

VALORACIÓN DE RECOMENDACIONES PARA ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Objetivo:

Fomentar la discusión y detectar las recomendaciones consideradas como prioritarias para mejorar la calidad del primer nivel de atención.

Participantes:

Profesionales responsables o vinculados a la gestión en calidad de las distintas Entidades Federativas.

Metodología:

Se evaluará cada una de las recomendaciones descritas rellenándose el **cuadro sombreado en la parte derecha de la hoja**. Debe puntuarlos **de 1 a 5**, de acuerdo con la opinión que le merezcan en relación a su **relevancia para mejorar la calidad** del primer nivel y **factibilidad de implementación** en el entorno de su Entidad Federativa. Se ruega considerar **separadamente** el grado de relevancia y la facilidad de implementación, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

Relevancia para mejorar la calidad	Factibilidad de implementación
1 - Irrelevante	1 – No factible
2 - Poco relevante	2 - Poco factible
3 – Medianamente relevante	3 – Medianamente factible
4 – Muy relevante	4 – Muy factible
5 – Máxima relevancia	5 – Totalmente factible

Las recomendaciones están agrupadas en intervenciones en la estructura o rediseños de los procesos (A), actividades de capacitación (B), y estudios o evaluaciones a realizar (C).



Ejemplo:

	Recomendación	Puntuación de 1 a 5 según instrucciones	
		Relevancia	Factibilidad
I. Liderazgo			
I.A.1	Homogeneizar el nivel jerárquico que corresponde a los responsables de calidad en las Entidades Federativas, Jurisdicciones y Centros, primando la cercanía al máximo nivel decisional en cada nivel.	5	3
I.A.2	Establecer líneas claras de coordinación entre nivel central, Responsables Estatales de Calidad, Gestores de Calidad, y Comités de Calidad y Seguridad del Paciente.	4	4
I.A.3	Implementar sistema de evaluación del liderazgo para la función de calidad que incluya los aspectos de cumplimiento de normas y de creación de valor público.	4	2
I.B.1	Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles del Sistema.	5	3

Comentarios adicionales: Aquí puede añadir cualquier recomendación que crea relevante y no haya sido incluida en la tabla, así como cualquier otro comentario o indicación que considere de interés

VALORACIÓN DE RECOMENDACIONES PARA ESTRATEGIAS DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Cuaderno de Recogida de datos

DATOS IDENTIFICATIVOS	
Nombre	
Apellido 1º	
Apellido 2º	
Entidad Federativa	
Puesto de trabajo en relación a la estructura de calidad	
Otros puestos de trabajo	
E-MAIL	

	Recomendación	Puntuación de 1 a 5 según instrucciones	
		Relevancia	Factibilidad
I. Liderazgo			
I.A.1	Homogeneizar la legislación en los ámbitos nacional y estatal a modo de reconocer, donde sea necesario, la mejora de la calidad como uno de los principales objetivos de las secretarías de salud y el derecho de la población a recibir atención de elevada calidad.		
I.A.2	Homogeneizar el nivel jerárquico que corresponde a los responsables de calidad en las Entidades Federativas, Jurisdicciones y Centros, primando la cercanía al máximo nivel decisonal en cada nivel.		
I.A.3	Redefinición del perfil y funciones de REC y gestores de calidad		
I.A.4	Reorientar las actividades de la estructura de calidad hacia la mejora continua.		
I.A.5	Establecer líneas claras de coordinación entre nivel central, Responsables Estatales de Calidad, Gestores de Calidad, y Comités de Calidad y Seguridad del Paciente.		
I.A.6	Reconocer y fomentar el liderazgo del personal de atención directa en las iniciativas de mejora.		
I.A.7	Implementar sistema de evaluación del liderazgo para la función de calidad que incluya los aspectos de cumplimiento de normas y de creación de valor público		
I.B.1	Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles del Sistema.		

Comentarios adicionales:

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSO APORTE!!

Recomendación		Puntuación de 1 a 5 según instrucciones	
II. Sistema de Información		Relevancia	Factibilidad
II.A.1	Asegurarse un despliegue uniforme de equipamiento e infraestructura en todo el Sistema de salud		
II.A.2	Rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad.		
II.A.3	Aumentar la cobertura de establecimientos que reportan al INDICAS en las instituciones del Sector Salud		
II.A.4	Rediseño del resumen de la información para que sea clara y útil en los diversos niveles de responsabilidad.		
II.A.5	Fomentar el uso de la información para mejorar la calidad.		
II.A.6	Integrar las fuentes de información y bases de datos existentes con criterios de complementariedad y eficiencia		
II.A.7	Establecer sistema de supervisión de la calidad, consistencia y confiabilidad de los datos		
II.A.8	Asegurarse comparabilidad entre Unidades, Entidades federativas y a nivel internacional		
II.A.9	Incorporar información sobre iniciativas de mejora y sus resultados		
II.A.10	Rediseño integral del sistema de información para la calidad		
II.B.1	Asegurarse personal especializado o al menos capacitado para garantizar la calidad de la información		
II.C.1	Revisar metodología de recolección de datos, tanto de los registros como de las encuestas		
II.C.2	Identificar e integrar indicadores de salud pública (protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad) en el sistema de indicadores para la calidad		
II.C.3	Evaluación integral y a profundidad dirigida del Sistema de Información de Calidad entre ellos el INDICAS		

Comentarios adicionales:

	Recomendación	Puntuación de 1 a 5 según instrucciones	
III. Participación de pacientes y población		Relevancia	Factibilidad
III.A.1	Asegurar difusión de los derechos y dimensión de la atención centrada en el paciente-familia-comunidad.		
III.A.2	Asegurar la difusión por los medios disponibles y supervisar la operación del sistema de quejas		
III.A.3	Asegurar que las unidades médicas cuenten con buzones de quejas, materiales e insumos.		
III.A.4	Construir e implementar encuesta de calidad percibida/informe del usuario sobre atención centrada en el paciente en sustitución de la actual encuesta de satisfacción.		
III.A.5	Incluir en el sistema de monitorización e información de la calidad, la implantación y uso del Consentimiento Informado.		
III.A.6	Incluir en el sistema de información de calidad los resultados del monitoreo de los derechos de los pacientes		
III.B.1	Generar competencias para desarrollar la "dimensión de la atención centrada en el paciente, familia-comunidad.		
III.B.2	Establecer acuerdo con la Dirección de Enseñanza para generar competencias en los internos de pregrado sobre la dimensión de la atención centrada en el paciente, familia, comunidad acción previa a la realización del servicio social.		
III.B.3	Capacitar al personal directivo y operativo sobre el funcionamiento del Sistema de quejas, felicitaciones y sugerencias que se haya definido.		
III.B.4	Capacitar en forma teórico- práctica al personal de los SESA en el monitoreo comunitario efectivo		
III.B.5	Capacitar a los AC para realizar el monitoreo comunitario.		
III.C.1	Revisar, delimitar atribuciones y unificar criterios de la Carta de los derechos de los pacientes con las instancias del Sector Salud involucradas		
III.C.2	Revisar con las instancias correspondientes el concepto de la: "Dimensión de la Asistencia Sanitaria centrada en el paciente, familia y comunidad.		
III.C.3	Delimitar atribuciones, competencias y unificar criterios de coordinación de los sistemas de reclamos y quejas en las unidades médicas y valorar mecanismos para incluir el sistema de la comunidad.		
III.C.4	Instaurar Sistema de Voluntades Anticipadas. (Petición consciente y voluntaria del paciente de no prolongar el sufrimiento o la vida). Enfoque Tanatológico).		
III.C.5	Evaluar los efectos del Aval Ciudadano como mecanismo de transparencia e impulso a la mejora, si se decide mantener su enfoque actual.		

Comentarios adicionales:

	Recomendación	Puntuación de 1 a 5 según instrucciones	
		Relevancia	Factibilidad
IV. Regulación y estándares.1: Programas de Certificación y Acreditación			
IV.1.A.1	Armonizar la terminología con el contexto internacional		
IV.1.A.2	Hacer explícitos los objetivos de Programa, la participación deseable de la Secretaría, y los beneficios potenciales para el Sistema de Salud		
IV.1.A.3	Reforzar la autonomía de todo el proceso así como de las entidades que certifiquen.		
IV.1.A.4	Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de "No certificación" como de los de "Certificación".		
IV.1.A.5	Incrementar participación de la Secretaría y Entidades Federativas en la formulación de los criterios de Certificación, una vez comprobada la efectividad del Programa		
IV.1.A.6	Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de "acreditación" como los de "no acreditación".		
IV.1.A.7	Ampliar cobertura (en acreditación), una vez comprobada su efectividad.		
IV.1.C.1	Revisar los criterios (de acreditación) teniendo en cuenta las Normas existentes		
IV.1.C.2	Evaluar efectividad y costo/efectividad del Programa de certificación		
IV.1.C.3	Diseñar esquema de incentivos para la participación de los establecimientos de atención médica públicos, una vez comprobada la efectividad del Programa		
IV.1.C.4	Valorar la permanencia del Programa, considerando alternativas que no impliquen voluntariedad		
IV.1.C.5	Evaluar efectividad y costo/efectividad del Programa de acreditación.		

Comentarios adicionales:

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSO APOORTE!!

	Recomendación	Puntuación de 1 a 5 según instrucciones	
IV. Regulación y estándares.2: Guías de Práctica Clínica		Relevancia	Factibilidad
IV.2.A.1	Dotar de marco jurídico que contemple homologación sectorial y relación con las Normas sobre procesos clínicos.		
IV.2.A.2	Simplificar el proceso a nivel central (menos actores e instituciones involucrados).		
IV.2.A.3	Especificar metodología para selección y priorización de temas.		
IV.2.A.4	Establecer procedimiento para actualización de las guías.		
IV.2.A.5	Establecer directrices claras para adaptación y formato de las GPC.		
IV.1.A.6	Especificar mecanismos de valoración de la evidencia.		
IV.1.A.7	Contemplar procedimiento de adaptación local y participación de pacientes y población.		
IV.1.A.8	Vincular completamente la estrategia de implementación al proceso de desarrollo de las GPC.		
IV.1.A.9	Reforzar incorporación de GPC a la docencia universitaria.		
IV.1.A.10	Vincular completamente al proceso de desarrollo de las GPC.		
IV.1.A.11	Establecer política sectorial sobre fomento de uso de Vías Clínicas y Modelos de Atención		
IV.1.B.1	Incorporar capacitación sobre diseño y uso de Vías clínicas a la formación Continuada del nivel operativo		
IV.1.C.1	Revisar relación conceptual con las Normas sobre procesos de atención clínica		
IV.1.C.2	Evaluar la calidad formal (atributos) de las GPC existentes		
IV.1.C.3	Establecer valoración sistemática de la calidad formal de las nuevas GPC		
IV.1.C.4	Evaluar e intervenir sobre los problemas de difusión e implementación de las GPC		
IV.1.C.5	Diseñar mecanismos de control e incentivos de utilización de las GPC		
IV.1.C.6	Diseño de indicadores y evaluación de utilización y efectividad para GPC prioritarias		

Comentarios adicionales:

	Recomendación	Puntuación de 1 a 5 según instrucciones	
V. Capacidad Organizacional.1: Infraestructura física y Recursos Humanos		Relevancia	Factibilidad
V.1.A.1	Seguir incrementando el número de UAA, introduciendo criterios de equilibrio territorial		
V.1.A.2	Clarificar criterios de planificación para construcción de nuevas Unidades.		
V.1.A.3	Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar la infraestructura básica de las UAA existentes.		
V.1.A.4	Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar el equipamiento de las UAA existentes según Normas.		
V.1.A.5	Establecer criterios y normativa para lograr equilibrio territorial		
V.1.A.6	Establecer sistema de Monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, incluyendo tiempo de viaje y servicios a los que se accede.		
V.1.A.7	Distribuir al personal existente y generar oferta local (complementando con incentivos) para garantizar permanencia.		
V.1.A.8	Generar oferta académica local (mediante becas condicionadas) para garantizar profesionales locales		
V.1.A.9	Distribuir al personal de enfermería existente y generar oferta local (complementando con incentivos) para garantizar permanencia		
V.1.A.10	Generar oferta académica local (mediante becas condicionadas) para garantizar profesionales locales		
V.1.A.11	Establecer políticas de incremento de RRHH en el primer nivel, con criterios de equilibrio territorial, y el objetivo de alcanzar 25 profesionales por 100 mil habitantes sin seguridad social (HSSS).		
V.1.A.12	Minimizar y equilibrar (medio urbano y rural) las UAA atendidas exclusivamente por médicos pasantes.		
V.1.A.13	Establecer incentivos para los puestos de trabajo en el medio rural.		
V.1.A.14	Incrementar dotación de personal de enfermería en UAA y en el medio rural.		
V.1.A.15	Equilibrar la razón enfermería/médico, priorizando el incremento en los Estados que está por debajo de 1		
V.1.A.16	Definir composición del equipo de profesionales de primer nivel y establecer procedimientos para su cumplimiento.		
V.1.A.17	Equilibrar entre Entidades Federativas la integración de otros profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, odontólogo, etc.) al primer nivel de atención,		
V.1.A.18	Integrar y establecer de forma explícita una Política de Recursos Humanos (planificación, formación, gestión) para el Sistema de Salud		
V.1.A.19	Mejorar las condiciones de contratación para el personal médico, de enfermería y otros especialistas.		
V.1.B.1	Generar programas de formación continuada con criterios de equilibrio (rural-urbano) con enfoque de necesidades locales		
V.1.C.1	Evaluar impacto de las Caravanas en la accesibilidad efectiva.		
V.1.C.2	Mantener (generar) catálogo activo y actualizado de necesidades de infraestructura básica (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer procedimiento para su resolución.		
V.1.C.3	Mantener catálogo activo y actualizado de necesidades de equipamiento (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer procedimiento para su resolución.		

Comentarios adicionales:

	Recomendación	Puntuación de 1 a 5 según instrucciones	
V. Capacidad Organizacional.2: Suministro de Medicamentos		Relevancia	Factibilidad
V.2.A.1	Selección: Unificar y transparentar los criterios de selección de los Cuadros Básicos Estatales (Unificar listados de medicamentos para primer nivel de atención)		
V.2.A.2	Selección: Mejorar la comunicación y los procesos de vinculación entre las áreas, médica y administrativa, en términos de la selección de medicamentos.		
V.2.A.3	Adquisición: Institucionalizar la Comisión Nacional de Negociación de Precios de Medicamentos con estructura, fondos, normativa, recursos humanos y materiales para la negociación de precios de medicamentos de fuente única.		
V.2.A.4	Adquisición: Ampliar el ámbito de competencia de la CNNPM para negociar con grandes proveedores de medicamentos de múltiple fuente los precios de adquisición de los medicamentos		
V.2.A.5	Almacenamiento: Verificar si la infraestructura estatal, jurisdiccional y local de los almacenes de medicamentos está conforme con la norma.		
V.2.A.6	Distribución: Calendarizar los tiempos de entrega de medicamentos para cada una de las jurisdicciones y de las jurisdicciones a las UMPNA de acuerdo a las necesidades de locales y completar infraestructura necesaria para la distribución (ej. camionetas).		
V.2.A.7	Distribución: Sanciones económicas y de no recontractación para los proveedores adjudicados incumplidos y reincidentes en la falta de entrega de medicamentos en los tiempos, condiciones y puntos de entrega negociados.		
V.2.A.8	Almacenamiento: Verificación de la disponibilidad de los medicamentos en los almacenes por parte de grupos civiles y representantes de la comunidad. (Vincular acción con aval ciudadano).		
V.2.A.9	Distribución: Otorgar incentivos/sanciones a los privados para que surtan medicamentos a las UMPNA más lejanas		
V.2.A.10	Uso racional: Implementar un sistema de seguimiento rutinario de pacientes crónicos para mejorar la adherencia terapéutica u resultados de salud.		
V.2.A.11	Uso racional: Desarrollar información dirigida al paciente que se debe entregar junto con el medicamento.		
V.2.A.12	Uso racional: Implementar un proceso de monitoreo rutinario de la calidad y seguridad de la farmacoterapia para informar al personal médico y tomar acciones correctivas si son necesarias.		
V.2.A.13	RRHH: Creación de incentivos para personal con buen desempeño.		
V.2.B.1	Uso racional: Involucrar a la enfermera como gestora de medicamentos que eduque al paciente y de seguimiento a la farmacoterapia del paciente.		
V.2.B.2	RRHH: Capacitar, profesionalizar y certificar las competencias de los encargados de estatales de realizar cada una de las etapas y las actividades del SISUMED		
V.2.C.1	Adquisición: Estimar las necesidades con base en la población usuaria y su morbilidad. (datos históricos ajustados a la demanda real)		

V.2.C.2	Adquisición: Contar con información actualizada para estimar metodológicamente la correspondencia con la demanda y la necesidad de salud		
V.2.C.3	Adquisición: Documentar donde existe falta de compra de medicamentos necesarios por falta de presupuesto para mejorar la asignación de presupuesto.		
V.2.C.4	Selección: Basar la selección de los medicamentos en las guías clínicas entre otros criterios para asegurar que los medicamentos incluidos en las guías de práctica clínica están incluidos en los cuadros básicos en todos los estados.		
V.2.C.5	Adquisición: Establecer indicadores de efectividad de negociación de precios de medicamentos de la CNNPM con base en los precios internacionales de referencia.		
V.2.C.6	Distribución: Evaluar costo-efectividad de diversos esquemas, sobre todo público vs. contratación a empresas privadas.		
V.2.C.7	Sistemas de información: Evaluar los sistemas y la tecnología de información con la que cuenta cada estado y el grado de actualización que tienen. Y asignar recursos para adecuar/actualizar/desarrollarlos.		

Comentarios adicionales:

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSO APORTE!!

	Recomendación	Puntuación de 1 a 5 según instrucciones	
V. Capacidad Organizacional.3: Financiación e Incentivos		Relevancia	Factibilidad
V.3.A.1	Se requiere analizar esquemas de financiamiento que permitan incrementar el gasto público en salud, acercándose al promedio de países OCDE.		
V.3.A.2	Etiquetar presupuestalmente recursos dirigidos a asegurar que las unidades de salud cuenten con las condiciones estructurales normadas.		
V.3.A.3	Requiere incrementar la cobertura de aseguramiento y de uso efectivo de servicios de salud, a través de mejorar la accesibilidad geográfica, oportunidad de la atención, y efectividad de la misma.		

Comentarios adicionales:

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSO APORTE

	Recomendación	Puntuación de 1 a 5 según instrucciones	
		Relevancia	Factibilidad
VI. Modelos de Atención			
VI.A.1	Integrar los diversos subsistemas.		
VI.A.2	Definir redes de atención funcionales.		
VI.A.3	Coordinar todas las actividades de prevención y promoción de la salud, integradas en la atención de primer nivel.		
VI.A.4	SINOS/Consulta Segura: Coordinar con otras actividades de promoción y prevención.		
VI.A.5	SINOS/Consulta Segura: Planificar y ejecutar programa completo (incluido seguimiento).		
VI.A.6	UNEMES-EC: Coordinar claramente con el resto del sistema.		
VI.A.7	Establecer indicadores de promoción y prevención a integrar en el INDICAS o sistema de indicadores para la calidad equivalente y/o enlazar con el Sistema de información oficial.		
VI.A.8	Establecer sistema de indicadores para monitoreo de calidad, a integrar en INDICAS o sistema equivalente.		
VI.C.1	Modelo general de atención APS: Revisar justificación y características de los diversos tipos de Unidades de Atención de primer nivel.		
VI.C.2	Modelos de atención a problemas de salud específicos: UNEMES-EC: Revisar criterios de referencia y contra-referencia.		
VI.C.3	Acreditación por redes.		
VI.C.4	Modelo general de atención APS: Valorar la posibilidad de reforzar lo existente o en su caso diseñar un modelo integral semejante.		
VI.C.5	Revisar y evaluar mecanismos de referencia y contra-referencia e Integrar al proceso de acreditación por redes.		
VI.C.6	Evaluar y reforzar utilización de las Cartillas de Salud.		
VI.C.7	Modelos de atención a problemas de salud específicos: SINOS/Consulta Segura. Evaluar implementación, resultados e impacto		
VI.C.8	Modelos de atención a problemas de salud específicos: UNEMES-EC. Valorar costo/efectividad de otras alternativas (ej. Refuerzo de capacidad resolutoria de Unidades de Atención de primer nivel).		

Comentarios adicionales:

MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSO APORTE