encuestas a usuarios y seguimiento a cartas compromiso, por pandemia coronavirus.
- Se tiene integrado el COCASEP, sin embargo, es importante trabajar en consolidar esta estrategia y trabajar de forma constante en la mejora de sus procesos de calidad. En cuanto a la participación activa del subcomité del expediente clínico se realiza la supervisión de 7 expedientes cuatrimestrales, y se encuentran deficiencias de que los formatos no están actualizados de acuerdo a la plataforma Modelo de Evaluación del Expediente Clínico (MECIC) y NOM-004, se trabajó dentro del comité la actualización de formatos internos y se trabajara en el acomodo del orden del expediente con capacitaciones al personal que lo maneja. Revisión del llenado correcto de la historia clínica, consentimiento informado, así como los certificados de nacimiento y defunción.
- Se tienen integrados los subcomités Bioética, Medicina Transfusional, Referencia y Contrarreferencia, Investigación, Capacitación y enseñanza, IAAS, Mortalidad Hospitalaria, Mortalidad Materna y Perinatal, sin embargo, falta de seguimiento y establecimiento de estrategias en tiempos establecidos.
- Se reactiva programa para una lactancia materna exitosa y disminución de los insumos de sucedáneos implementado la capacitación a los médicos internos, la promoción y apoyo por parte del personal en habitación conjunta poniendo en los practico los 10 pasos para una lactancia materna exitoso y los tres anexos. Se revisará el correcto llenado de las recetas para proporcionar los sucedáneos al lactario.
- Se analizan los compromisos establecidos en cada supervisión integral por unidad y se detecta bajo porcentaje en su cumplimiento, lo cual repercute directamente en el mantenimiento de la acreditación. Finalmente, no se contaba con un plan de mejora continua en el que se busque elevar la calidad de los servicios otorgados en la unidad, así como también se carece de un verdadero impacto en la implementación de las estrategias de calidad.





Escriba brevemente las fortalezas y debilidades encontradas durante el diagnóstico de los procesos, procedimientos, líneas de acción o actividad que se intenta mejorar.

ANÁLISIS FODA EXTENDIDO	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	<p><b>F1:</b> Acuerdo gestión y aprovechamiento de recurso financiero, administrativo.</p> <p><b>F2:</b> Talento humano capacitado y con experiencia en las áreas administrativas, técnicas y de atención hospitalaria.</p> <p><b>F3:</b> Acreditado UCIN, IHAN.</p> <p><b>F4:</b> Programas Prioritarios.</p> <p><b>F5:</b> Presencia de plan estratégico y planes operativos anuales.</p>	<p><b>D1:</b> Falta de Personal en la unidad de salud.</p> <p><b>D2:</b> Limitado cumplimiento del plan anual de capacitación institucional.</p> <p><b>D3:</b> Falta de Organización y seguimiento de procesos</p> <p><b>D4:</b> Renuencia del personal a la capacitación y actualización.</p> <p><b>D5:</b> Falta de recursos materiales.</p>
OPORTUNIDADES	ACCIONES	
<p><b>O1:</b> Cobertura a toda la población</p> <p><b>O2:</b> La unidad acreditada y se encuentra en proceso de acreditación del Hospital en General</p> <p><b>O3:</b> Unidad en constante Acreditación y certificación.</p> <p><b>O4:</b> Participación activa de la personal en acciones educativas de EPP</p> <p><b>O5:</b> Participación del personal de la unidad de salud en proyectos de mejora.</p>	<p><b>FO</b> <b>Estrategia "Maxi-Maxi"</b></p> <p><b>F01:</b> El Hospital Regional de Autlán se encuentra en un lugar que es de fácil acceso para todos los municipios, contamos con una</p> <p><b>F02:</b> infraestructura en salud que nos permite dar una atención a toda la población de la región sierra de amula.</p> <p><b>F03:</b> El personal está capacitado en todos los servicios, así mismo en la atención a pacientes con coronavirus, su manejo adecuado y envió a tercer nivel si así es requerido.</p> <p><b>F04:</b> Se cumple con una 75% con la cedula de acreditación.</p>	<p><b>DO</b> <b>Estrategia "Mini-Maxi"</b></p> <p><b>D01:</b> No se cuenta con el total de medicamentos para abastecimiento de acuerdo a la cedula de acreditación.</p> <p><b>D02:</b> Impulsar el apego de las supervisiones en los servicios.</p> <p><b>D03:</b> Falta de conocimientos para aplicar procesos establecidos.</p> <p><b>D04:</b> Alta demanda de pacientes de especialidades.</p> <p><b>D05:</b> Establecer procesos mínimos un 85% en áreas y servicios de hospital.</p>

AMENAZAS	FA	DA
<b>A1:</b> Población demandante de los servicios de especialidades y cancelación de cirugías programadas.	<b>Estrategia "Maxi-Mini"</b>	<b>Estrategia "Mini-Mini"</b>
<b>A2:</b> Falta de insumos y medicamentos	<b>FA1:</b> Atención médica a la población vulnerable.	<b>DA1:</b> Poco recurso humano de médicos especialistas para realizar cirugías programadas.
<b>A3:</b> Falta de personal en la unidad.	<b>FA2:</b> Gestión de medicamentos e insumos.	<b>DA2:</b> Poco surtimiento de medicamentos por parte del estado.
<b>A4:</b> Falta de cultura en prevención de salud	<b>FA3:</b> Involucrar a jefes de áreas	<b>DA3:</b> Falta de recurso humano en todas las áreas.
<b>A5:</b> Poca respuesta en los procesos que se gestionan para la mejora de la unidad de salud.	<b>FA4:</b> Fortalecer los programas que elevan a satisfacción de los usuarios (sistema INDICAS), Acciones esenciales para la seguridad del paciente.	<b>DA4:</b> No se reportan por parte del personal los incidentes de efectos adversos.
	<b>FA5:</b> Supervisión y trabajo en equipo con los requerimientos para acreditación HOSPITAL GENERAL.	<b>DA5:</b> No se supervisa al 100% por la actitud del personal operativo para evitar confrontaciones.

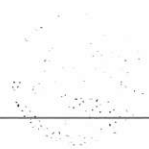
### 3.1.2. Características de las áreas de oportunidad o problemas de calidad a mejorar<sup>6</sup>

Dimensión de la calidad a mejorar	Área de oportunidad / procedimiento de calidad detectado	Evidencias que sustentan al área de oportunidad <sup>7</sup>	Efecto que provoca en los usuarios, los profesionales o la institución	Proceso que afecta
Calidad Percibida	1 Aval Ciudadano	Seguimiento y fomento del Aval ciudadano para el apego hacia la evaluación de la satisfacción del usuario en la unidad	No se realizan encuestas de SESTAD por aval ciudadano a causa de falta de tiempo y de compromiso por el aval ciudadano	Construir Ciudadanía en salud/Participación ciudadana
	2 Aval ciudadano	Reporte cuatrimestral del seguimiento a cartas compromiso.	Baja motivación de los avales ciudadanos por el incumplimiento de encuestas. Poco impacto del trabajo de los avales ciudadanos.	La mejora de la calidad percibida por los usuarios y seguimiento y atención a sus solicitudes.

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

<sup>7</sup> 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 Sistema Unificado de Gestión	Plataforma SUG con bajo seguimiento, resolución y acciones de mejora de las solicitudes de atención de los usuarios.	Falta de confianza para que los usuarios se expresen por los diferentes medios establecidos en el SUG	La mejora de la calidad percibida por los usuarios y seguimiento y atención a sus solicitudes.
	1. Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad	Evaluaciones de expedientes clínicos y su Análisis en el expediente clínico.	Falta de apego a la NOM 004 del expediente clínico, mal acomodo del expediente, falta de completar notas, y registros, firma de consentimientos informados.	La seguridad del paciente y del personal de salud
	2. Modelo de implantación de bitácoras y seguimiento de procesos	Implementación de guías de bitácoras en los diferentes servicios del hospital para completar el documental	El personal cuenta con herramientas de apoyo para la implementación y seguimiento correcto de las bitácoras para la evaluación de los resultados	Calidad y Seguridad en la atención.
Calidad técnica y seguridad del paciente	3. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud. INDICAS	Informe cuatrimestral en plataforma federal y análisis de los resultados en COCASEP. Estrategias implementadas para mejorar los indicadores que se encuentren por debajo de los estándares establecidos.	Lo usuarios se sienten escuchados al participar en las encuestas de trato digno y el personal de salud se retroalimenta en cuanto a la percepción que el paciente tiene de la calidad de la atención que reciben. Se cuenta además con indicadores que permiten a los prestadores y usuarios conocer tanto la calidad técnica como la calidad percibida que se brinda en el establecimiento de salud, además de medir las mejoras de los mismos.	Evaluación de los indicadores de calidad.

<b>Calidad de la gestión de la organización</b>	Comités del Hospital Regional Autlán	Falta de secretarios técnicos de los comités comprometidos en la realización de las sesiones y seguimiento de estrategias, así como en la elaboración de sus actas de instalación y minutas,	Carencia de retroalimentación de los procesos y del establecimiento de acciones de mejora. Falta de compromiso por parte del personal.	La Calidad y Seguridad del Paciente.
	Acreditación del Hospital General	Ausencia de un plan de mejora continua por parte del área de mantenimiento, poco apoyo por parte de los jefes de departamento ante la acreditación	Calidad y Seguridad en la atención por debajo del estándar establecido, en calidad de infraestructura y servicios biomédicos.	La garantía de Capacidad, Seguridad y Calidad para los usuarios y personal de salud.

### 3.2. Analizar causas de los problemas de calidad a mejorar

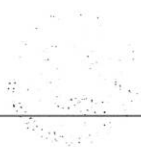
#### 3.2.1. Identificar las causas probables

Para identificar las causas raíz que originan los problemas de calidad utilice las siguientes herramientas gerenciales (una o varias)

**Problema 1:** Falta de Estandarización de la Colocación de Sondas Vesicales en el Hospital Regional de Autlán, Enfocado a la Disminución de la Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

**Proceso que afecta:** Calidad, Técnica y seguridad del Paciente, IAAS

Si/No	Método utilizado	Profesionales que participaron en el análisis	Áreas participantes en el análisis
Si	Lluvia de ideas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dr. Alfredo Morales Calderón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios del HRA</li> <li>Gestoría de Calidad.</li> <li>Dirección Médica.</li> </ul>
	Ishikawa		
	Gráfica de Pareto, histograma y/o estratificación		
	Gráfica de dispersión		
Si	Hoja de verificación (check list)		
Si	Gráfica de control		
	Otro:		



Anotar las causas raíz identificadas para este problema:

Los estudios epidemiológicos de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud ponen en primer lugar a la infección de vías urinarias como causante de estas patologías, seguido de la infección del sitio operatorio. por eso nos enfocaremos en estandarizar el proceso de colocación de la sonda urinaria.

**Problema 2:** Falta de proceso establecido de contención y posicionamiento del neonato prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatal.

**Proceso que afecta:** Seguridad del paciente. (crecimiento y desarrollo).

Si/No	Método utilizado	Profesionales que participaron en el análisis	Áreas participantes en el análisis
Si	Lluvia de ideas	<ul style="list-style-type: none"> <li>M.A.H.S.S.A. Arlene Pérez De Niz.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestoría de Calidad.</li> <li>Personal que entra a la UCIN.</li> </ul>
	Ishikawa		
	Gráfica de Pareto, histograma y/o estratificación		
	Gráfica de dispersión		
Si	Hoja de verificación (check list)		
Si	Gráfica de control		
	Otro:		

Anotar las causas raíz identificadas para este problema:

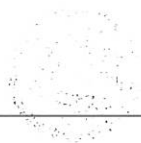
La UCIN del HRA tiene una totalidad de nueve espacios funcionales para la atención de cuidados a pacientes neonatos prematuros, de los cuales en ningún espacio se tiene implementado nidos de contención que propicien un adecuado posicionamiento seguro del paciente y que además brinde el confort necesario para el cuidado y atención de la salud de los pacientes neonatales prematuros que atiende la institución.

**Problema 3:** Falta de seguimiento de las adolescentes embarazadas del Hospital Regional de Autlán para identificar factores de riesgo y su impacto en la resolución del embarazo

**Proceso que afecta:** Seguridad del paciente en áreas del triage obstétrico y consulta externa.

Si/No	Método utilizado	Profesionales que participaron en el análisis	Áreas participantes en el análisis
Si	Lluvia de ideas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dr. Juan Manuel Esquivéz Anaya.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestoría de Calidad.</li> <li>Dirección Médica.</li> </ul>
	Ishikawa		
	Gráfica de Pareto, histograma y/o estratificación		
	Gráfica de dispersión		
Si	Hoja de verificación (check list)		
	Gráfica de control		





Anotar las causas raíz identificadas para este problema:

El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo de complicaciones perinatales, casi todas susceptibles de prevención o tratamiento. Algunas de esas complicaciones se inician antes del embarazo.

### 3.2.2. Priorizar los procesos a intervenir con el PMC

Para establecer los problemas que se considerarán prioritarios para intervenir en el PMCC, el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente<sup>8</sup> calificará cada una de sus oportunidades de mejora en los siguientes criterios, en escala del 1 al 5<sup>9</sup>:

- **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 prioridades<sup>10</sup>*  
(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	2	2	3	12
Problema 2			2	2
Problema 3			2	2

II

<sup>8</sup> COCASEP, o su equivalente institucional

<sup>9</sup> 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

<sup>10</sup> De doble click en la tabla para registrar los procesos y los valores de riesgo, la priorización se calcula en automática.



### 3.3 Seleccionar los proyectos de mejora que integrarán el PMC

Seleccione al menos 3 problemas<sup>11</sup> principales identificados y con el equipo que realizó el análisis de causas determine las acciones que resuelvan, disminuyen o controlen el problema.

No	Nombre del Proyecto de mejora	Proceso en el que se le relaciona	Objetivo del proyecto <sup>12</sup>	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	Estandarización de la Colocación de Sondas Vesicales en el Hospital Regional de Autlán, Enfocado a la Disminución de la Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud	Calidad técnica y seguridad del paciente	Estandarizar la Colocación de Sondas Vesicales	Los estudios epidemiológicos de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud ponen en primer lugar a la infección de vías urinarias como causante de estas patologías, seguido de la infección del sitio operatorio, por eso nos enfocaremos en estandarizar el proceso de colocación de la sonda urinaria.	No se ha capacitado al personal	Avance en la medición a través del indicador de disminución de infecciones por sonda vesical	80% de la técnica de colocación de sonda vesical se hace	Al menos 100% de la técnica realizada de manera correcta	Capacitar al personal médico y de enfermería involucrado en la colocación de sondas urinarias para estandarizar la colocación de sondas vesicales con la intención de disminuir infecciones urinarias asociadas a la atención de la salud.	Encargada de la unidad Secretaria del comité de IAAS
					Falta de material				Tener la disponibilidad del material necesario en la colocación de sondas urinaria con la técnica aséptica estandarizada	
2	Contención y posicionamiento del neonato prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales	Calidad técnica y seguridad del paciente	Capacitar al 100% del personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) del Hospital Regional de Autlán de Navarro para	La UCIN del HRA tiene una totalidad de nueve espacios funcionales para la atención de cuidados a pacientes neonatos prematuros, de los cuales	Falta de fortalecimiento o en la estandarización de procedimientos en la atención del cuidado de los pacientes neonatales prematuros	Elevar el confort neonatal en los pacientes prematuros de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) del Hospital Regional de	Cero espacios funcionales con nidos de contención en la UCIN	Capacitación del 100% del personal de enfermería involucrado en la atención del binomio	Capacitación al personal de enfermería sobre las técnicas y cuidados para la elaboración de nidos de contención de las unidades habitables de la UCIN. Establecer	Enfermera Especialista de la UCIN – Arlene Pérez De Niz.  Gestora de Calidad MEGS. María EVELIA Gil Velázquez

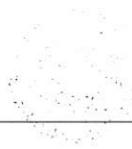
<sup>11</sup> El número de proyectos a definir depende del tamaño y complejidad del establecimiento de salud.

<sup>12</sup> Defina el objetivo que se desea alcanzar en cada proyecto



			que el 100% de las unidades de los neonatos prematuros tengan un nido de contención mediante una técnica estandarizada	en ningún espacio se tiene implementados nidos de contención que propicien un adecuado posicionamiento seguro del paciente y que además brinde el confort necesario para el cuidado y atención de la salud de los pacientes neonatales prematuros que atiende la institución	como medida de cuidado estandarizado para la prevención de riesgos de caídas y mejora del confort del paciente neonatal prematuro	Autlán de Navarro			un procedimiento para elaboración de nidos.	
3	Implementación del seguimiento de las adolescentes embarazadas del Hospital Regional de Autlán para identificar factores de riesgo y su impacto en la resolución del embarazo	Calidad técnica y seguridad del paciente	Implementar un registro de las pacientes adolescentes embarazadas que acuden a consulta de control prenatal, para conocer los factores de riesgo, para prevenir complicaciones durante el embarazo y etapa perinatal, en el 80% de los casos, del 1º de mayo de 2022 al 31 de octubre de 2022	El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo de complicaciones perinatales, casi todas susceptibles de prevención o tratamiento. Algunas de esas complicaciones se inician antes del embarazo.	Diferimiento de citas por diversas causas, las enfermeras no agendan citas, falta capacitación a personal médico, falta de personal, falta de registro de datos y falta de auxiliares diagnósticos.	Verificar la correcta integración del expediente clínico de todas las pacientes embarazadas adolescentes que acuden a Control Prenatal.	Registrar y dar seguimiento a las consultas de control Prenatal de las adolescentes embarazadas en el 80% de los casos.	Registrar el 100% de las embarazadas adolescentes que acuden al control prenatal al hospital regional de Autlán.	Implementar bitácora de pacientes embarazadas adolescentes para registro de factores de riesgo.  Vigilar el sistema de referencia de pacientes para su envío oportuno  Vigilar la correcta integración del expediente clínico y el correcto llenado por parte del médico.	Medico de Clinica de Colposcopia y personal de Archivo Clinico, así como la intervención de personal de trabajo social y trabajar en equipo con salud reproductiva para la capacitación





### 3.4. Diseñar el Programa de ejecución de acciones de mejora

**Proyecto 1<sup>13</sup>:** Estandarización de la Colocación de Sondas Vesicales en el Hospital Regional de Autlán, Enfocado a la Disminución de la Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

**Proceso que afecta:** Calidad, Técnica y seguridad del Paciente, IAAS

Hallazgo que impacta	Etapas / Actividad	Fecha de inicio	Fecha de fin	Programado (P) / Real (R)	Responsable	Producto / Resultado de la actividad
Prevención de la Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS).	Capacitar al personal médico y de enfermería involucrado en la colocación de sondas urinarias para la colocación de sonda estéril.	Mayo del 2022	Noviembre del 2022	Mayo del 2022	• Dr. Alfredo Morales Calderón.	Con un cumplimiento del 100% del proyecto

**Proyecto 2<sup>14</sup>:** Contención y posicionamiento del neonato prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatal.

**Proceso que afecta:** Seguridad del paciente. (crecimiento y desarrollo).

Hallazgo que impacta	Etapas / Actividad	Fecha de inicio	Fecha de fin	Programado (P) / Real (R)	Responsable	Producto / Resultado de la actividad
Falta de capacitación para realizar el nido de contención.	Capacitación al 100% del personal que entra a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.	Mayo del 2022	Noviembre del 2022	Mayo del 2022	• M.A.H.S.S.A. Arlene Pérez De Niz.	Con un cumplimiento del 100% del proyecto

<sup>13</sup> Realizar un plan de ejecución de acciones para cada proyecto que integre el PMC.

<sup>14</sup> Realizar un plan de ejecución de acciones para cada proyecto que integre el PMC.





**Proyecto 3<sup>15</sup>:** Implementación del seguimiento de las adolescentes embarazadas del Hospital Regional de Autlán para identificar factores de riesgo y su impacto en la resolución del embarazo.

**Proceso que afecta:** Seguridad del paciente en áreas del triaje obstétrico y consulta externa.

Hallazgo que impacta	Etapas / Actividad	Fecha de inicio	Fecha de fin	Programado (P) / Real (R)	Responsable	Producto / Resultado de la actividad
Seguimiento deficiente a las embarazadas menores de edad en la consulta.	Implementación de bitácoras de factores de riesgo en embarazadas menores de edad y capacitación al personal involucrado.	Mayo del 2022	Noviembre del 2022	Mayo del 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dr. Juan Manuel Esquivel Anaya.</li> </ul>	Con un cumplimiento del 100% del proyecto

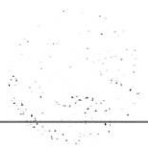
El coordinador de cada proyecto debe preparar su cronograma de actividades y registrar de manera sistemática los avances. Por ejemplo, puede utilizar las herramientas proporcionadas por la DGCES a través de sus líneas de acción como encuestas, registros de epidemiología, INDICAS, MECIC, PREREIN, MANDE, 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.

#### 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:	Mecanismo de Difusión	Fecha de difusión
Personal de salud del establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitaciones de actualización.</li> <li>Videos didácticos.</li> <li>Fotos alusivas a la capacitación.</li> </ul>	Noviembre – Diciembre 2022.
Integrantes del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (o su equivalente).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sesiones Oficiales y extraordinarias tanto de COCASEP como de los demás Sub Comités Hospitalarios.</li> </ul>	Noviembre – Diciembre 2022.

<sup>15</sup> Realizar un plan de ejecución de acciones para cada proyecto que integre el PMC.

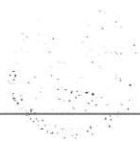


Este paso es fundamental para socializar o desplegar en toda la organización o establecimiento de salud el PMCCS diseñado por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente. La finalidad de la difusión es sumar la voluntad de todos los involucrados, en las acciones de los proyectos del PMCCS.

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

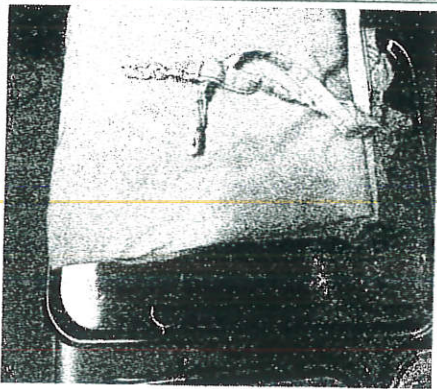

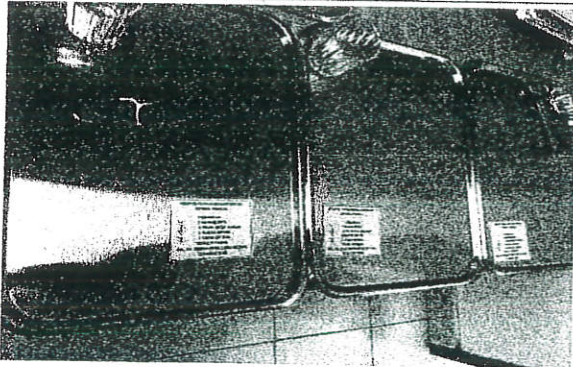
El pilotaje tiene como propósito poner a prueba en una escala pequeña las acciones seleccionadas que conduzcan a la mejora continua. Se recomienda realizarlo en un área, servicio o consultorio de una unidad o en un solo establecimiento de salud cuando el proyecto involucre a varias unidades de atención.

Nº. De proyecto	Nombre del Proyecto de mejora	Problema principal detectado	Área de pilotaje	Periodo de pilotaje	Responsable del pilotaje
1	Estandarización de la Colocación de Sondas Vesicales en el Hospital Regional de Autlán, Enfocado a la Disminución de la Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.	Los estudios epidemiológicos de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud ponen en primer lugar a la infección de vías urinarias como causante de estas patologías, seguido de la infección del sitio operatorio. por eso nos enfocaremos en estandarizar el proceso de colocación de la sonda urinaria.	Hospital Urgencias Quirófano Tococirugía	Mayo del 2022 Diciembre 2022	Gestor de calidad
2	Contención y posicionamiento del neonato prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonata-	La UCIN del HRA tiene una totalidad de nueve espacios funcionales para la atención de cuidados a pacientes neonatos prematuros, de los cuales en ningún espacio se tiene implementado nidos de contención que propicien un adecuado posicionamiento seguro del paciente y que además brinde el confort necesario para el cuidado y atención de la salud de los pacientes neonatales prematuros que atiende la Institución	Unidad de cuidados intensivos neonatales	Mayo del 2022 Diciembre 2022	Gestor de calidad
3	Implementación del seguimiento de las adolescentes embarazadas del Hospital Regional de Autlán para identificar factores de riesgo y su impacto en la resolución del embarazo.	El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo de complicaciones perinatales, casi todas susceptibles de prevención o tratamiento. Algunas de esas complicaciones se inician antes del embarazo.	Consulta externa	Mayo del 2022 Diciembre 2022	Gestor de calidad



**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.

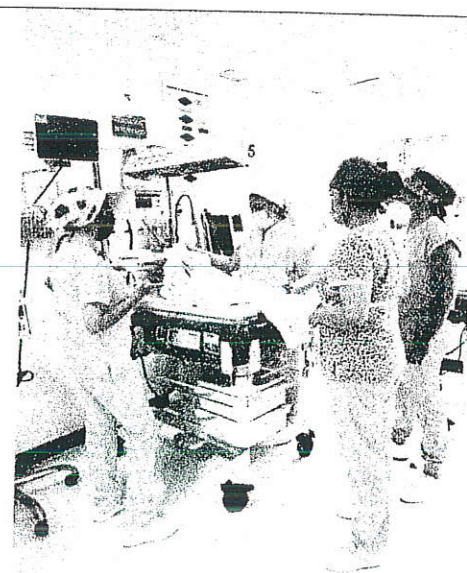
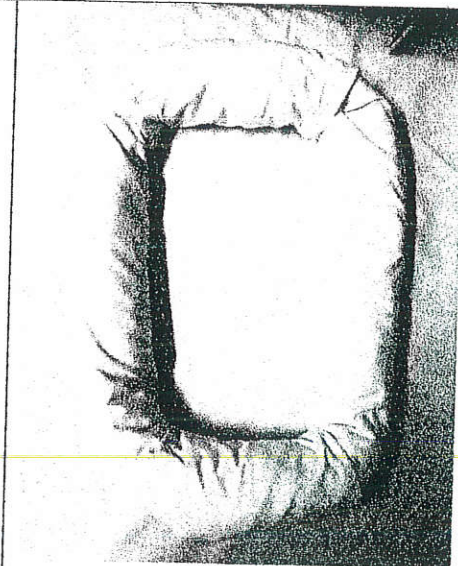
No.	Nombre del Proyecto de mejora	Resultados	
1	Estandarización de la Colocación de Sondas Vesicales en el Hospital Regional de Autlán, Enfocado a la Disminución de la Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.		
			






2

Contención y  
posicionamiento del  
neonato prematuro  
en la unidad de  
cuidados intensivos  
neonata-







3	Implementación del seguimiento de las adolescentes embarazadas del Hospital Regional de Autlán para identificar factores de riesgo y su impacto en la resolución del embarazo.	
---	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

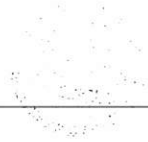


### 5. FASE III. VERIFICAR LOS RESULTADOS DE LA MEJORA.

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 le 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.	Estandarización de la Colocación de Sondas Vesicales en el Hospital Regional de Autlán, Enfocado a la Disminución de la Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud	Calidad técnica y seguridad del paciente	Estandarizar la Colocación de Sondas Vesicales Enfocado a la Disminución de la Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en el Hospital regional de Autlán partiendo de una medición basal de 0% e intentando un cumplimiento del 80%, del mes de mayo a septiembre 2022.	Los estudios epidemiológicos de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud ponen en primer lugar a la infección de vías urinarias como causante de estas patologías, seguido de la infección del sitio operatorio. por eso nos enfocaremos en estandarizar el proceso de colocación de la sonda urinaria.	80% de la técnica de colocación de sonda vesical se hace incorrecta con alto índice de contaminación	Al menos 100% de la técnica realizada de manera correcta	Cumplimiento al 100% del proyecto	
2.	Contención y posicionamiento del neonato prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonata-	Calidad técnica y seguridad del paciente	Capacitar al 100% del personal de enfermería que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) del Hospital Regional de Autlán de Navarro para que el 100% de las unidades de los neonatos prematuros tengan un nido de contención mediante una técnica estandarizada	La UCIN del HRA tiene una totalidad de nueve espacios funcionales para la atención de cuidados a pacientes neonatos prematuros, de los cuales en ningún espacio se tiene implementado nidos de contención que propicien un adecuado posicionamiento seguro del paciente y que además brinde el confort necesario para el cuidado y atención de la salud de los pacientes neonatales prematuros que atiende la institución	Cero espacios funcionales con nidos de contención en la UCIN	Capacitación del 100% del personal de enfermería involucrado en la atención del binomio	Cumplimiento al 100% del proyecto	
3.	Implementación del seguimiento de las adolescentes embarazadas del Hospital Regional de Autlán para identificar factores de riesgo y su impacto en la	Calidad técnica y seguridad del paciente	Implementar un registro de las pacientes adolescentes embarazadas que acuden a consulta de control prenatal, para conocer los factores de riesgo, para	El embarazo en la adolescente se asocia con mayor riesgo de complicaciones perinatales, casi todas susceptibles de prevención o tratamiento. Algunas de esas complicaciones se	Registrar y dar seguimiento a las consultas de control Prenatal de las adolescentes embarazadas en el 80% de los casos.	Registrar el 100% de las embarazadas adolescentes que acuden al control prenatal al hospital regional de Autlán.	Cumplimiento al 100% del proyecto	





	resolución del embarazo		prevenir complicaciones durante el embarazo y etapa perinatal, en el 80% de los casos, del 1º de mayo de 2022 al 31 de octubre de 2022	inician antes del embarazo.				
--	-------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	--	--	--	--

### 1.1. Documentar las mejoras (evidencias)<sup>16</sup>

Lista de documentos (informes, datos, gráficas, fotografías, videos, correos, encuestas, etc.) que dan evidencia de la mejora:

#### Proyecto 1:

Estandarización de la Colocación de Sondas Vesicales en el Hospital Regional de Autlán, Enfocado a la Disminución de la Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Proceso en el que se relaciona: Calidad técnica y seguridad del paciente.

Evidencia	Tipo (física, electrónica, etc.)
1. Elaboración de video demostrativo con técnica de colocación de sondas urinarias.	Electrónica.
2. Capacitación de los médicos internos.	Física.
3. Carteles informativos.	Física.
4. Gestión para contar con el material para la colocación de las sondas urinarias.	Física.
5. Formación de equipos con el material para la colocación de sonda vesical	Física.

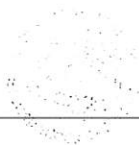
#### Proyecto 2:

Contención y posicionamiento del neonato prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonata-

Proceso en el que se relaciona: Calidad técnica y seguridad del paciente.

Evidencia	Tipo (física, electrónica, etc.)
1. Listado de firmas de capacitaciones del personal involucrado en el área.	Física
2. Fotografías de los talleres de capacitación.	Física y eléctrica.
3.	
4.	
5.	

<sup>16</sup> Para cada proyecto debe haber evidencias.



**Proyecto 3:**

Implementación del seguimiento de las adolescentes embarazadas del Hospital Regional de Autlán para identificar factores de riesgo y su impacto en la resolución del embarazo

Proceso en el que se relaciona: Calidad técnica y seguridad del paciente.

	Evidencia	Tipo (física, electrónica, etc.)
1.	Implementación de la bitácora (en la cual se dará seguimiento a las menores de edad para evitar factores de riesgo asociados con el embarazo).	Física.
2.	Capacitación al personal involucrado en el área de consulta. (ginecólogo y médicos internos dando seguimiento el encargado del proyecto).	Física.
3.		
4.		
5.		

## 1.2. Identificar efectos adicionales

No.	Nombre del Proyecto de mejora	Proceso que mejoró	Se alcanzaron efectos positivos adicionales (describe)
1.	Estandarización de la Colocación de Sondas Vesicales en el Hospital Regional de Autlán, Enfocado a la Disminución de la Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud	Material didáctico de capacitación	Disminución de las infecciones de sonda vesical.
2.	Contención y posicionamiento del neonato prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonata-	Elaboración de bitácoras	Mejora del confort del paciente neonatal prematuro.
3.	Implementación del seguimiento de las adolescentes embarazadas del Hospital Regional de Autlán para identificar factores de riesgo y su impacto en la resolución del embarazo	Elaboración de bitácoras	El seguimiento de las adolescentes embarazadas para registro de factores de riesgo.

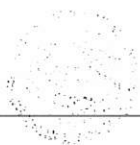
## 2. FASE IV. ACTUAR SOBRE LOS RESULTADOS DEL PMCCS.

### 2.1. 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 <sup>17</sup>	Frecuencia de verificación	Responsable de verificación	Resultado de la verificación
1.	Estandarización de la colocación de sonda vesical	Supervisión de técnica estéril y uso de la charola.	Cada que se coloque la sonda vesical	Dr. Alfredo Morales Calderón	Disminución de infecciones asociadas a la atención de Salud
2.	Todo el personal que entre a UCIN debe conocer las técnicas.	Llenado de bitácoras	Cada 2 meses	M.A.H.S.S.A. Arlene Pérez De Niz	Mejoramiento del confort de los pacientes neonatales prematuros.

<sup>17</sup> Los métodos de verificación pueden ser: supervisión, estudio de sombra, encuesta, lista de verificación u otros.



3.	Seguimiento de las adolescentes embarazadas para identificar factores de riesgo	Llenado de bitácoras	Cada 2 semanas	Dr. Juan Manuel Esquivéz Anaya.	Detección de los factores de riesgo en el control prenatal de las adolescentes.
----	---------------------------------------------------------------------------------	----------------------	----------------	---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

## 2.2. Difundir logros del PMC

- Difusión de las mejoras en el comité de COCASEP.

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

Durante la elaboración del documento, se agrade al personal que ha dedicado su tiempo a generar estrategias para mejorar los problemas existentes en la unidad hospitalaria.

### Personal directivo:

Dr. Rolando Rojo Vázquez.

Dra. Evelia Gil Velázquez.

### Personal operativo:

Dr. Alfredo Morales Calderón.

M.A.H.S.S.A. Arlene Pérez De Niz.

Dr. Juan Manuel Esquivéz Anaya.