

MINISTERIO DE SALUD



Nº 0154-DE-HONADOMANI-SB/

2012

## Resolución Directoral

Lima 09 de Julio de 2012



Visto, el expediente N° 10058-12;

### CONSIDERANDO:

Que, el Artículo II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, dispone que la protección de la salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la Ley N° 26842, "Ley General de Salud", en su artículo VI del título preliminar establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. De igual manera, establece en su artículo 2° que, toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Asimismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales;

Que, por Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el documento: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médico de apoyo;

Que, mediante Nota Informativa N° 110-2012-OGC-HONADIOMANI-SB, de fecha 19 de junio de 2012, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita al Director General la aprobación del Documento Técnico: Plan de Gestión de la Calidad 2012 y 2013 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, mediante Memorando N° 0275- SDG-HONADOMANI-SB-2012, la Sub Dirección General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", emite opinión favorable para la aprobación del Plan de Gestión de la Calidad 2012 - 2013; por lo cual es procedente su aprobación;

HONADOMANI "SAN BARTOLOME"  
OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA  
19.07.12  
RECIBIDO  
HORA: 6:05 FIRMA: [Firma]



Con la visación de la Sub-Dirección General, de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 436-2011/MINSA, y Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, Reglamento de Organización y Funciones del Hospital, que aprobó el Reglamento;

**SE RESUELVE:**



**Artículo Primero:** Aprobar el Documento Técnico "**Plan de Gestión de la Calidad 2012 – 2013 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"**", el cual en documento adjunto y debidamente visado forma parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo Segundo:** Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" el monitoreo, supervisión y cumplimiento del Plan de Gestión de la Calidad durante el periodo 2012 – 2013.

**Artículo Tercero:** Disponer la publicación del Documento Técnico: "**Plan de Gestión de la Calidad 2012-2013 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"**", en la Pág. Web de la Institución.

Regístrese y Comuníquese



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO  
SAN BARTOLOMÉ

DR. JULIO CANO CARDENAS  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 12778

JCC/GVO/JCVO

- OEI ✓
- C.C.
  - SDG
  - OGC
  - OEPE
  - OAJ
  - ARCHIVO.

**HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME**

**OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD**

**DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTION  
DE LA CALIDAD 2012-2013**

Año 2012

# **DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2012-2013**

**Dr. Julio Cano Cárdenas**

**Director General del HONADOMANI San Bartolome**

**MSc Alvaro Cesar Santivañez Pimentel**

**Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad**

## **Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad**

Dr. Edy Vera Ioyola

Dr. Vicente Cruzate

Mg Ana Carbajal Carbajal

Lic. Maria Teresa Ayala Garcia

Lic. Flor de Maria Huaman Astocondor

I. DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2012-2013  
HONADOMANI SAN BARTOLOME

II. INDICE

	<b>Pag.</b>
III. Introducción	4
IV. Diagnostico Situacional	5
V. Ámbito y Alcance	23
VI. Objetivo General	23
VII. Objetivos Específicos	24
VIII. Actividades	24
IX. Diagrama de Gantt	27

**DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD 2012**  
**HONADOMANI SAN BARTOLOME**

**III. INTRODUCCION**

La Oficina de Gestión de la Calidad del HOMADOMANI “San Bartolomé” inició sus funciones en el mes de Marzo del 2006, y desde entonces ha desplegado una serie de aportes y acciones para contribuir con mejorar la calidad de la prestación de nuestros servicios, así como de los procesos asistenciales y administrativos.

El Sistema de Gestión de la Calidad aprobado por RM N° 519-2006/ MINSA define el marco de las acciones de la Oficina de Gestión de la Calidad. Asimismo el Plan Operativo Institucional 2012 ha establecido como uno de sus objetivos generales: *Alcanzar mejores niveles de calidad en la atención, focalizando la mejora en los procesos que permitan fortalecer la oferta para acreditar nuestros servicios.*

El presente Plan representa un esfuerzo de nuestra Oficina por integrar las actividades, así como su monitoreo; los resultados y evaluación en un solo instrumento que permita un abordaje integral del trabajo en calidad que nos vemos impulsados en realizar para lograr los objetivos institucionales.

El cuarto objetivo específico del primer objetivo general se orienta a garantizar las condiciones que disminuyan los riesgos que generen eventos adversos en la atención asistencial.

Con la finalidad de alcanzar estos objetivos institucionales en el Plan Operativo Institucional, se han seleccionado tres indicadores que llevan a priorizar tres grandes áreas de trabajo comprendidas en el sistema de gestión de la calidad: la acreditación, la seguridad del paciente y el desarrollo de proyectos de mejora de la calidad.

La acreditación es el mecanismo de garantía de calidad que involucra a toda la institución. El progreso en la puntuación abarca a todo el hospital y exige a la Oficina de Gestión de la Calidad, la necesidad de alinear todos sus esfuerzos con los diversos criterios de evaluación. El presente Plan de Gestión de la Calidad tiene esa orientación: desarrollar diversas actividades, orientada a mejorar las puntuaciones obtenidas en las últimas autoevaluaciones.

#### IV. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

##### 4.1. LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOME

##### 4.1.1. DIMENSION ENTORNO

Esta dimensión es valorada mediante algunas preguntas de las encuestas de satisfacción y mediante la medición de los tiempos de espera. A continuación se muestran las preguntas de las encuestas de satisfacción de usuario externo vinculados a esta dimensión y los porcentajes de satisfacción.

<b>Factor</b>	<b>Emergencia</b>	<b>Consulta externa</b>	<b>Hospitalización</b>
Farmacia cuenta con medicamentos	37%		
Atencion rapida en caja o admision	38%	37%	
Los letreros adecuados para orientar	32%	38%	
Hay personal para orientar	36%	38%	
Ambientes limpios y comodos	43%	36%	45%
Servicios higienicos limpios			39%
Atencion en horario programado		45%	
Atencion en orden de llegada, según programación		56%	
Historia clinica disponible		58%	
Citas disponibles, faciles de obtener		43%	
Tramite para hospitalizacion rapido			53%
Tramite para alta rápido			44%
Ropa de cama adecuada			56%
Alimentos higienicos y a temperat. adecuada			50%

NOTA: porcentajes de satisfacción

**En consulta externa**, el factor *información* emerge a través de las preguntas de letreros adecuados para orientar y el contar con personal para orientación, como un generador de baja satisfacción. Esta satisfacción es particularmente baja en el consultorio CRED (letreros 22.9%, información 33.3%).

Al igual que en el año pasado, la satisfacción en limpieza y comodidad es baja, de manera particular en los consultorios de pediatría general (24.4%), especialidades pediátricas (27.5%) y cirugía pediátrica (12.5%). Esto es explicable por el poco espacio disponible en las salas de espera reducidas por el módulo del SIS y el consultorio de nefrología. Este hacinamiento, crea un riesgo de contagio de enfermedades infecciosas tanto para los pacientes y familiares, como para el personal de salud.

Al igual que el año pasado, el factor *tiempo de espera* es bajo en satisfacción, a través de la pregunta sobre atención rápida en caja y admisión.

**En emergencia**, el factor *señalización* así como *contar con personal de orientación* muestran que el tema de información genera las satisfacciones más bajas (32% y 36%).

El factor *tiempo de espera en caja y admisión*, al igual que el año pasado muestra baja puntuación (38%). Esto también ha sido documentado en el informe sobre salas de espera y colas que identificó a la caja de emergencia, como la más larga del hospital, llegando hasta 40 personas en espera.

**En hospitalización**, el factor más bajo en satisfacción está dado por la limpieza en los servicios higiénicos, particularmente en pediatría (23%). Asimismo, en pediatría hay bajos niveles de satisfacción con la comodidad y limpieza del servicio (38%). Finalmente, otro generador de baja satisfacción es la rapidez para salir de alta, particularmente en ginecología (43%).

**En centro quirúrgico**, también se aplicó una encuesta de satisfacción en las pacientes postoperadas que reveló como baja satisfacción la demora en la atención. Otros estudios llevados a cabo por la oficina de gestión de la calidad revelaron una tasa de suspensión de cirugías programadas en el orden del 15%, es decir un valor triple al esperado (<5%). Asimismo, otro estudio ha puesto en evidencia listas de espera particularmente críticas en las especialidades de otorrinolaringología e infertilidad.

**En centro obstétrico**, también se aplicó una encuesta entre las pacientes puérperas, que reveló a "la privacidad" como uno de los aspectos que generaba menor satisfacción. Los aspectos vinculados a higiene y limpieza, mostraron las mayores puntuaciones.

En la **dimensión entorno**, los factores vinculados a esta dimensión que generan mayor insatisfacción en todas las encuestas se vinculan a tiempos de espera en caja y admisión, información para los trámites, la limpieza y comodidad de las instalaciones. También preocupa la alta tasa de suspensión de cirugías.

#### 4.1.2. DIMENSION HUMANA

Esta dimensión la evaluaremos mediante algunas preguntas de las encuestas de satisfacción. A continuación se muestran las preguntas de las encuestas de satisfacción de usuario externo vinculadas a esta dimensión y los porcentajes de satisfacción.

<b>Factor</b>	<b>Emergencia</b>	<b>Consulta externa</b>	<b>Hospitalización</b>
Médico informa seguimiento de enfermedad	43%		60%
Medico con tiempo necesario para absolver dudas	59%	65%	
Medico le inspira confianza		60%	
Medico muestra interes por paciente		65%	51%
Medico amable, respetuoso y paciente			72%
Se respeta privacidad	53%	60%	59%
Trato amable, respetuoso, y paciente	<b>41%</b>	<b>43%</b>	<b>50%</b>
Personal nutricion amable, respetuoso y paciente			58%
Personal de alta o admision amable, respetuoso y paciente			58%
Personal muestra interes por paciente	<b>41%</b>		
Enfermeria muestra interes por el paciente			63%
Informacion sobre problema de salud comprensible	45%	53%	
Informacion sobre procedimientos o analisis comprensibles	44%	54%	<b>42%</b>
Informacion sobre tratamiento comprensible	46%	57%	59%
Informacion clara y adecuada sobre tramites		<b>34%</b>	
Informacion sobre medicamentos al alta comprensible			53%

**En consulta externa** el factor con menor satisfacción es *información clara y adecuada sobre trámites*, siendo más significativo en consultorio de ginecología y obstetricia (32%).

La segunda pregunta con mas baja satisfaccion fue la referida a si el personal de consulta externa lo trata con amabilidad, respeto y paciencia; siendo mas bajo en cirugia pediatrica (20%)

**En emergencia** los factores con menor satisfacción fueron:

Que el personal de emergnecia lo trate con amabilidad, respeto y paciencia, siendo más significativo en ginecobstetricia (41%). Este aspecto se repite respecto a la última anterior encuesta.

Que el personal muestre interes para solucionar cualquier dificultad que se presente durante su atencion (41%).

En **hospitalización** el factor con menor puntuación es *explicación sobre resultados de análisis comprensible*. Esta satisfacción es baja particularmente en el departamento de ginecobstetricia (41%).

En segundo lugar en otro factor con menor puntuacion es que el trato del personal de obstetra/enfermera sea amable, respetuoso y con paciencia.

En **centro obstétrico**, la encuesta de satisfacción entre las puérperas mostro las puntuaciones mas bajas en información al ingreso e información sobre el recién nacido.

En **centro quirúrgico**, la encuesta de satisfacción entre los pacientes postoperados mostró puntuaciones extremadamente bajas en información recibida por el paciente tanto por parte de sus cirujanos como de los anestesiólogos.

En la **dimensión humana**, los factores vinculados a esta dimensión que genera mayor insatisfacción en todas las encuestas es trato del personal de salud no medico e informacion sobre procedimientos o análisis.

#### 4.1.3. DIMENSION TECNICA

La **Seguridad de los pacientes** es un tema inevitable en la evaluación de la calidad técnica de la atención. La gestión del riesgo no es posible si no tenemos conocimiento de la epidemiología de los eventos adversos.

Las especialidades con las que cuenta el Hospital son: Gineco Obstetricia, Pediatría, Anestesiología, Cirugía pediátrica, psiquiatria, dermatología, radiología así como subespecialidades: Neonatología, neurología pediátrica, neumología pediátrica, neurocirugía pediátrica, endocrinología pediátrica, gastroenterología pediátrica, otorrinolaringología, oftalmología, medicina física y rehabilitación, cardiología.

Nosotros realizamos un seguimiento durante todo el año de eventos adversos, luego de lo cual se hace un análisis por factores (Análisis Causa Raíz) de un evento adverso en particular, y durante el presente año hemos tenido:

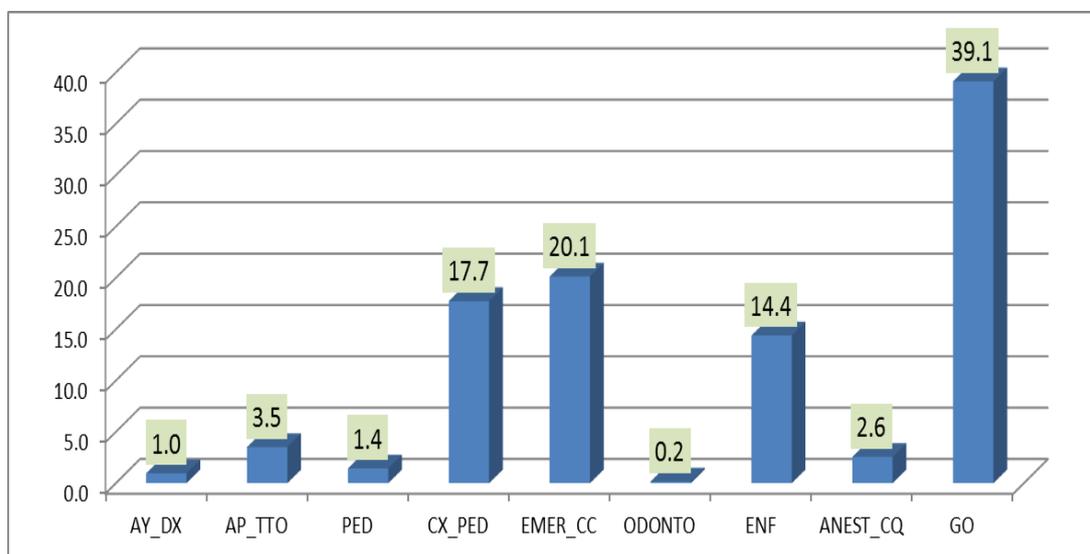
TABLA Nº 1 EVENTOS ADVERSOS 2011

Mes	Cantidad	Porcentaje
Enero	64	10.22%
Febrero	52	8.30%
Marzo	72	11.50%
Abril	46	7.35%
Mayo	56	8.94%
Junio	41	6.55%
Julio	47	7.51%
Agosto	53	8.46%
Septiembre	82	13.09%
Octubre	39	6.23%
Noviembre	33	5.27%
Diciembre	41	6.55%
<b>TOTAL</b>	<b>626</b>	<b>100%</b>

Hay un reporte sostenido durante todo el año, en promedio 50 reportes por mes, manteniéndose un flujo constante de información.

GRAFICO Nº 1

CONSOLIDADO ANUAL DE REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS 2011



Se puede observar que el departamento de Gineco obstetricia fue el que reportó mayor número de EA en todo el año 2011: 245 EA (39.1%) siguiéndole el departamento de Emergencia y Cuidados Críticos: 126 EA (20.1%), luego el departamento de Cirugía Pediátrica: 111 EA (17.7%), siendo escaso los EA reportados por el departamento de Pediatría, Anestesiología y Centro Quirúrgico. Total EA reportados en el 2011: 626.

De los Reportes del Departamento de Gineco Obstetricia, los eventos adversos más frecuentes fueron:

Legrados puerperales
Desgarro perineal
Hemorragia puerperal
Revisión de cavidad uterina
Desgarro vaginal
Infección de sitio operatorio

En Emergencias y Cuidados Críticos:

<i>Hospitalización prolongada (&gt; 20 días)</i>
<i>Fuga de pacientes</i>
<i>Reingreso menor de 7 días</i>
<i>Sepsis intrahospitalaria</i>
<i>Diagnostico incompleto</i>
<i>Extubación accidental</i>

### **ANALISIS CAUSA RAIZ 2011**

ENERO :	QUEMADURA ELECTRICA	SALA OPERACIONES
FEBRERO:	HIPERTERMIA	<b>GINECO-OBST</b>
MARZO:	CAIDA DE PACIENTE NEONATO	EMERGENCIA PEDIAT.
ABRIL:	DOBLE ACCESO A CAVIDAD TORACICA	CIRUGIA PEDIATRICA
MAYO:	FRACTURA DE HUMERO	<b>GINECO-OBST.</b>
JUNIO:	HEMORRAGIA PURPERAL	<b>GINECO-OBST</b>
JULIO:	DEHICENCIA HISTERORRAFIA	<b>GINECO-OBST</b>
AGOSTO:	REINTERVENCION POR CUERPO EXTRAÑO	<b>GINECO-OBST</b>

SETIEMBRE	REACCION APLICACIÓN GOTAS	OFTALMOLOGIA
OCTUBRE	NEAR MISS	<b>GINECO-OBST</b>
NOVIEMBRE	OBITO FETAL	<b>GINECO-OBST</b>
DICIEMBRE:	HEMATOMA VAGINAL	<b>GINECO-OBST</b>

Podemos notar que el 75% de los Análisis Causa Raíz se realizaron con eventos que sucedieron en el Dpto de GinecoObstetricia y que tienen que ver con situaciones de impericia, falta de actitud o diagnósticos tardíos.

EVENTOS ADVERSOS IDENTIFICADOS EN CUADERNO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS TIPO 2 Y EN LIBRO DE RECLAMACIONES
Caída de incubadora de neonatología
Dehiscencia de episiorrafia
Demora en cirugía de apendicitis, se convierte en peritonitis
Demora en programación para cesárea: SFA, depresión severa.
Error diagnostico: estenosis hipertrófica de píloro, genera cirugía innecesaria.
Fractura de clavícula en cesárea
Fractura de clavícula en parto vaginal
Hematoma vaginal debridado por 3ra vez
Hematoma vaginal
Hemorragia postparto vaginal en piso, con revisión del canal del parto.
Indicación de parto vaginal con feto podálico
Reintervención quirúrgica por complicación en cirugía pediátrica
Reacción adversa a medicamento endovenoso (no especificado).
Reacción adversa a medicamento antibiótico
RPM que demoró la inducción, RN en UCIN
Ruptura uterina comprometiendo al recién nacido
Tapón de gasa en cuello uterino en consulta externa de puerperio

Fuente: libro de reclamaciones, registro de quejas y sugerencias año 2011. Oficina de Gestión de la Calidad.

## QUEJAS Y SUGERENCIAS TIPO 2 Y LIBRO DE RECLAMACIONES

Al revisar el libro de quejas y reclamaciones, notamos que de aquellas que tienen que ver con seguridad del paciente casi el 60% corresponde a Ginecología, con eventos relacionados a Diagnósticos tardíos, falta de pericia y actitud.

## RONDAS DE SEGURIDAD

Hay condiciones de riesgo que se han identificado a través de las rondas de seguridad que se realizan mensualmente por un equipo multidisciplinario del HONADOMANI San Bartolomé.

En las actas de las rondas de seguridad realizadas entre el año 2010 y 2011, las más comunes condiciones de riesgo identificadas en los diferentes servicios visitados son las siguientes.

REPORTE DE RONDAS 2010-2011
REGISTRO DE HISTORIA CLINICA INADECUADO PARA LA NORMA
HACINAMIENTO
PERSONAL SIN IDENTIFICACION
SEGREGACION DE RESIDUOS SOLIDOS INADECUADO
VENTILACION INSUFICIENTE
MOBILIARIO NO FUNCIONAL, OBSOLETO
EQUIPOS OPERATIVOS INSUFICIENTES Y DEFICIENTES
GUIAS DE PRACTICA CLINICA DESACTUALIZADAS O NO EXISTEN
LAVATORIOS CON PERILLAS INADECUADAS PARA CORRECTO LAVADO DE MANOS
LIBROS DE REGISTRO DE PACIENTES INCOMPLETO

*Fuente: Libro de Actas de Rondas de Seguridad del Paciente HONADOMANI*

Durante estos 2 años se visitaron algunos servicios en dos oportunidades como:

- Centro obstétrico, donde la observación de lavatorios con perillas inadecuadas para una correcta técnica de lavado de manos e infraestructura inadecuada persisten, además llenado incompleto del libro de registro de partos.
- Consulta externa de pediatría, persiste en las 2 evaluaciones en diferentes años el hacinamiento, la mala segregación de residuos sólidos, registro de historia clínica inadecuado según la norma técnica y mobiliario obsoleto. Para el 2011 se encuentra además falta de suministros para el lavado de manos, personal no identificado, equipos operativos insuficientes.
- Emergencia de pediatría, se visitó en el 2011 en dos oportunidades y no se logró resolver el registro de historias clínicas inadecuado para la norma, la mala segregación de residuos sólidos y las guías de práctica clínica desactualizadas.

- Sala de hospitalización B Gineco – Obstetricia, donde persiste el registro de historia clínica inadecuado para la norma y se suma en la segunda evaluación personal sin identificación.
- Sala de partos solucionó las observaciones de la primera evaluación, pero en la segunda se encontraron otras condiciones de riesgo como hacinamiento y personal no identificado.

### **AUDITORIA DEL AÑO 2011**

Se realizaron 5 auditorías de caso en el Hospital San Bartolomé, identificándose eventos adversos prevenibles en el 100% de los casos.

1. Diagnóstico tardío de trombosis mesentérica que lleva a inestabilidad hemodinámica y muerte.
2. Histerectomía abdominal por diagnóstico de atonía uterina, siendo el diagnóstico final desgarro vaginal con pérdida de capacidad reproductiva.
3. Chance vaginal a gestante con ponderado fetal de 4,300 gr que produjo: expulsivo prolongado, trauma obstétrico. Recién nacido de 5,500grs con depresión moderada, fractura de clavícula, parálisis del flexo braquial izquierdo.
4. Diagnóstico tardío de oligoamnios en gestante de 41 sem. Recién nacido con sufrimiento fetal agudo y posible complicación neurológica por hipoxia severa en el recién nacido.
5. Demora en decisión quirúrgica en gestante de 37 sem con diagnóstico de preeclampsia más síndrome de HELLP que lleva a empeoramiento y muerte.

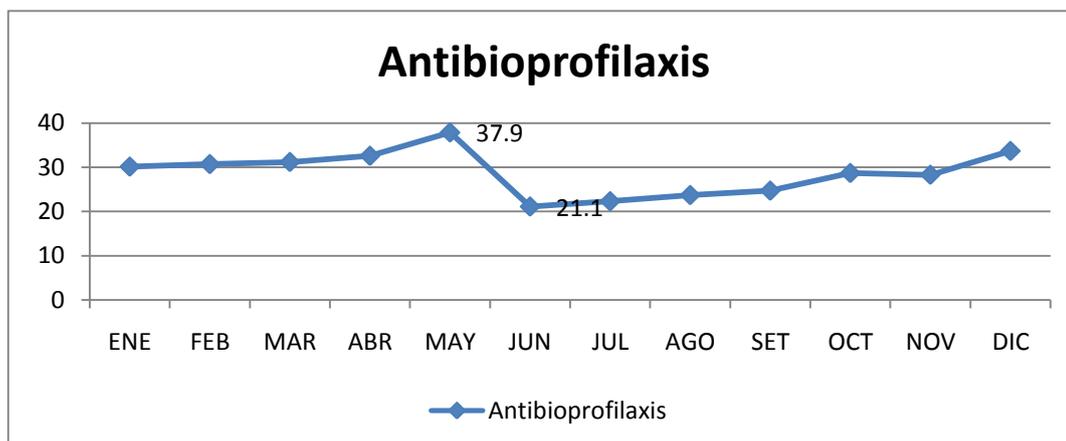
Al hacer un análisis en conjunto de los Eventos Adversos, Análisis causa Raíz, Libro de reclamaciones, Rondas de seguridad y Auditorias, hay una constante, que el Dpto más involucrado en estos eventos adversos ha sido el Dpto de Gineco Obstetricia, Más de un caso ha tenido que ver con hemorragias puerperales, otro grupo de traumas obstétricos, así mismo con respecto a la información de eventos adversos departamentos como pediatría y anestesiología, su sistema de reporte no es adecuado (Nula ocurrencia de eventos o no se informa). Con cirugía pediátrica se cuenta con responsable que siempre está monitorizando los eventos adversos de su servicio y es un servicio que está llano a colaborar con el reporte, lo que notamos en sus últimos reportes que las reintervenciones ocupan el primer lugar en cuanto a evento adverso informado, con el Departamento de Pediatría uno de los jefes de Servicio está muy interesado en el tema con quien vamos a trabajar durante el presente año.

Al hacer un consolidado de los problemas más frecuentes, notamos los siguientes:

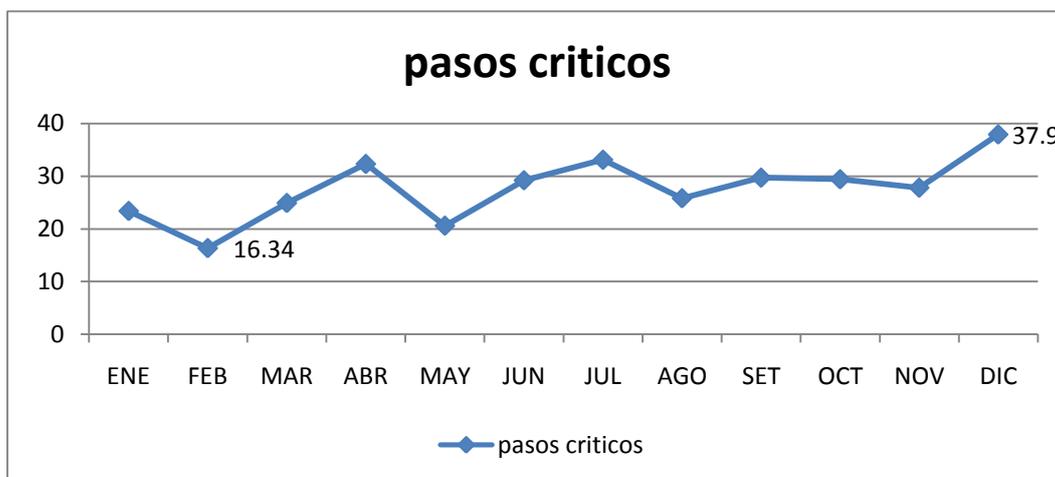
1. Los equipos de trabajo en GO no mantienen una adecuada comunicación.
2. Atención de residentes e internos con pobre supervisión.
3. Los pacientes de emergencia obstétrica no son evaluadas por MAG.
4. Las infecciones nosocomiales (Endometritis en parto vaginal o cesárea) se mantienen elevadas.

5. Hacinamiento de pacientes en sala de partos.
6. No control de los tactos vaginales.
7. Inadecuada técnica de atención de parto.
8. Los traumatismos de cuero cabelludo están presentándose en mayor frecuencia.
9. Legrados puerperales por retención de restos placentarios.
10. Elevado número de transfusiones sanguíneas en pacientes obstétricas.
11. EA en GO están en relación a diagnósticos tardíos, falta de pericia o actitud.
12. Se someten a pacientes a cirugías por complicaciones en el puerperio:  
Retención de placenta o sutura de desgarros.
13. No enfoque de riesgo en pacientes en trabajo de parto.
14. Alta tasa de reintervenidos en cirugía pediátrica.
15. Escasa comunicación entre cirujanos y anestesiólogo durante acto operatorio.
16. No se verbaliza los aspectos críticos de la cirugía.

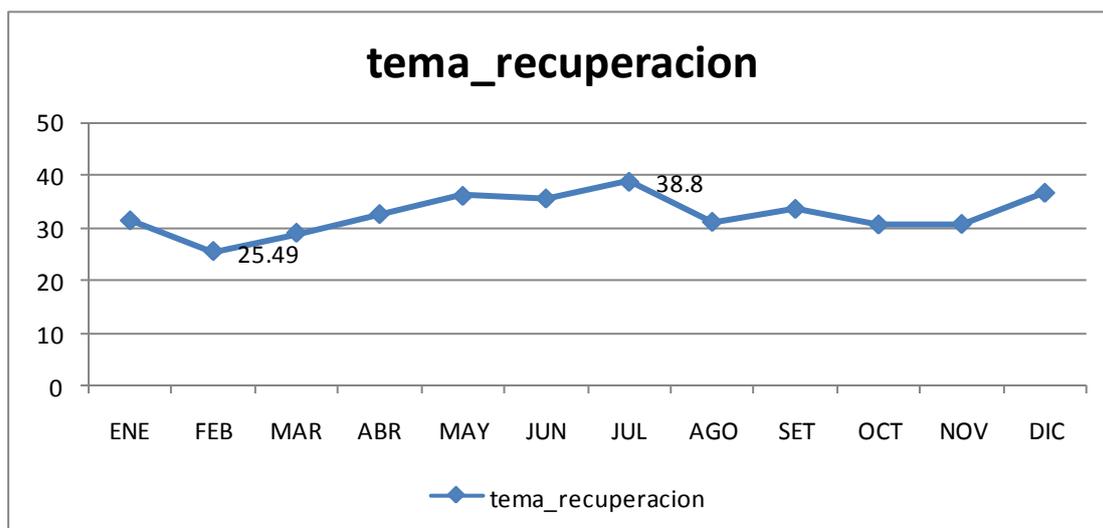
Respecto a la lista de verificación quirúrgica el mayor incumplimiento en la primera fase de su aplicación es el verificar la antibiotico profilaxis:



El mayor incumplimiento en la segunda fase de su aplicación es la verbalización de los pasos críticos de la intervención:



El mayor incumplimiento en la tercera fase de su aplicación es "revisan temas clave de recuperación, verbalizan y registran el manejo posterior del paciente".



Nuevamente el gran número de problemas están dentro del ámbito ginecoobstétrico, y es el consolidado de lo que nuestras herramientas de gestión de riesgo ya nos mostraron previamente, por lo que se desprende la siguiente agenda.

#### **AGENDA DE SEGURIDAD DE LA ATENCION DEL PACIENTE**

1. Fortalecer el sistema de reportes adversos en los departamentos de Pediatría y Anestesiología
2. Mantener la vigilancia de los indicadores de seguridad de la atención del parto
3. Fortalecer la Campaña Multimodal de Lavado de manos en Sala de Partos
4. Continuar con la vigilancia de los medicamentos de similar apariencia, fonética o escritura.

5. Garantizar la cirugía segura (Lista de Verificación)
6. Utilizar las herramientas de gestión de riesgos en las unidades productoras de servicios
7. Establecer un diagnóstico situacional de la cultura de seguridad

La **estandarización de la atención** es otro elemento sustancial de la dimensión técnica, pues sin ella no es posible auditar las historias clínicas. Su existencia permite ejercer la función de control.

En el 2011 se aprobaron los siguientes documentos

Departamento de Ayuda al Diagnóstico: Servicio Diagnóstico por Imágenes (28 Guías de PA)

Resolución Directoral N° 063-DG-HONADOAMNI-SB/2011 03 de marzo 2011

Departamento de Ayuda al Diagnóstico: Servicio de Patología Clínica (05 GPA)

Resolución Directoral N° 061-DG-HONADOAMNI-SB/2011 02 de marzo 2011

Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos: Servicio de Cuidados Críticos del Niño y Adolescente (02 Guías de PA)

Resolución Directoral N° 064-DG-HONADOAMNI-SB/2011 07 de marzo 2011

Departamento de Pediatría (01 GPA)

Resolución Directoral N° 054-DG-HONADOAMNI-SB/2011 01 de marzo 2011

Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos: Servicio de Cuidados Críticos del Niño y Adolescente. (06 guías de practica clinica)

Resolución Directoral N° 058-DG-HONADOAMNI-SB/2011 04 de marzo 2011

Se aprobaron con Resolución Directoral en total 42 Guías, de los cuales 36 Guías corresponden a Procedimientos Asistenciales y 6 a Guías de Práctica Clínica.

#### **4.1.4. CALIDAD DE LA ATENCION POR MACROPROCESOS**

La articulación de los diversos esfuerzos por mejorar la calidad de la atención en una organización así como la medida en que se ha logrado organizarse para brindar una atención de calidad, se evalúa mediante los estándares de calidad. La evaluación por medio de los estándares de calidad se da en el proceso de la acreditación, La primera fase de la acreditación es la autoevaluación y los resultados de la autoevaluación 2011 dió 64 puntos:

<b>MACROPROCESOS</b>	<b>AUTOEVALUACIÓN 2010</b>
Direccionamiento	67.65
Gestión de recursos humanos	94.12
Gestión de la calidad	73.17
Manejo del riesgo de atención	86.26
Gestión de seguridad ante desastres	41.64
Control de la gestión y prestación	92.31
Atención ambulatoria	52.50
Atención de hospitalización	60.19
Atención de emergencias	55.26
Atención quirúrgica	43.62
Docencia e Investigación	61.90
Apoyo diagnóstico y tratamiento	65.91
Admisión y alta	48.57
Referencia y contrarreferencia	79.41
Gestión de medicamentos	69.23
Gestión de la información	84.78
Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización	27.59
Manejo del riesgo social	72.73
Nutrición y Dietética	52.94
Gestión de insumos y materiales	96.15
Gestión de equipos e infraestructura	38.24

Los macroprocesos en los que se requiere mejorar el cumplimiento de los estándares de calidad son aquellos resaltados:

<b>MACROPROCESOS ESTRATEGICOS</b>
-----------------------------------

Direccionamiento
Control de la Gestión y Prestación
<b>Gestión de Seguridad ante Desastres</b>
Gestión de la Calidad
Manejo del Riesgo de la Atención
Gestión de Recursos Humanos

*Muestra una variación de 3 puntos respecto al 2011.*

<b>MACROPROCESOS PRESTACIONALES</b>
-------------------------------------

Atención ambulatoria
Atención Hospitalización
Atención Emergencia
<b>Atención Quirúrgica</b>
Docencia e Investigación

*Muestra una variación de 3 puntos respecto al 2011.*

<b>MACROPROCESOS DE APOYO</b>
-------------------------------

Atención de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico
<b>Admisión y Alta</b>
Referencia y Contrarreferencia
Gestión de Medicamentos
Gestión de la Información
<b>Descontaminación, Limpieza, Desinfección y Esterilización</b>
Manejo del Riesgo Social
Nutrición y dietética
Gestión de Insumos y materiales
<b>Gestión de Equipos e Infraestructura</b>

*ADA Muestra una variación de 12 puntos respecto al 2011.*

*DLDE Muestra una variación de 9 puntos respecto al 2011.*

*Por segundo año obtiene el puntaje más bajo del hospital.*

*EIF Muestra una variación negativa de 23 puntos respecto al 2011.*

Nos encontramos a 21 puntos de lograr un puntaje compatible con la acreditación.

## 4.2. LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD

### 4.2.1. PLANIFICACION

Los documentos del nivel central que dan marco a la planificación son el documento técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y el documento técnico Política Nacional de Calidad en Salud. Asimismo el Plan operativo institucional y el Plan estratégico institucional 2007-2011 dan lugar al escenario en el que se planifica la calidad de la atención, pero a mitad del 2011 este PEI va a ser renovado. Si bien existe este marco normativo, es necesario desarrollar una política de calidad institucional.

Anualmente la Dirección de Calidad en Salud y la Dirección de Salud V Lima Ciudad del MINSA solicitan los siguientes planes oficializados:

- Plan Hospitalario para la Seguridad del Paciente 2011 (aprobado mediante RD 0020-DG-HONADOMANI-SB/2010 el 27 de enero)
- Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud 2011 (aprobado mediante RD 0025-DG-HONADOMANI-SB/2011 el 03 de febrero)
- Plan de Gestión de la Calidad 2011 (aprobado mediante RD 0083-DG-HONADOMANI-SB/2011 el 01 abril)

Este requerimiento genera multiplicidad de planes que deben de pasar por un proceso de oficialización que termina quitándoles oportunidad y por lo tanto su rol de planificación a los documentos de gestión de la OGC. En esta oportunidad estamos desarrollando un plan de gestión de la calidad bianual.

#### **4.2.2. ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD**

Las estructuras orgánicas que articula el sistema de gestión de la calidad en el Hospital San Bartolomé es la Oficina de Gestión de la Calidad, la cual es un órgano asesor de la Dirección General e interactúa con la Dirección de Calidad en Salud del MINSA y la Unidad de Calidad de la DISA V Lima Ciudad.

De acuerdo con el MOF, la Oficina de Gestión de la Calidad cuenta con 3 equipos:

Equipo de mejora continua

Equipo de garantía de calidad

Equipo de seguridad del paciente.

#### **4.2.3. GARANTIA Y MEJORA**

##### **Evaluación monitoreo y toma de decisiones**

Mediante la resolución Directoral N°0110-DG-HONADOMANI-SB/2010 se aprobó la Directiva Sanitaria Evaluación de la Calidad de Atención en Salud en el HONADOMANI San Bartolome. Esta Directiva contempla los siguientes indicadores:

1. Proporción de usuarios internos que aplican Guías de Práctica Clínica en la atención/prestación de servicios de salud.
2. Proporción de usuarios internos que aplican Guías de Procedimiento Asistencial en la atención/prestación de servicios de salud.
3. Tasa de Usuarios externos que se complican durante la atención recibida en hospitalización.
4. Tasa de reingreso antes de los 7 días luego del alta en hospitalización por la misma enfermedad
5. Tasa de suspensión de operaciones electivas programadas.

### **Auditoria de la calidad de atención**

Cada año el hospital aprueba un Plan de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud mediante una Resolución Directoral. Este Plan aprobado, es sujeto a un informe semestral y otro anual.

Este Plan no prevé el número de informes de auditorias a realizar por cada comité. Al cierre del año 2011 se realizaron 7 informes de auditorias de caso y 2 informes de auditorias de registro.

Los auditores que ejecutan las auditorias son profesionales de la salud que cuentan con una capacitación de 60 horas académicas, mediante un curso que fue financiado por la institución.

La institución ha previsto la conformación de 5 comités: un comité central, 3 comités en Departamentos y 1 comité de auditoria de procesos. De estos 8 comités, solo llegaron a producir por lo menos un informe de auditoria, el comite central y los comites perifericos. El comité de auditoria de proceso no se llego a constituir.

Se requiere implementar el comité de auditoria de procesos y fortalecer técnicamente los diversos comites.

### **Acreditación de establecimientos**

El hospital ha llevado a cabo 5 autoevaluaciones desde el año 2008. Cada autoevaluación implicó la designación formal de los evaluadores internos, la elaboración del Plan de Autoevaluación, comunicación del inicio de la autoevaluación y generación del Informe Técnico de Autoevaluación.

Un elemento que ha generado dificultades en la ejecución de la autoevaluación es la carencia del anexo 8 de la Guía del evaluador, documento que debe generar el nivel central.

Si bien la puntuación ha mejorado progresivamente, esta se ha dado en función de algunas Oficinas y Departamento que constantemente han mejorado su puntuación, pero otras no se han modificado sustancialmente. De ahí que sea necesario desarrollar un instrumento que permita monitorizar el paulatino progreso regularmente.

### **Seguridad del paciente**

En el Manual de Procesos y Procedimientos de la OGC del año 2007 se ha incluido el siguiente procedimiento:

- Vigilancia de eventos adversos

Sin embargo, en la actual se llevan a cabo mayor número de procesos:

- Las rondas de seguridad

- Los análisis de causa raíz
- Las alertas de seguridad
- Reporte de los indicadores de la seguridad de la atención del parto

La gestión del riesgo se da de la siguiente manera:

Identificación del riesgo: a partir de los departamentos finales que lo hacen por reporte voluntario.

### **Procesos de mejora continua**

En el Manual de Procesos y Procedimientos de la OGC del año 2007 se han incluido los siguientes procedimientos:

- Sensibilización y capacitación en filosofía e Instrumentos de mejora continua de la calidad para equipos de salud
- Elaboración de Planes de mejora de procesos en UPS.

La metodología utilizada corresponde al Manual de la Mejora de la Calidad oficializada por el MINSA, pero el 09 de febrero de 2012, mediante la R.M. 095-2012-MINSA se aprobó la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad. Las diversas oficinas y departamentos solicitan asistencia técnica para el desarrollo de sus PMC, sin embargo otros PMC se desarrollan a partir de los resultados de las encuestas. Una vez instalados los equipos de mejora continua y luego de generar algunos subproductos, se les reconoce oficialmente mediante una resolución directoral. Cuando se logra un producto final satisfactorio, se genera una resolución directoral de felicitación.

En el 2011 se generaron 2 resoluciones directorales de oficialización de los equipos de mejora continua (admisión y Dpto GO, Dpto Pediatría, Of. Estadística e I y la Of. De Docencia e I.). También se dictó un curso de capacitación.

Es necesario buscar mecanismos para fortalecer la conformación y participación del personal de salud en los equipos de mejora continua de la calidad. Asimismo, es necesario alinearlos a los requerimientos que se desprenden del cumplimiento de los listados de estándares.

### **Evaluación de tecnología sanitaria**

No se han implementado actividades en esta línea de trabajo. Tampoco hay direccionamiento a partir del nivel central.

#### 4.2.4. INFORMACION PARA LA CALIDAD

##### **Instrumentos para la medición de la calidad**

El 11 de julio del 2011, mediante la Resolución Ministerial N°527-2011/MINSA, se aprueba la “Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo” la cual uniformiza el instrumento de evaluación de la satisfacción del usuario externo a nivel nacional.

En los meses de setiembre y octubre se aplica la encuesta de satisfacción de usuario externo de hospitalización, generándose el informe respectivo en noviembre del 2011. Esta encuesta fue aplicada por el equipo técnico de la oficina de gestión de la calidad. Mediante la aplicación de esta encuesta se tuvo una idea de la magnitud de la tarea, por lo cual se decide la contratación de jóvenes universitarios para la aplicación de la encuesta en emergencia y consulta externa en diciembre del 2011.

##### **Mecanismos para la atención del usuario**

**Quejas tipo 0.** Las quejas verbales son atendidas por el personal de la Oficina de Comunicaciones. El personal de esta Oficina distribuye 5 personas en 5 puntos diferentes (consulta externa, cochera, emergencia y hall principal). Sus actividades incluyen dar información, orientación y resolución de quejas de manera directa o articulada con los departamentos respectivos.

También existe en la institución un personal contratado y dispuesto por la Oficina de Transparencia del MINSA, quien nos alcanza un informe mensual de los casos atendidos por ellos.

**Quejas tipo I.** Se ha implementado un buzón de quejas que se abre el primer día hábil de cada mes con un representante de Transparencia. A partir de estos, se genera un informe, el cual se envía a la Dirección General y Oficinas/Departamentos involucrados, quienes dan cuenta de las acciones tomadas al respecto, así como propuestas de mejora.

**Quejas tipo II.** Se ha implementado en la OGC el servicio de atención de quejas que son plasmadas en un formato codificado el cual es remitido a las Oficinas/Departamentos involucrados para que den respuesta escrita en relación a las indagaciones y acciones tomadas. Al final del proceso se adjunta una carta dirigida a los pacientes.

El procesamiento de estas quejas está establecido en el Manual de Procesos y Procedimientos de la OGC (2007), el cual categoriza las quejas en Tipo 0, Tipo I y Tipo II.

- Atención de quejas verbales tipo 0
- Atención de quejas escritas tipo 1 (buzón de quejas)
- Atención de quejas escritas tipo 2 (con identificación)

Asimismo, existe la Resolución Directoral N° 0055-DG-HONADOMANI-SB-06 del 21 de marzo del 2006, que aprueba la “Norma Técnica del Proceso de Atención de Quejas y Sugerencias”, la cual categoriza las quejas en 0, 1, 2 y 3.

Mediante el Decreto Supremo N°042-2011-PCM se establece la obligación de las Entidades del Sector Público de contar con un Libro de Reclamaciones, en el cual los usuarios podrán formular sus reclamaciones. A raíz de este decreto supremo, el Ministerio de Salud emite la Resolución Ministerial N°383-2011, el 16 de mayo del 2011, donde establece que los órganos desconcentrados del Ministerio de Salud y los órganos adscritos al sector salud deberán de contar con un libro de reclamaciones. El HONADOMANI San Bartolomé implementó el Libro de Reclamaciones, registrándose la primera reclamación el 6 de junio del 2011.

Mediante la Resolución 160-2011, la SUNASA aprueba el reglamento general para la atención de reclamos y quejas de usuarios de las IAFAS e IPRESS, en el cual también regulan el trámite de las quejas.

Esta pluralidad de regulación, genera dificultades en la implementación ordenada de las quejas en lo operativo.

### **Medición del tiempo de espera**

Regularmente se desarrollan dos mediciones anuales del tiempo de espera en consulta externa de pediatría y ginecobstetricia, mediante una metodología descrita en cada informe de medición, pero que no está incluida en el Manual de Procedimientos de la OGC, ni tiene una directiva que la oficialice.

En el año 2011 se llevó a cabo una sola medición del tiempo de espera para la hospitalización de pediatría (setiembre) y medición de tiempo de espera en consulta externa en ginecobstetricia, infertilidad, neumología y otorrinolaringología (diciembre), donde el tiempo de espera se mantuvo aún prolongado en otorrinolaringología.

En noviembre 2011, a raíz del lanzamiento del Programa Agosto, se realizó un primer informe donde se concluyó que la cola más larga correspondía a la caja de Emergencia Obstétrica, el área de pediatría era muy pequeña ocasionando hacinamiento, lo que empeoraba con la presencia de la pileta, entre otros.

## **V. AMBITO Y ALCANCE**

El presente Plan de Gestión de la Calidad es de aplicación en todos los subsistemas funcionales de atención del HONADOMANI “San Bartolomé”.

## **VI. OBJETIVO GENERAL**

Mejorar la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios en el Hospital Nacional Madre Niño “San Bartolomé”.

## **VII. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 7.1. Mejorar la satisfacción respecto a los procesos de preconsulta.
- 7.2. Mejorar los niveles de informacion a los usuarios respecto a procedimientos administrativos y atencion medica.
- 7.3. Fortalecer el proceso de la atención quirúrgica.
- 7.4. Extender el sistema de indicadores de la seguridad de la atención
- 7.5. Actualizar y mejorar la estandarización de la atención.
- 7.6. Fortalecer el cumplimiento de los estándares de los macroprocesos seleccionados.
- 7.7. Actualizar los documentos de gestión de la OGC.

## **VIII. ACTIVIDADES**

### **Mejorar la satisfacción respecto a los procesos de preconsulta.**

- a. Medición de tiempos de espera
- b. Encuestas de satisfacción de usuario externo
- c. Asistencia técnica en proyectos de mejora
- d. Atención de quejas
- e. Medicion de procesos consulta externa

### **Mejorar los niveles de informacion a los usuarios respecto a procedimientos administrativos y atencion medica.**

- a. Atención de quejas
- b. Encuestas de satisfacción de usuario externo
- c. Difusión de las normas técnicas de calidad
- d. Asistencia técnica en proyectos de mejora

### **Fortalecer el proceso de la atención quirúrgica.**

- a. Informe de manejo seguro de intervenciones quirurgicas.
- b. Encuestas de satisfacción de usuario externo.
- c. Asistencia técnica en proyectos de mejora.
- d. Rondas de seguridad

- e. Medición de tiempos de espera

**Extender el sistema de indicadores de la seguridad de la atención.**

- a. Plan para la seguridad del paciente
- b. Intervención ante medicamentos de características similar
- c. Reporte de eventos adversos
- d. Reporte de indicadores de seguridad del paciente
- e. Análisis causal de eventos adversos
- f. Seguimiento de recomendación de análisis causa raíz de eventos adversos
- g. Rondas de seguridad
- h. Alerta de seguridad
- i. Desarrollar investigación sobre el error diagnóstico
- j. Asesoría y asistencia técnica para la organización y funcionamiento de los comités hospitalarios
- k. Monitoreo y evaluación de la calidad de atención en los departamentos

**Actualizar y mejorar la estandarización de la atención.**

- a. Asesoría y asistencia técnica para la elaboración y actualización de las guías de práctica clínica
- b. Asesoría y asistencia técnica para la elaboración, actualización y monitoreo de guías de procedimientos asistenciales y/o manuales
- c. Monitoreo y evaluación de la calidad de atención en los departamentos
- d. Elaborar Plan de auditoría médica
- e. Evaluación del plan de auditoría médica.
- f. Seguimiento de recomendaciones de auditoría de casos
- g. Asesoría y asistencia técnica para la organización y funcionamiento de los comités técnicos institucionales.

**Fortalecer el cumplimiento de los estándares de los macroprocesos seleccionados.**

- a. Difusión de las normas técnicas de calidad
- b. Asistencia técnica en los procesos observados de autoevaluación
- c. Capacitación de los evaluadores internos

- d. Elaboración del Plan de Autoevaluación
- e. Ejecución del Plan de Autoevaluación
- f. Difusión del resultado de la autoevaluación
- g. Encuestas de satisfacción de usuario interno
- h. Elaboración de plan de intervención de autoevaluación

**Actualizar los documentos de gestión de la OGC.**

- a. Actualizar el Manual de Procedimientos
- b. Elaboración de informe técnico validando y estandarizando metodología de medición del tiempo de espera.

ACTIVIDAD	U Medida	Meta	I Sem	II Sem	III Sem	IV Sem
Informe sobre el manejo seguro de Intervenciones Qxs	Informe	24	6	6	6	6
Reporte de los indicadores de seguridad del paciente	Informe	24	6	6	6	6
Plan de auditoria medica	Informe	2	1	0	1	0
Seguimiento de recomendaciones de auditoria de casos	Informe	4	1	1	1	1
Evaluacion del Plan de auditoria medica	Informe	4	1	1	1	1
Intervención ante medicamentos de características similar	Informe	6	0	2	2	2
Reporte de eventos adversos	Informe	24	6	6	6	6
Análisis causal de eventos adversos	Informe	24	6	6	6	6
Seguimiento de recomendación de análisis causa raíz de eventos adversos	Informe	12	3	3	3	3
Rondas de seguridad	Informe	24	6	6	6	6
Alerta de seguridad	Informe	9	2	2	3	2
Investigacion en gestion de calidad	Informe	2	0	1	0	1
Elaboración del plan de autoevaluación	Informe	2	0	1	0	1
Capacitación del equipo de evaluadores internos para autoevaluación	Informe	2	0	1	0	1
Ejecución del plan de autoevaluación	Informe	2	0	2	0	1
Difusión del resultado de la autoevaluación	Informe	2	0	1	0	1
Asistencia técnica en proyectos de mejora	Informe	4	1	1	1	1
Asesoría y asistencia técnica para la organización y funcionamiento de los comités técnicos institucional	Informe	6	0	2	2	2
Asesoría y asistencia técnica para la elaboración y actualización de las GPC	Informe	4	1	1	1	1
Asesoría y asistencia técnica para la elaboración, actualización y monitoreo de guías de procedimientos asistenciales y/o manuales	Informe	4	1	1	1	1
Seguimiento de la adherencia de las GPC	Informe	4	1	1	1	1
Monitoreo y evaluación de la calidad de atención en los departamentos	Informe	4	1	1	1	1
Encuestas de satisfacción de usuario externo	Informe	14	4	3	4	3
Medición de tiempos de espera	Informe	8	2	2	2	2
Atención de quejas	Informe	24	6	6	6	6
Elaboración de plan de intervención de autoevaluación	Informe	2	1	0	1	0
Asistencia técnica en los procesos observados de autoevaluación	Informe	6	1	2	1	2
Medicion de procesos consulta externa	Informe	6	2	2	2	2