



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE
PUERTO RICO
Departamento de Salud

Modelo *PDSA Cycle*: *fortaleciendo nuestro desempeño* *(2da parte)*

Departamento de Salud
Oficina Central de Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles
Programa Ryan White Parte B/ADAP
Comité Guía de Calidad
2014



Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud



Objetivos

- ◆ Describir la importancia de desarrollar proyectos de mejoramiento de calidad en los servicios clínicos y de apoyo de VIH/SIDA.
- ◆ Aumentar destrezas en la utilización del modelo *PDSA Cycle* para mejorar la calidad de los servicios.
- ◆ Destacar la importancia de mejorar los procesos para mejorar la calidad de los servicios.

Pregunta clave:

¿Cómo podemos acelerar cambios y mejoramiento en nuestro programa?

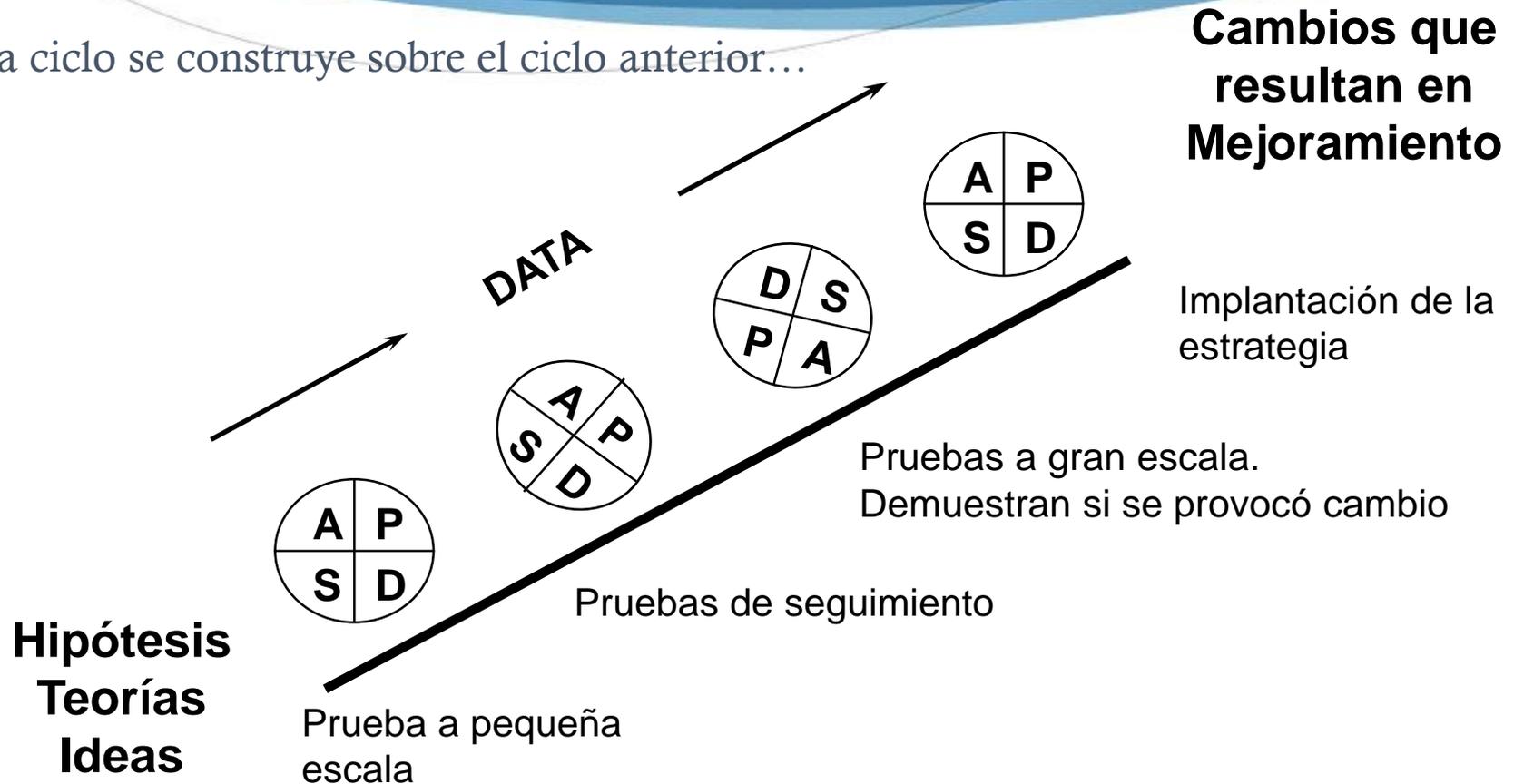


PDSA Cycle



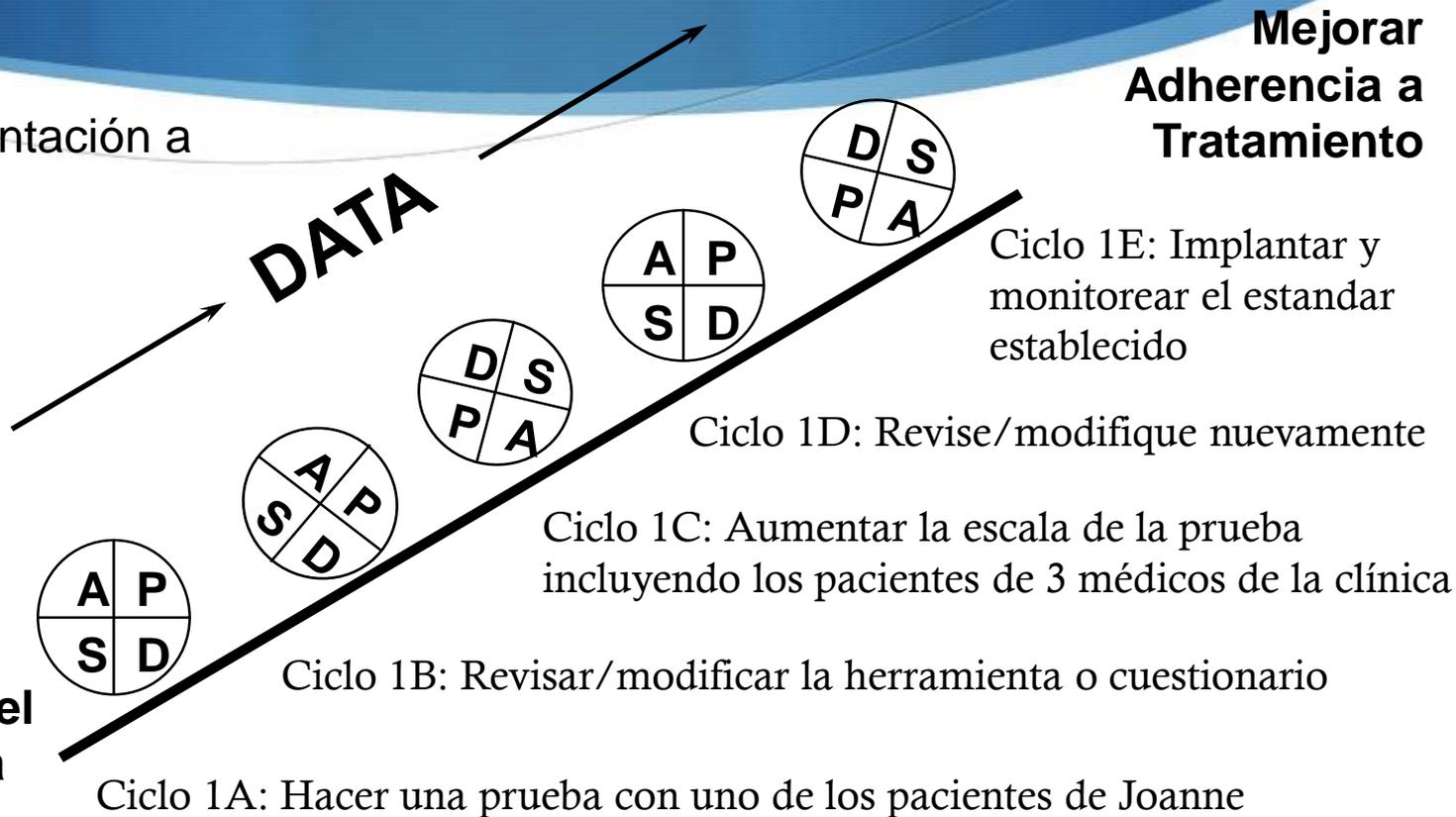
¿Cómo el hacer pruebas nos conduce al mejoramiento de los procesos?

Cada ciclo se construye sobre el ciclo anterior...



Comience en pequeño y abarque más

Ciclos para la implantación a gran escala...



Entender cómo el paciente maneja los "issues" relacionados a la adherencia

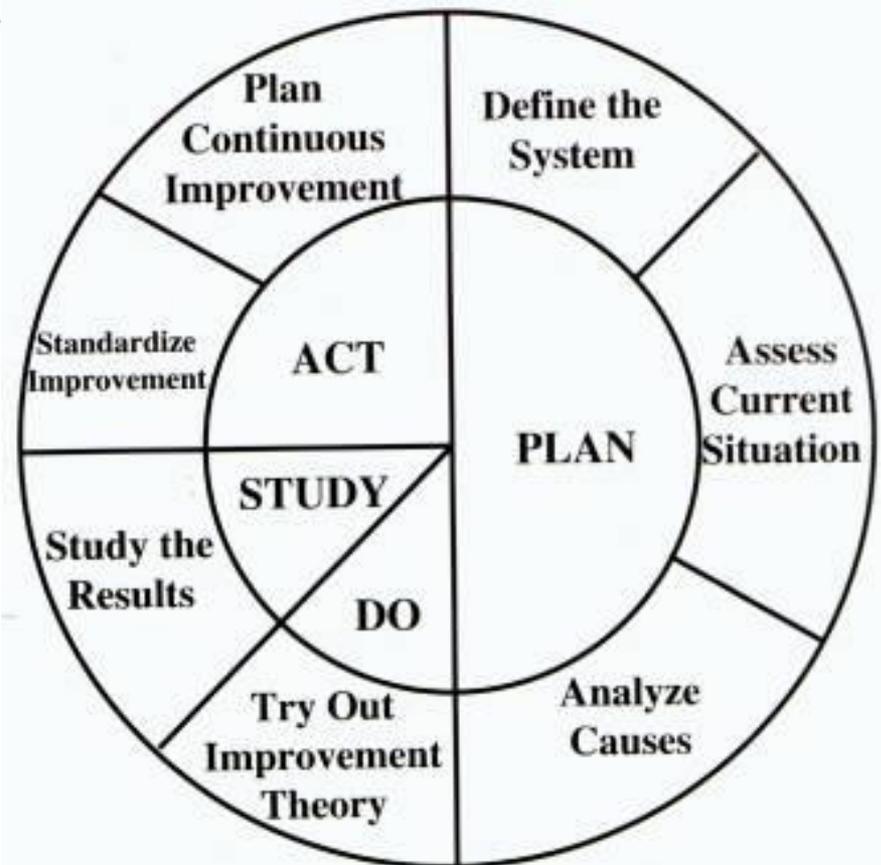
Paso 1: Plan (Planificación)

- ◆ Defina el sistema y los procesos
- ◆ Análisis de posibles causas del problema
- ◆ Análisis del efecto
- ◆ Objetivos de cambio
- ◆ Predicciones/ Metas/ Medidas/ Indicadores
- ◆ Plan de implantación
(quién, qué, cuándo, dónde)
- ◆ Plan de colección de datos
- ◆ Instrumentos de obtención de datos
- ◆ Defina tiempo del Proyecto de Mejoramiento
(nunca debe ser más de 6 meses)

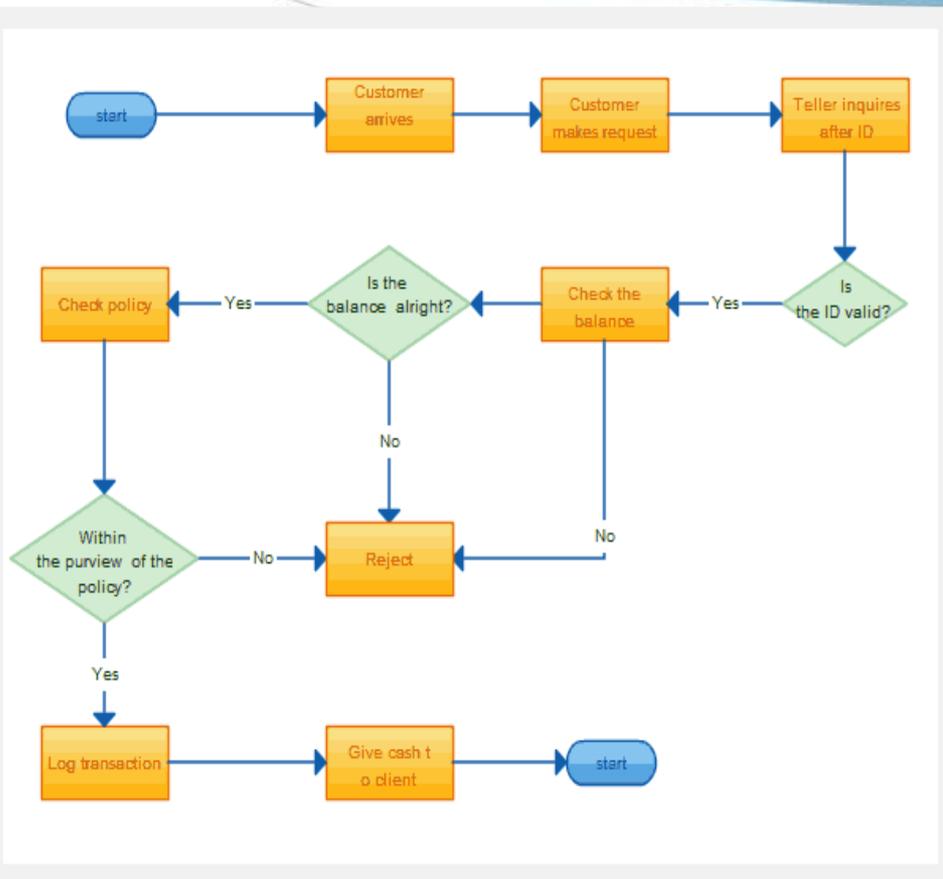


Entendiendo el Proceso

- Los **procesos** son el objeto de nuestros esfuerzos de calidad.
- Mejoramiento de calidad significa **mejorar los procesos**.



Flujograma para entender los procesos



- Una fotografía de los pasos de un proceso:
- Entender el proceso
- Identificar potenciales razones para los “problemas”
- Bosquejar el proceso ideal
- Comunicar al Comité de Calidad y todas las personas que intervienen en los procesos

Diagnóstico de Situación

¿Qué herramientas pueden ayudar al Programa a analizar la información y tomar decisiones?

- Informes de CAREWare
- Expediente clínico o de servicio
- Experiencia del personal clínico
- Desempeño en un periodo anterior
- Informe final de Plan de Calidad
- Procesos
- Flujogramas
- Otros



Teoría de Causa -Efecto

Causa

Una causa es la razón o lo que motiva una acción.

Sin la causa la acción no ocurre. Esto quiere decir que una vez que se remueve/elimina la causa, el efecto/acción desaparece.

Ejemplo: Debido a que está lloviendo ...

Efecto

Un efecto es lo que ocurre por la influencia de la causa. De otra forma, el efecto es la consecuencia de la causa.

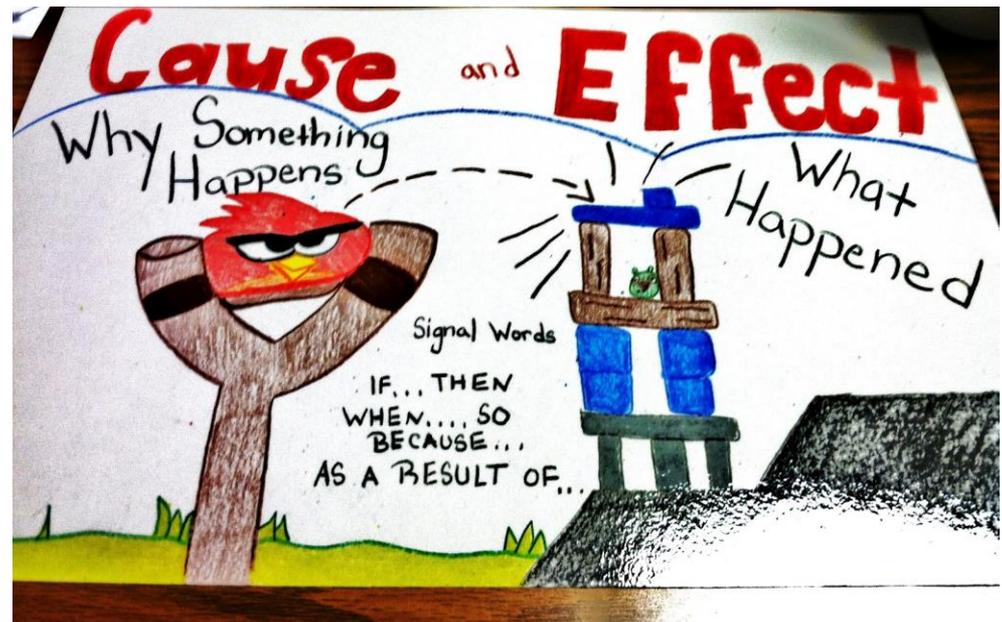
Debido a la causa, ¿Qué ocurre?

Ejemplo: ... no podemos salir al patio en el recreo

Teoría de Causa -Efecto

Los problemas en los procesos son causados por:

- Métodos
- Materiales
- Equipo
- Ambiente
- Personas
- Falta de comunicación
- Entendimiento de los procesos





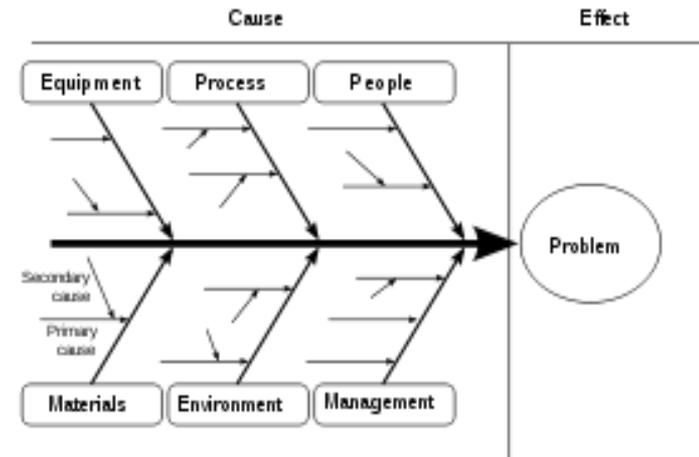
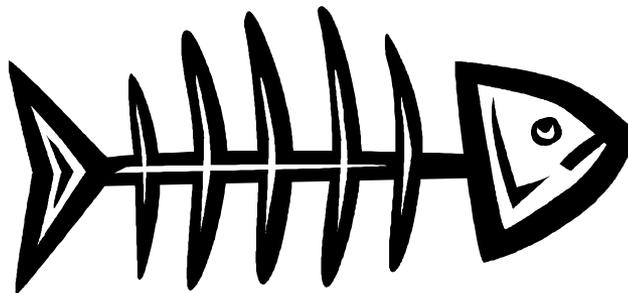
Lluvia de Ideas

- ◆ Es una técnica de grupo en donde los participantes generan una lista de ideas sobre un tópico sin ejercer juicio sobre ellas.
- ◆ Se fomenta la generación de ideas nuevas.
- ◆ No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas las ideas son aceptadas.
- ◆ Se recomienda incluir tanto a los expertos como a los usuarios del proceso/servicio.

Diagrama de Causa y Efecto

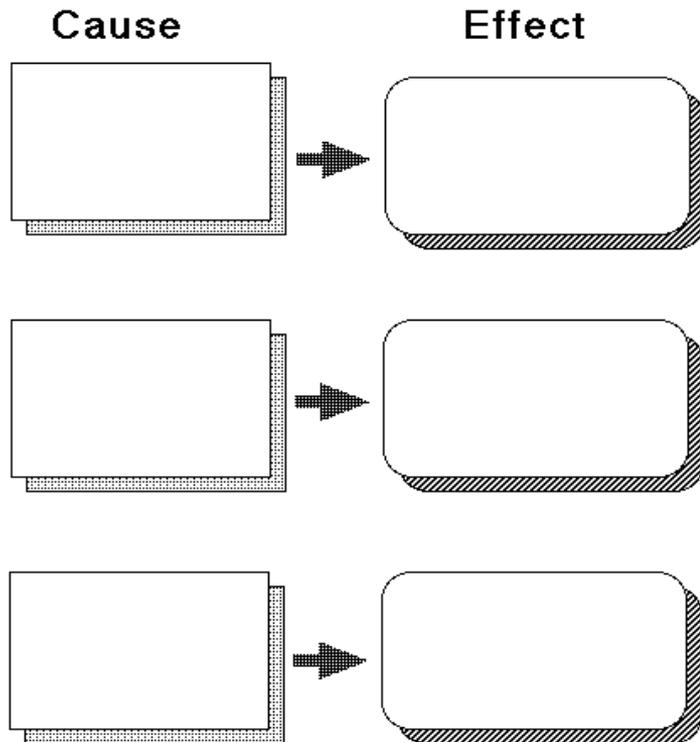


- ◆ También es conocido como diagrama Ishikawa o diagrama de hueso de pescado (“fishbone diagram”).
- ◆ El resultado de un proceso puede atribuirse a una multitud de factores. Este diagrama facilita ilustrar y entender la relación de causa-efecto de estos factores. Es preciso tener en cuenta la estructura o relación múltiple de causa-efecto para desarrollar el diagrama. Permite identificar la raíz de las causas.
- ◆ Ayuda a estructurar los resultados del ejercicio de lluvia de ideas.



Construya un diagrama de causa - efecto

name _____



- ◆ Escriba el efecto
- ◆ Identifique las principales áreas
- ◆ Haga un “torbellino de ideas” sobre posibles causas
- ◆ Pregúntese ¿por qué? Varias veces
- ◆ Cuando las ideas sean pocas, pregunte por una idea más...
- ◆ Comprobar si hay lógica, integridad y equilibrio

Estableciendo las Metas / Predicciones

- ◆ Utilice los resultados de desempeño de un periodo anterior (ej. Año pasado)
- ◆ Identifique los indicadores que reportan bajo desempeño.
- ◆ Establezca metas realistas y medibles. Se recomienda establecer una sola meta por proyecto de mejoramiento.
- ◆ Establezca las acciones y procedimientos para implementar las actividades.
- ◆ Determine si la evaluación será por universo o por muestreo.

Plan: un ejemplo

PLAN:

- El Comité de Calidad analizó los datos obtenidos en el Informe Anual de Resultados de la Medidas Clínicas 2011.
- Analizó datos obtenidos a través de visitas de monitorías clínicas y reportes de CAREWare para el 2011.
- Los datos reflejan que para el 2010 el 49% de las mujeres con VIH recibieron cernimiento de cancer cervical (Pap Smear) y en el 2011 un 50%. Reportando un aumento de solo un 1% en un año, pero la mediana nacional es de 62.5%.
- Como resultado, el Comité de Calidad decidió implementar un proyecto de mejoramiento en el año 2012.
- Meta: aumentar a un 52% el desempeño en pruebas de cernimiento de cancer cervical para el 2012.
- Analizó causa y efecto: Barreras que afectan el cumplimiento (causas)- pobre entrada de datos a CAREWare, mujeres que no asisten a sus citas con el ginecólogo, percepción cultural de las mujeres respecto al cuidado ginecológico, desconocimiento sobre acceso a pruebas de Pap Smear bajo el plan Mi Salud, limitaciones en la comunicación entre proveedor de servicio de VIH y el ginecólogo y limitado personal adiestrado en tomar muestra de cancer cervical.
 - Se integró una consumidora en este análisis para obtener su insumo en cuando a barreras (causas)
- Efecto: pobre cumplimiento con el indicador clínico. Aumento en riesgo de cáncer cervical.
- Diseño de formularios para obtener datos. Hacer el plan de acción.

Sobre el Paso 1: Plan debemos recordar...

- ◆ Describir la situación actual
- ◆ Nombrar qué cambios son necesarios
- ◆ ¿Quién, dónde, cuándo y cómo se implementaran las actividades?
- ◆ Predicciones- Metas
- ◆ ¿Dónde, cuándo, cómo de recogerán los datos? ¿Quién analizará los datos?

Ejercicio de Práctica

Paso 1: Plan

- ◆ Instrucciones:
 - ◆ Utilize el Formulario PDSA Cycle para completar el paso 1
 - ◆ Seleccione un indicador para realizar un Proyecto de Mejoramiento:
 - ◆ Identifique un indicador de calidad cuyos datos recientes han reflejado estar por debajo de la meta esperada.
 - ◆ Establezca al menos un objetivo de cambio
 - ◆ Complete la sección *PLAN*

Ejercicio de Práctica

Paso 1: Plan

- ◆ Diseño del Plan de Acción
 - ◆ Utilice el formulario de Plan de Acción provisto para elaborar el plan que se propone implementar.
 - ◆ Describa claramente las acciones y actividades en el orden lógico que deben ocurrir.
 - ◆ Para cada causa identificada como viable trabajar, elabore las actividades/estrategias, personal que debe implementar cada actividad y la fecha que debe ser implementada y finalizada.

Paso 2: *DO* (Implementación Plan de Acción)

- ◆ Inicio de prueba de la teoría de cambio
- ◆ Implementar el plan
- ◆ Adiestrar sobre utilización de formularios para obtención de datos
- ◆ Otros Adiestramientos (si fuese necesario)
- ◆ Documentar el proceso
- ◆ Colección de datos sistemáticamente
- ◆ Alertas

Paso 2: *DO* (Implementación Plan de Acción)

- ◆ Algunas herramientas que facilitan este proceso son:
 - ◆ Plan de acción
 - ◆ Hojas de cotejo o de observación
 - ◆ Flujogramas
 - ◆ Reuniones del Comité de Calidad

OBSERVATION SHEET														
SHEET 1 OF 1 SHEETS										DATE				
OPERATION										OP.NO.				
PART NAME										PART NO.				
MACHINE NAME										MACH.NO.				
OPERATOR'S NAME & NO.										MALE <input type="checkbox"/>				
										FEMALE <input type="checkbox"/>				
EXPERIENCE ON JOB										MATERIAL				
FOREMAN										DEPT.NO.				
BEGIN	FINISH	ELAPSED		UNITS FINISHED				ACTUAL TIME PER 100			NO. MACHINES OPERATED			
ELEMENTS		SPEED	FEED	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SELECTED TIME
1.				T										
2.				R										
3.				T										
4.				R										
5.				T										
6.				R										
7.				T										
8.				R										
9.				T										
10.		(1)		R										
11.		(2)		T										
12.		(3)		R										
13.		(4)		T										
14.		(5)		R										
15.		(6)		T										
16.		(7)		R										
17.		(8)		T										
18.				R										
SELECTED TIME	RATING		NORMAL TIME		TOTAL ALLOWANCE			STANDARD TIME						
SKETCH OF COMPONENTS:							TOOLS, JIGS, GAUGES:							
TIMED BY:														

DO: un ejemplo

Do: Meta-Aumentar a un 52 % de cumplimiento con Pap Smear en el 2012.

Fase 1

- Establecer fecha: Julio – Diciembre de 2012
- Proveer orientación al personal clínico sobre el proyecto, baseline, y metodología
- Orientación sobre importancia de hacer Pap Smear a proveedores y consumidoras
- Orientar sobre formulario para obtener datos
- Obtener data de progreso mensualmente
- Reuniones mensuales del Comité de Calidad para evaluar progreso
- Acuerdo colaborativo con AETC para adiestrar
- Acuerdos con laboratorios para procesar las muestras
- Adiestramiento sobre toma de muestra a una enfermera del sistema
- Cubrir los costos de la bandeja de muestra

Fase 2

- Implementar intervenciones de impacto en la comunidad entre varios proveedores de servicio, integrando recursos. Ej. Personal adiestrado en toma de muestra y unidad movil para ir a la comunidad a hacer las muestras.
- El Comité de Calidad evalúa mensualmente datos de tendencias y actividades realizadas.
- Hacer alertas a los proveedores mensualmente.
- Listar barreras y acciones para trabajarlas
- Se analiza los resultados

Sobre el Paso 2: *DO* debemos recordar...

- ◆ Observaciones sobre la implementación del plan
- ◆ ¿Se están implementando las actividades descritas en el plan?
- ◆ Documentar el proceso:
 - ◆ Uso de formularios
 - ◆ Datos recolectados
 - ◆ Fecha de entrega de datos
 - ◆ Análisis de datos y tendencias
- ◆ Medidas correctivas para modificar el plan de ser necesario

Paso 3: *Study* (*Estudio*)



- ◆ Examine los resultados
- ◆ Análisis de los datos
- ◆ Comparar los resultados con las predicciones /metas. Los resultados, ¿Confirman la teoría de cambio?
- ◆ ¿Hay tendencias?
- ◆ ¿Hay mejoría?
- ◆ Resumir qué se aprendió

Paso 3: *Study* (*Estudio*)

◆ Herramientas:

- ◆ Haga gráfica de datos por mes
- ◆ Hoja de observación de fidelidad (Check Sheets)



Study: un ejemplo

- ◆ Study: Luego de la implementación del Proyecto:
 - ◆ El Comité de Calidad evalúa los resultados finales a diciembre 2012.
 - ◆ Evalúa la magnitud de los resultados.
 - ◆ Resultado: Un significativo aumento de cumplimiento con las pruebas de Pap Smear de 50% (baseline) a 72% a diciembre de 2012. Aumento de un 20%.
 - ◆ Las actividades implementadas tuvieron el efecto esperado: Mejorar desempeño.
 - ◆ Los formularios para obtención de datos fueron efectivos
 - ◆ Los procedimientos establecidos fueron efectivos

Sobre el Paso 3: *Study* debemos recordar...

- ◆ Examinar los resultados
- ◆ Comparar los resultados con las metas trazados
- ◆ Comparar los resultados con datos de periodos anteriores
- ◆ Describa lo que se aprendió
 - ◆ ¿Qué fue util y qué no?
- ◆ ¿Las predicciones fueron correctas? ¿Por qué?

Paso 4: Act (Acción)

- ◆ Proceso continuo
- ◆ Llegue a conclusiones sobre la teoría de cambio. ¿Se alcanzaron las metas?
- ◆ Si no se alcanzaron las metas, desarrolle una nueva teoría e inicie el ciclo.
- ◆ Evalúe ¿qué cambios hay que hacer?
- ◆ Estandarice los cambios positivos a todos el sistema y procesos.
- ◆ Establezca próximos pasos.

Act: un ejemplo

Act: Toma de decisiones del Comité de Calidad:

- Para el año 2013, se utilizarán los formularios de obtención de datos en todos los proveedores.
- El proceso de orientación sobre la importancia de realizar Pap Smear será continuo.
- Se mantendrán acuerdos de colaboración entre proveedores para realizar intervenciones en comunidad utilizando la unidad móvil al menos dos veces por año.
- Se proveerán informes trimestrales de CAREWare para ir observando tendencias. Estos reportes incluirán alertas.
- Establecerá un procedimiento de reconocimiento a las consumidoras y proveedores.
- Presentar resultados a la gerencia de los programas y proveedores clínicos.
- Toma decisiones sobre próximos proyectos de mejoramiento
- Inicio del PDSA Cycle

Sobre el Paso 4: *Act* debemos recordar...

- ◆ Tener un análisis de las lecciones aprendidas
- ◆ Basado en resultados, cuáles son los próximos proyectos
- ◆ ¿Cuáles acciones o cambios a los procesos se deben estandarizar?
- ◆ Institucionalizar los cambios en los procesos
- ◆ Celebrar cambios significativos

¡Tips para el Éxito!

- ◆ Identifique los jugadores correctos
- ◆ Elimine el miedo...
- ◆ Use notas para documentarlo todo
- ◆ Identifique nuevas ideas según se avanza
- ◆ Repase los principales pasos en reuniones del Comité de Calidad
- ◆ Revisar cuidadosamente el flujograma
- ◆ Comparta los hallazgos
- ◆ Reconozca los avances

Referencias

Minnesota Department of Health. 2013. PDSA: Plan-Do-Study-Act (Rapid Cycle Improvement). <http://health.state.mn.us/divs/opi/qi/toolbox/pdsa.html>

Moen, R., Norman, C., *Evolution of the PDSA Cycle*.
<http://pkpinc.com/files/NA01MoenNormanFullpaper.pdf>

National Quality Center. 2009. The PDSA Cycle: How Can We Accelerate Improvements in HIV Care? <http://nationalqualitycenter.org/index.cfm/5852>

National Quality Center. 2009. Useful Quality Improvement Tools.
<http://nationalqualitycenter.org/index.cfm/6101/15791>

Richard, J. 2007. Model for Improvement. www.sa-health.wikidot.com/pdsa-cycle